**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ÉERICA GOMES PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A
CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COLETIVA**

**São Paulo
2016**

ÉRICA GOMES PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A
CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COLETIVA**

Versão corrigida da Tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem/PPGE da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo/EEUSP para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pereira, Érica Gomes

Contribuição da enfermagem para a constituição da saúde coletiva. / Érica Gomes Pereira. – São Paulo, 2016.
255 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Pós-graduação. 3. Saúde pública - pesquisa.
4. Produção científica. 5. Doutorado. I. Título.

NOME: ÉRICA GOMES PEREIRA

TÍTULO: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A CONSTITUIÇÃO
DA SAÚDE COLETIVA

Versão corrigida da Tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem/PPGE da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo/EEUSP para obtenção do título de
Doutora em Ciências

Aprovado em: 28/03/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos agentes e sujeitos dos processos educativos

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Maria Rita Bertolozzi**, orientadora desta pesquisa, que com grande sagacidade apoiou o aprimoramento das minhas habilidades científicas e me mostrou por suas ações o quanto é valioso buscarmos a paz e a densidade na produção e divulgação dos conhecimentos científicos.

Às Professoras Doutoras **Maria Amélia de Campos Oliveira** e **Cinira Magali Fortuna** pelas preciosas contribuições no exame de qualificação.

À chefia da Prof^a Dr^a **Renata F. Takahashi** e às demais colegas do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, especialmente às Professoras Doutoras **Suely I. Ciosak** e **Anna Luiza de F.P.L. Gryscek**, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) pelo apoio e estímulo ao aprendizado da subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva.

Aos demais **colegas da EEUSP, estudantes de graduação, pós-graduação, trabalhadores da rede de serviços de saúde (especialmente enf^a Lily, Yara, Leide, Sara, Marisa, Carolina, Ana Carolina, Adriana, Gisele, Reneide e Paula)** e às **populações das áreas adscritas** pelo estímulo à reflexão acerca do aprimoramento do sistema de saúde brasileiro.

Ao Coletivo **Unindo Forças na USP** e à **Associação Nacional de Pós-Graduandos, especialmente ao Phillipe Pessoa**, que pela sua liderança na defesa dos direitos dos estudantes de pós-graduação me possibilitou participar “um pouquinho” do processo empolgante que é atuar politicamente em prol de um mundo com cada vez mais igualdade de condições.

Aos **integrantes do Grupo de Pesquisa Vulnerabilidades, Necessidades e Adesão em Saúde Coletiva, especialmente às queridas Rosângela (Rô), Kuitéria (Kitty), Mariana (Mari) e Giovanna (Giii)**, pelo estímulo à reflexão acerca da contribuição da Enfermagem ao campo da Saúde Coletiva.

À **Amanda (Amandinha)**, bolsista de Iniciação Científica do CNPq, pelo apoio na busca e classificação dos documentos que constituíram o material empírico deste estudo.

Ao **Leonardo, Eric, Filipe, Eduardo, Maria, Atena, Mara e Aline** pelo incentivo ao equilíbrio no enfrentamento das dificuldades diárias e desenvolvimento da harmonia para o avanço da Paz Mundial.

À **Karen (Mimi), Eloá (Elozinha), Vânia (Vaniiii), Geisa (Geisoca), Alessandra (Moniii), Claudia Takamatsu (Claudinha), Márcia Cunha (Marcinha) e Marcelle Bianco (Má)** pelo acolhimento, incentivo, apoio e amizade.

Aos meus pais, **Jairo e Balbina**, minha irmã **Elen** e seu esposo **Nano**, pelo apoio e estímulo irrestrito apesar das minhas ausências durante o curso de Doutorado.

E, às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Pereira ÉG. Contribuição da Enfermagem para a constituição da Saúde Coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A Saúde Coletiva articula múltiplas disciplinas, incluindo as Ciências Sociais, no intuito de proporcionar maior poder explicativo ao processo saúde-doença. Apesar da institucionalização da Enfermagem evidenciar profícua experiência na formação de doutores e de sua importante participação na produção do conhecimento, além da atuação no processo de produção dos serviços de saúde, ainda persistem lacunas no percurso reflexivo referente à apropriação da complexidade epistemológica do campo da Saúde Coletiva. **Objetivos:** Analisar a contribuição da produção acadêmica no âmbito do Doutorado em Enfermagem dos Programas de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem para a constituição do campo da Saúde Coletiva. **Material e métodos:** Trata-se de pesquisa documental, com base na hermenêutica dialética. A amostra foi composta por 87 teses de Doutorado de 15 programas de pós-graduação, no período 2011-2012. Após leitura compreensiva, o material empírico foi decomposto em temas que constituem o *corpus* dos objetos de estudo. A análise hermenêutica também compreendeu a identificação do marco teórico-referencial, sujeitos que constituíram as populações de estudo e locais de ocorrência. **Resultados:** Os oito temas encontrados foram: Práticas em saúde (26,4%), Avaliação das políticas e serviços de saúde (16,1%), Tecnologias em saúde (13,8%), Sentidos e representações vividos pelos usuários (12,6%), Informação em saúde (10,3%), Violência em saúde (8,1%), Saúde, ambiente e trabalho (8,1%), e Formação em saúde (4,6%). Os três primeiros temas concentraram 56,3% dos estudos. As práticas em saúde tiveram como foco o cotidiano do enfermeiro associado ou não à prática de outros profissionais de saúde. O tema Avaliação das políticas e serviços de saúde refere-se à produção de estudos sobre acesso das pessoas aos serviços de saúde em associação à operacionalização das redes de atenção e políticas de controle da tuberculose, DST/Aids, entre outras. O tema Tecnologias em saúde refere-se, substantivamente, ao desenvolvimento de manuais ou instrumentos para intervenção individual ou coletiva em espaços institucionais específicos, orientados a aprimorar principalmente as práticas à saúde da mulher e DST/Aids. **Conclusões:** Os temas encontrados contribuem majoritariamente na explicitação e na compreensão das ações de cuidado desenvolvidas no micro espaço das relações interpessoais do enfermeiro com os usuários e outros profissionais da saúde em prol do direito universal à saúde e em consonância ao projeto político do SUS. A predominância da Estratégia Saúde da Família como local de pesquisa confirma a iniciativa do governo federal em promover a reorganização das práticas na atenção primária em saúde. Ademais, a potência analítica dos estudos pode auxiliar a subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva na elaboração de pesquisas com novos objetos e inovações teórico-metodológicas em correspondência às necessidades e problemas de saúde da população brasileira.

Palavras-Chave: Enfermagem; Educação de pós-graduação; Saúde Coletiva; Agenda de Pesquisa em Saúde; Teses.

Pereira ÉG. Nursing cooperation to constitution of the Collective Health [thesis] Sao Paulo (SP): Nursing School, University of Sao Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Collective Health articulates multiple subjects, including social Sciences to provide a more comprehensive understanding on the health-disease process. Although Nursing institutionalization presents a profitable experience in doctoral formation and an important participation in production of knowledge, beyond his performance in the process of health services production, gaps still persist in the reflexive course to the epistemological complexity appropriation in the field of Collective Health. **Objectives:** To analyze the contribution of the academic production from Doctorate in Nursing to the Collective Health field. **Material and methods:** It is a documental research, based on dialectical hermeneutics. The sample was composed of 87 Doctoral thesis of 15 graduate programs, from 2011 to 2012. After a comprehensive reading, the empirical data was decomposed in themes that constitute the *corpus* of the study objects. The hermeneutics analysis also comprised the identification of theoretical-reference, subjects that constituted the population of study and places where studies were developed. **Results:** We found eight themes: Health practices (26.4%), Evaluation of politics and services in health (16.1%), Technologies in health (13.8%), Senses and representations experienced by the users (12.6%), Information in health (10.3%), Violence in health (8.1%), Health, environment and work (8.1%), and Training in health (10.3%). The first three themes focused 56.3% of the studies. The health practices had as focus the nursing's everyday associated or not to the practice of other health professionals. The Evaluation of politics and services in health theme refers to studies about the people access to health services in association to the network attention in health and tuberculosis, STD/Aids control policies, among others. The Technologies in health theme refers, substantively, to the development of manuals or tools to individual or collective intervention in specific institutional spaces, mainly oriented to improve the practices in woman's health and STD/Aids. **Conclusions:** The themes mostly contribute to elucidate and to understand care actions in the micro space of interpersonal nursing relationships with patients and other health professionals, in order to benefit the universal right to health and in accordance to the SUS – Unified Health System in Brazil. The predominance in Family's Health Strategies as a research place confirm the federal government initiative to promote the reorganization of practices in primary health care. Moreover, the analytic strength of the studies can help the academic subarea of Nursing in Collective Health on the formulation of researches with new objects and theoretical-methodological innovations in correspondence to the health needs and of the Brazilian population.

Keywords: Nursing; Education, Graduate; Public Health; Health Research Agenda; Academic Dissertations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.5.5.1 - Síntese percorrida por cada etapa da coleta de dados do presente estudo.....	64
Figura 4.2.1 - Mapa mental dos temas das teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva, 2011-2012.	83
Figura 4.2.1.1 - Mapa mental do tema As práticas em saúde.....	85
Figura 4.2.2.1 - Mapa mental do tema A avaliação das políticas e serviços de saúde	91
Figura 4.2.3.1 - Mapa mental do tema As tecnologias em saúde	96
Figura 4.2.4.1 - Mapa mental do tema Os sentidos e representações vividos pelos usuários.....	101
Figura 4.2.5.1 – Mapa mental do tema A informação em saúde	106
Figura 4.2.6.1 - Mapa mental do tema A violência e saúde	111
Figura 4.2.7.1 - Mapa mental do tema Saúde, ambiente e trabalho	116
Figura 4.2.8.1 - Mapa mental do tema A formação em saúde.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.4.1 -	Linhas de pesquisa vinculadas aos cursos de Doutorado em Enfermagem e linhas selecionadas na amostra referente ao período 2011-2012.....	58
Tabela 3.4.2 -	Disciplinas vinculadas aos PPG em Enfermagem, oferecidas aos alunos dos cursos de Doutorado em Enfermagem e as que foram selecionadas na amostra do período 2011-2012.....	59
Tabela 3.4.3 -	Teses vinculadas aos cursos de Doutorado em Enfermagem e as teses selecionadas na amostra do período 2011-2012.....	60
Tabela 4.1.1 -	Programas de Pós-Graduação em Enfermagem com teses afins à Saúde Coletiva segundo região de publicação, instituição de ensino superior e período de início do curso, 2011-2012.....	74
Tabela 4.1.2 -	Temas das disciplinas afins à Saúde Coletiva oferecidas aos alunos de cursos de Doutorado em Enfermagem, nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011-2012.....	80
Tabela 4.2.1.2 -	Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As práticas em saúde</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.....	86
Tabela 4.2.1.3 -	Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As práticas em saúde</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.....	87
Tabela 4.2.1.4 -	Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As práticas em saúde</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.	88
Tabela 4.2.1.5 -	Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As práticas em saúde</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.....	89
Tabela 4.2.2.2 -	Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A avaliação das políticas e serviços de saúde</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.....	92
Tabela 4.1.2.3 -	Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A avaliação das políticas e serviços de saúde</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.....	93

Tabela 4.1.2.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A avaliação das políticas e serviços de saúde</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.	94
Tabela 4.1.2.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A avaliação das políticas e serviços de saúde</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.....	95
Tabela 4.2.3.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As tecnologias em saúde</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.....	97
Tabela 4.2.3.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As tecnologias em saúde</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.....	98
Tabela 4.2.3.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As tecnologias em saúde</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local do estudo/fonte de dados, 2011-2012.	99
Tabela 4.2.3.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>As tecnologias em saúde</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.	100
Tabela 4.2.4.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.	102
Tabela 4.2.4.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.....	103
Tabela 4.2.4.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.....	104
Tabela 4.2.4.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.	105
Tabela 4.2.5.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A informação em saúde</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.....	107

Tabela 4.2.5.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A informação em saúde</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.	108
Tabela 4.2.5.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A informação em saúde</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.	109
Tabela 4.2.5.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A informação em saúde</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.	110
Tabela 4.2.6.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Violência e saúde</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.	112
Tabela 4.2.6.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A violência e saúde</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.	113
Tabela 4.2.6.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A violência e saúde</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.	114
Tabela 4.2.6.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A violência e saúde</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.	115
Tabela 4.2.7.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.	117
Tabela 4.2.7.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i> quanto a distribuição dos instrumentos e técnicas de análise, 2011-2012.	118
Tabela 4.2.7.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.	119
Tabela 4.2.7.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.	120
Tabela 4.2.8.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A formação em saúde</i> quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.	122

Tabela 4.2.8.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A formação em saúde</i> quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.	122
Tabela 4.2.8.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A formação em saúde</i> quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.....	123
Tabela 4.2.8.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema <i>A formação em saúde</i> quanto à procedência do estudo, 2011-2012.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.3 – Produção científica sobre a educação de pós-graduação senso estrito em Enfermagem e a subárea Enfermagem em Saúde Coletiva no período 1983-2013, segundo tipo de estudo.....	32
Quadro 3.3 - Programas de Pós-Graduação em Enfermagem credenciados pela CAPES com cursos de doutorado no período 2011-2012.	56

LISTA DE SIGLAS

UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	- Universidade de São Paulo
CAPES	- Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
MEC	- Ministério da Educação
PNPG	- Plano Nacional de Pós-Graduação
PPG	- Programa de Pós-Graduação
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
LILACS	- Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde
BDENF	- Base de Dados em Enfermagem
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
DeCs	- Descritores em Ciências da Saúde
SUS	- Sistema Único da Saúde
PG	- Pós-Graduação
HND	- História Natural da Doença
HNDNP	- História Natural da Doença e Níveis de Prevenção
ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UFRN	- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFPB	- Universidade Federal da Paraíba
UFC	- Universidade Federal do Ceará
UNB	- Universidade de Brasília
UFG	- Universidade Federal de Goiás
UFRGS	- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFPEL	- Universidade Federal de Pelotas
FURG	- Universidade Federal do Rio Grande
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UEM	- Universidade Estadual de Maringá
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UNIRIO	- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UERJ	- Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNICAMP	- Universidade de Campinas
UNIFESP	- Universidade Federal de São Paulo
USP/RP	- Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto
M	- Mestrado Acadêmico
D	- Doutorado Acadêmico
PIBIC	- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
USP/EE	- Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem
UBS	- Unidade Básica de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
SAMU	- Serviço de Atendimento Médico de Urgência
ID	- Identificador Único
APS	- Atenção Primária em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	23
1.2	A ENFERMAGEM E A SAÚDE COLETIVA NA PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA	24
1.3	A EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO EM ENFERMAGEM E A SUBÁREA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
2	OBJETIVOS.....	37
2.1	OBJETIVO GERAL	37
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	41
3.1	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	41
3.1.1	<i>A constituição do campo de conhecimento em Saúde Coletiva</i>	<i>41</i>
3.1.2	<i>A contribuição da Enfermagem em Saúde Coletiva na produção do campo de conhecimento da Enfermagem</i>	<i>49</i>
3.2	TIPO DE PESQUISA	52
3.2.1	<i>Pesquisa documental</i>	<i>53</i>
3.3	LOCAL E MATERIAL DO ESTUDO.....	54
3.4	AMOSTRA	57
3.5	ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	61
3.5.1	<i>Primeira etapa.....</i>	<i>61</i>
3.5.2	<i>Segunda etapa</i>	<i>61</i>
3.5.3	<i>Terceira etapa</i>	<i>62</i>
3.5.4	<i>Quarta etapa</i>	<i>63</i>
3.5.5	<i>Quinta etapa.....</i>	<i>63</i>
3.6	CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	69
4	RESULTADOS	73
4.1	OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO EM ENFERMAGEM COM TESES AFINS À SAÚDE COLETIVA NO PERÍODO 2011-2012	73
4.2	AS TESES EM ENFERMAGEM AFINS À SAÚDE COLETIVA NO PERÍODO 2011-2012.....	82
4.2.1	<i>As práticas em saúde</i>	<i>84</i>
4.2.2	<i>A avaliação das políticas e serviços de saúde</i>	<i>89</i>
4.2.3	<i>As tecnologias em saúde</i>	<i>95</i>
4.2.4	<i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários</i>	<i>100</i>
4.2.5	<i>A informação em saúde.....</i>	<i>105</i>

4.2.6	<i>A violência e saúde</i>	110
4.2.7	<i>Saúde, ambiente e trabalho</i>	115
4.2.8	<i>A formação em saúde</i>	120
5	DISCUSSÃO	127
5.1	OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO EM ENFERMAGEM NO PERÍODO 2011-2012 COM TESES AFINS À SAÚDE COLETIVA	127
5.2	A PRODUÇÃO EM ENFERMAGEM ORIENTADA À SAÚDE COLETIVA?	141
5.2.1	<i>As práticas em saúde</i>	142
5.2.2	<i>A avaliação das políticas e serviços de saúde</i>	149
5.2.3	<i>As tecnologias em saúde</i>	152
5.2.4	<i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários</i>	156
5.2.5	<i>A informação em saúde</i>	160
5.2.6	<i>A violência e saúde</i>	164
5.2.7	<i>Saúde, ambiente e trabalho</i>	167
5.2.8	<i>A formação em saúde</i>	170
5.2.9	<i>Apontamentos sobre aspectos teórico-metodológicos da produção em Enfermagem analisada</i> ..	172
6	CONCLUSÕES	177
6.1	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA	178
6.2	SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	179
7	BIBLIOGRAFIA	183
	APÊNDICE	207
	ANEXOS	253

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo buscou analisar os objetos de investigação das teses de Doutorado em Enfermagem no Brasil, que tinham alguma afinidade com a Área da Saúde Coletiva e relacionar com a prática científica desenvolvida nos cursos de Doutorado em Enfermagem no intuito de contribuir à institucionalização da subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva constituiu-se, no Brasil, durante a década de 1970, a partir da articulação entre as Ciências Sociais e outras disciplinas afins à área da saúde (Donnangelo, 1984; Paim, Almeida Filho, 2000; Paim, 2006). Enquanto campo de saber e de práticas desenvolveu-se, essencialmente, a partir da crítica ao modelo médico hegemônico, aos movimentos ideológicos referentes à Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina da Família e à Saúde Pública institucionalizada (Donnangelo, 1984; Paim, Almeida Filho, 2000; Paim, 2006).

Também impulsionou sua constituição, as limitações explicativas para a interpretação dos intensos processos de desigualdades sociais e de saúde, substantivamente presentes no âmbito da América Latina, que vivia o exercício de processos ditatoriais, com todas as suas decorrentes injustiças sociais e repercussão sobre os processos saúde-doença (Nunes, 2000). Assim, as discussões salientavam que as causas das doenças deviam ser investigadas nos processos de produção e reprodução social e, nessa perspectiva, buscava-se a formação de profissionais de saúde para além da técnica e da dimensão biológica (Nunes, 2000).

Desde então, a Saúde Coletiva vem apresentando amplo desenvolvimento como campo de produção de conhecimento, na formação de pesquisadores e na atuação de profissionais na formulação, operacionalização e avaliação de políticas públicas de saúde (Barata, Santos, 2013), além das inovações na organização do trabalho no contexto dos serviços de saúde.

1.2 A ENFERMAGEM E A SAÚDE COLETIVA NA PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA

Uma aproximação com a produção da Enfermagem permite identificar que a subárea Enfermagem em Saúde Coletiva tem procurado, de acordo com achados de Carvalho et al. (2012), refletir sobre o significado social de sua prática na sociedade brasileira, como se dá a interação dos diferentes sujeitos que compõem a equipe de enfermagem no trabalho em saúde e a articulação entre os diferentes perfis de saúde-doença da população com os processos de produção e de reprodução social.

Os pesquisadores da subárea Enfermagem em Saúde Coletiva, ao examinarem inicialmente sua prática social, enquanto trabalho, na perspectiva marxista, analisaram o cuidado de enfermagem (Nakame, 1987; Almeida, Rocha, 1997), reconhecendo os elementos essenciais do processo de trabalho do enfermeiro e dos demais trabalhadores que compõem a força de trabalho na Enfermagem (Castellanos, 1989; Egry, 1996; Almeida, Rocha, 1997; entre outros).

Vale ressaltar que a Enfermagem brasileira teve seu primeiro curso de pós-graduação senso estrito, de mestrado acadêmico, na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, em 1972, e o de doutorado, em 1981, a partir de um convênio entre a Escola de Enfermagem e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ambas unidades da Universidade de São Paulo - USP (Augusto, 1990; Collet, Schneider, Correa, 2000).

Tais fatos devem-se ao amadurecimento da área e ao contexto de expansão da educação superior brasileira, intensificada durante o regime militar, por meio da Reforma Universitária de 1968 (Lei nº 5.540/68), que foi voltada especialmente para as instituições federais, reiterando a incorporação de um modelo para a organização do ensino superior brasileiro (Martins, 2000).

À época, a expansão dos cursos de graduação exigiu, consequentemente, a ampliação do corpo docente e, deste modo, a Reforma Universitária promoveu a institucionalização da pós-graduação em dois níveis – mestrado e doutorado, com o objetivo de formar professores qualificados e estimular o desenvolvimento de pesquisas para o desenvolvimento do País (Lei nº 5.540/68).

Assim, na década de 1970, a região Sudeste teve seus primeiros enfermeiros doutores em outras áreas do conhecimento que não a Enfermagem (Rodrigues et al., 2008; Erdmann et al., 2011). Segundo os mesmos autores, predominavam pesquisas em enfermagem que adotavam metodologias apoiadas no enfoque funcional para a apreensão dos fenômenos biológicos/sociais e que acabavam, certamente, tendo impacto na assistência e no ensino de enfermagem. Entretanto, historicamente, apoiavam o desenvolvimento de pesquisas médicas e não da sua área específica de conhecimento (Augusto, 1990; Cianciarullo, Salzano, 1991).

Nessa época, as publicações apresentam-se essencialmente descritivas, com relatos de prática, opiniões pessoais, tradução de artigos norte-americanos e com o empréstimo de conhecimentos de outras disciplinas que acabam por fundamentar a prática da enfermagem, mas com conteúdos teórico-metodológicos considerados fragmentados por muitos estudiosos da Área (Collet, Schneider, Correa, 2000).

A paulatina expansão dos cursos de mestrado e doutorado brasileiros, em Enfermagem, na região Sudeste (4 mestrados e 3 doutorados), Sul (1 mestrado) e Nordeste (2 mestrados) permitiu, na década de 1980, o redimensionamento das concepções que embasavam o trabalho dos pesquisadores em Enfermagem, principalmente a partir da participação dos enfermeiros no movimento da Reforma Sanitária (Tonolli, Carvalho, 2002).

Em 1987, constituiu-se, institucionalmente, o primeiro Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva no âmbito universitário brasileiro, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a égide da Saúde Coletiva e que trouxe, além de outros desafios, a necessidade da qualificação dos enfermeiros neste campo do saber, assim como responder às demandas nacionais, requeridas por força do movimento da Reforma Sanitária que, pouco mais tarde, traduzir-se-iam na Constituição de 1988 (Egry, 1996).

Por sua vez, a CAPES (Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que é uma instância do Ministério da Educação (MEC), iniciou suas atividades em 1951 e, na década de 1970, desenvolveu sua prática avaliativa no sistema de desempenho da educação de pós-graduação senso estrito, separadamente, em nível de mestrado e doutorado (Martins, 2002; Cabral Neto, Castro, 2012; Barreto, Domingues, 2012). Os Planos Nacionais de Pós-Graduação, executados pela CAPES, ao longo do tempo, constituíram-se em marcos para a construção, consolidação e institucionalização do sistema brasileiro de educação de pós-graduação senso estrito (Martins, 2002).

A elaboração dos cinco Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG), conforme pode ser verificado na síntese abaixo, orienta e norteia as atividades deste segmento do ensino superior brasileiro (Cabral Neto, Castro, 2012):

- a) I PNPG (1975-1979) – tinha como prioridade, a capacitação de docentes para as instituições de educação superior, minimizando as lacunas do quadro docente das instituições deste nível, ao considerar que, antes, isso era feito essencialmente no exterior. A concessão de bolsas de estudo aos professores universitários possibilitou a institucionalização da pós-graduação no sistema universitário e o início do enfrentamento dos desequilíbrios entre as diversas áreas do conhecimento nas várias regiões do País;
- b) II PNPG (1982-1985) – tratava da regulação e da avaliação deste nível de ensino, a partir do princípio da eficiência e da confiabilidade dos sistemas de informação e avaliação de desempenho dos programas de pós-graduação. Iniciou-se a problematização do aprimoramento do setor produtivo nacional, por meio do desdobramento do conhecimento sobre ciência e tecnologia;
- c) III PNPG (1986-1989) – trouxe como contribuição, a institucionalização da pesquisa como segmento público promovido por meio da prática universitária pública e como elemento indissociável da pós-graduação, articulada ao desenvolvimento da ciência e tecnologia, a partir da operacionalização de uma identidade nacional sólida no âmbito da pesquisa brasileira;
- d) IV PNPG (2005-2010) – incorporou o princípio de que o sistema educacional é estratégico no desenvolvimento social, econômico e cultural da sociedade brasileira. Aponta que a pós-graduação tem a tarefa de produzir profissionais aptos para atuar em diferentes setores da sociedade e contribuir no processo de modernização do País, destacando a importância da área acadêmica com o setor produtivo e estimulando o aumento do número de pós-graduandos;
- e) V PNPG (2011-2020) – evidencia, na indução estratégica delineada no Plano anterior: o favorecimento da integração do ensino de pós-graduação com o setor empresarial e a sociedade, a partir da expansão do SNPG; a qualidade, a quebra da endogenia e das assimetrias dos cursos de pós-graduação senso estrito em relação à necessidade de conhecimento nos diversos contextos e setores da sociedade

brasileira; propõe a criação de uma agenda nacional de pesquisa associada à produção da pós-graduação; aponta o aperfeiçoamento da avaliação e o estreitamento das parcerias entre universidades, Estado e empresas; a adoção da inter e da multidisciplinaridade como importantes eixos de pesquisa; o apoio à formação de formadores na educação básica e no ensino médio.

Assim, a partir do que foi dito acima, se pode observar que (Brasil, 2010, p.27):

“a política de pós-graduação no Brasil objetivou, inicialmente, capacitar os docentes das universidades, depois se preocupou com o desempenho do sistema de pós-graduação e, finalmente, voltou-se para o desenvolvimento da pesquisa na universidade, já pensando agora na pesquisa científica e tecnológica e no atendimento das prioridades nacionais [preocupando-se] com os desequilíbrios regionais e com a flexibilização do modelo de pós-graduação.”

O V PNPG, em outras palavras, tem como uma de suas prioridades, no período 2011-2020, a expansão dos cursos, por meio da criação e indução de uma agenda nacional de pesquisa, voltada “para um conjunto de problemas de interesse da sociedade cuja solução [depende] do conhecimento, recobrindo diferentes segmentos da ciência e da tecnologia, bem como parcerias entre órgãos públicos e setores privados” (Brasil, 2010, p.20).

Por sua vez, em âmbito internacional, tem sido observado que o propósito dos cursos de doutorado e mestrado para a formação de novos pesquisadores para a produção de conhecimento científico e/ou formação de recursos humanos para além da academia, tem sido tema recorrente nas discussões governamentais, por meio dos órgãos reguladores e das instituições acadêmicas e de financiamento das pesquisas (Pezzi, Steil, 2009). Tais estudos e discussões apontam a expansão da pós-graduação senso estrito e a preocupação com o aumento da demanda, associada à garantia da manutenção da qualidade dos cursos, dos alunos e egressos (Pezzi, Steil, 2009; Nagata et al., 2012; Arimoto et al. 2012).

Nesse sentido, as pesquisas que tomam como objeto a Saúde Coletiva na educação superior têm procurado compreender a participação da Enfermagem e de outras práticas sociais (Medicina, Odontologia, entre outras) no ensino de graduação, articulando os modelos de ensino às políticas públicas e às práticas dos serviços de saúde, em consonância aos princípios do Sistema Único da Saúde/SUS (Campos, Nunes 1976; Galleguillos 2001; Galleguillos, Oliveira 2001; Soares et al. 2003; Campos, Elias 2008; Almeida 2009; Campos

2009; Campos, Elias, Cordoni Júnior, 2009; Leonello, Miranda Neto, Oliveira, 2011; Almeida, Soares, 2011; Almeida Filho, 2013).

Contudo, quando as pesquisas tratam de investigar o objeto da Saúde Coletiva na educação superior de pós-graduação senso estrito, há predomínio dos estudos da área Saúde Coletiva que é institucionalizada em 1993 pela CAPES (Nunes, Costa, 1997; Minayo, Costa, 1998; Canesqui, 1998; Nunes, Nascimento, Barros, 2010; Viacava, 2010; Minayo, 2010; Nunes, et al., 2010; Barata, Santos, 2010; Nunes, Ferreto, Barros, 2010; Nunes, Nascimento, Barros, 2010; Nunes, 2011; Côrrea, 2012; Côrrea, Ribeiro, 2013).

Na presente pesquisa, o foco são as teses em Enfermagem oriundas dos Programas de Pós-Graduação (PPG) em Enfermagem com conteúdo afim à Saúde Coletiva. Isto porque, ao contrário dos cursos de mestrado, bacharelado e/ou licenciatura em Enfermagem, que se encontram em uma posição intermediária mais próxima do mercado de trabalho e da formação de graduação, os doutores ocupam posição privilegiada em relação ao desenvolvimento de pesquisas inovadoras, formando formadores que podem promover o amadurecimento científico quali-quantitativo da Enfermagem.

Assim, o **pressuposto** do presente estudo é que, apesar da institucionalização da área de conhecimento da Enfermagem ter volume e experiência na formação de doutores e sua prática científica ser importante no processo de produção dos serviços de saúde, ainda persistem lacunas no percurso reflexivo de apropriação da complexidade do campo da Saúde Coletiva. Deste modo, espera-se que a problematização da área da Enfermagem afim à Saúde Coletiva – obtida durante a formação na educação superior de pós-graduação senso estrito, possa contribuir no modo como tal subárea é institucionalizada no tocante às questões que desafiam o conhecimento e os caminhos percorridos para buscá-lo.

Ademais, é importante o desenvolvimento de estudos nacionais que enfoquem a institucionalização da subárea Enfermagem em Saúde Coletiva, a partir de pesquisas com os atores sociais (pesquisadores, professores, alunos, formuladores de política e usuários das pesquisas) envolvidos na prática científica de produção das teses, dissertações, publicações científicas, grupos de pesquisa, disciplinas, eventos científicos, entre outros e que possam oferecer acesso aos assuntos que são mais tratados.

A Enfermagem tinha “dificuldade em identificar os estudos dos pesquisadores” nas subáreas Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq –

enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica, enfermagem psiquiátrica, enfermagem em doenças contagiosas, enfermagem em saúde pública – a partir das linhas de pesquisa que aglutinam estudos científicos e/ou tecnológicos produzidos no interior da área (Mendes et al., 2003, p.492). Deste modo, na tentativa de reconhecer parcela da especificidade da Enfermagem afim à Saúde Coletiva, a presente autora se deparou há alguns anos com os seguintes questionamentos:

- Qual é a diversidade temática das teses afins à Saúde Coletiva que são produzidas nos cursos brasileiros de Doutorado em Enfermagem?
- As teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva aproximam-se de quais subáreas da Saúde Coletiva?

Em síntese, como apontado anteriormente, a educação de pós-graduação senso estrito pode ser um importante espaço de estudo na reflexão sobre a formação e atuação necessárias à consolidação do sistema brasileiro público de saúde. Neste sentido, para identificar como a Enfermagem tem produzido pesquisas relacionadas ao tema, faz-se necessária uma revisão bibliográfica nacional.

1.3 A EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO EM ENFERMAGEM E A SUBÁREA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para identificar como a educação de pós-graduação senso estrito brasileira em Enfermagem tem se apropriado da Saúde Coletiva e divulgado sua produção científica, realizou-se revisão bibliográfica nacional. Tal revisão orienta a problematização do objeto de estudo da presente pesquisa.

A produção nacional sobre educação de pós-graduação senso estrito em Enfermagem e a Saúde Coletiva foi investigada nos seguintes locais de busca:

- a) banco de dados da Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde – LILACS
- b) Base de Dados em Enfermagem – BDENF

c) Scientific Electronic Library Online – SCIELO

d) Biblioteca Eletrônica de teses e dissertações da USP – Teses USP

Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), indexadores de assunto, palavras, tipo e país de publicação: educação de pós-graduação em enfermagem; educação em enfermagem de pós-graduação; educação superior; enfermagem; pesquisa em enfermagem; Brasil; avaliação educacional; saúde coletiva; saúde pública; pesquisa em educação de enfermagem e currículo. Além disso, foram utilizados os operadores booleanos *and*, *or* e *and not* com as palavras *latu-sensu*, *lato-sensu*, *lato*, *latu*, mestrado, profissional, editorial e especialização.

O ano de 1981 constituiu-se no marco temporal inicial para localizar, na produção científica brasileira, os relatos de caso e/ou as pesquisas porque, neste mesmo ano, iniciou-se o primeiro curso de doutorado brasileiro e latino-americano em Enfermagem, no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem entre a Escola de Enfermagem e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para tanto, optou-se por sistematizar o problema de pesquisa a partir da estratégia PICo (Santos, Pimenta, Nobre, 2011; Biruel, 2013), sendo “P” para sujeitos – professores, alunos ou egressos pós-graduandos, “T” para fenômeno de interesse - a experiência obtida na estrutura acadêmica dos PPG senso estrito em Enfermagem e “Co” para contexto – enfermagem em saúde coletiva.

Assim, definiu-se a seguinte pergunta norteadora: **Qual é a percepção de professores, alunos ou egressos pós-graduandos sobre a experiência obtida na estrutura acadêmica dos PPG senso estrito em Enfermagem na subárea Enfermagem em Saúde Coletiva?**

Uma análise exploratória constatou que os estudos sobre a educação brasileira de pós-graduação senso estrito em Enfermagem vêm sendo realizados, no Brasil a partir de 1983, representando, em 2013, período em que se definiu a restrição da revisão bibliográfica, 30 anos de reflexão a respeito do tema. Assim sendo, optou-se pelos seguintes marcadores temporais analíticos da produção bibliográfica sobre a educação brasileira de pós-graduação senso estrito em Enfermagem:

- a) **1988** – ano de promulgação da VII Constituição Federal Brasileira que proporcionou a criação do SUS e, conseqüentemente, a universalização do direito à saúde (artigos 196 a 200) e à educação básica (artigos 205 a 214);
- b) **1996** – ano de aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394 de 20/12/1996), que promoveu a abertura governamental do setor de educação superior ao mercado e intenso processo de expansão, mercantilização e privatização, especialmente, do ensino de graduação;
- c) **2006** – ano de aprovação das reformas institucionais pactuadas no conjunto dos compromissos sanitários das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), a partir da definição de metas e prioridades (Pacto pela Saúde), com base nos princípios do SUS e enfatizando as necessidades de saúde da população (Portaria/GM nº 399 de 22/02/2006).

Deste modo, foram incluídas nesta revisão:

- Teses, dissertações e artigos de periódicos com resumo e/ou texto integral disponível;
- Documentos científicos sobre a educação de pós-graduação *senso estrito* - mestrado ou doutorado acadêmico brasileiro em enfermagem, publicados no Brasil, produzidos por alunos, professores e/ou egressos;

Os critérios de exclusão consistiram em:

- Editoriais e apresentações em evento científico;
- Documentos científicos sobre o mestrado profissional ou cursos *senso lato*, tais como especialização e residência em enfermagem, produzidos por alunos, professores e/ou egressos;
- Produção bibliográfica sem resumo disponível.

Foram identificados 852 trabalhos que aparentavam demonstrar a realidade brasileira na educação de pós-graduação *senso estrito* em Enfermagem. Assim, foi realizada leitura exaustiva dos títulos, resumos e, quando necessário, recorreu-se ao conteúdo integral, para explicitar suas características específicas.

A sequência das estratégias mencionadas acima determinou a exclusão de 846 títulos que se distanciavam do tema de interesse da pesquisa e/ou eram repetições e, assim, foram selecionados seis trabalhos. Tais materiais foram subdivididos por tipo de estudo (relatos de caso, revisão da literatura, estudos com casuística ou ensaios teóricos), conforme o Quadro 1.3 a seguir.

Quadro 1.3 – Produção científica sobre a educação de pós-graduação senso estrito em Enfermagem e a subárea Enfermagem em Saúde Coletiva no período 1983-2013, segundo tipo de estudo.

Tipo	Temas	Autores
Estudo empírico com casuística	Perfil sócio-demográfico de mestrands e doutorandos em Enfermagem da EE/USP e o conceito de processo saúde-doença	Lima JV, Jorge MSB. O significado do fenômeno saúde-doença para os alunos de pós-graduação. Rev. Baiana Enferm. 1995;8(1/2):124-38.
Revisão da literatura	Enfermagem na saúde pública	Almeida MCP, Silva EM, Villa TCS, Assis MMA, Kemura MLR. O conhecimento produzido no programa de mestrado de enfermagem em saúde pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e suas relações com as práticas de saúde. Rev. Latinoam. Enferm. 2000;8(5):91-96.
Revisão da literatura	Enfermagem em saúde coletiva	Egry EY, Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Oliveira MAC, Takahashi RF. Construindo o conhecimento em saúde coletiva: uma análise das teses e dissertações produzidas. Rev. Esc. Enferm. 2005;39(esp):544-52.
Revisão da literatura	Saúde do trabalhador	Duran ECM. Produção do conhecimento em enfermagem em saúde do trabalhador no Brasil: análise do impacto dos resultados na formação de recursos humanos [tese]. Ribeirão Preto; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
Revisão da literatura	Saúde da criança na atenção primária	Novaczik AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. Revi. Eletrônica Enferm. 2008;10(4):21-25.
Revisão da literatura	Saúde do trabalhador	Castro MR, Farias SNP. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008;12(2):364-69.

Verifica-se, pela primeira vez, após sete anos de constituição do SUS, a produção de um estudo com casuística local acerca da percepção de alunos de PG senso estrito em Enfermagem, na Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo, sobre o conceito de processo saúde-doença, que é um dos tópicos estruturantes do campo da Saúde Coletiva (Lima, Jorge, 1995).

Aponta-se que, na sequência, foram publicados mais três trabalhos, produzidos na mesma universidade, isto é, na Universidade de São Paulo, que revisaram a contribuição temática das teses e dissertações em enfermagem sobre a enfermagem em saúde pública (Almeida et al., 2000), enfermagem em saúde coletiva (Egry et al., 2005) e saúde do trabalhador (Duran, 2006).

Houve duas revisões de teses e dissertações em Enfermagem acerca da saúde da criança na atenção primária (Novaczik, Dias, Gaíva, 2008) e saúde do trabalhador (Castro, Farias, 2008), temas que integram o campo da Saúde Coletiva.

Tal revisão, por fim, possibilita afirmar que não foi identificado nenhum estudo com casuística regional ou nacional sobre a produção acadêmica afim ao campo da Saúde Coletiva, no âmbito do Doutorado em Enfermagem, o que constituiu um dos motivos do presente estudo. Justifica-se, portanto, o presente estudo que tem por finalidade contribuir para a construção do conhecimento da Enfermagem e, consequentemente, para o aprimoramento das práticas em Enfermagem em Saúde Coletiva.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a contribuição da produção acadêmica das Teses de Doutorado em Enfermagem dos Programas de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem no período 2011-2012, para a constituição do campo da Saúde Coletiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os Programas de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem com conteúdos afins à Saúde Coletiva;
- Caracterizar as Teses de Doutorado com conteúdos afins à Saúde Coletiva em relação ao tema de estudo e métodos;
- Verificar a convergência de tais produções com as prioridades de pesquisa em saúde no Brasil, na área da Saúde Coletiva;
- Identificar a contribuição dessa produção com conteúdos afins à Saúde Coletiva na institucionalização da subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva.

MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1.1 A constituição do campo de conhecimento em Saúde Coletiva

A reflexão sobre a constituição da Saúde Coletiva não pode ser apresentada por meio de uma cronologia linear porque, ao longo do tempo, ocorreram momentos de maior e menor inflexão que incidiram nos avanços da área, conforme Nunes (2006).

A Saúde Coletiva tem suas bases na Medicina Social e, para Nunes (2000; 2006), teve início por meio do estudo de Foucault (1979) acerca da polícia médica na Alemanha, da medicina urbana proposta pela França e da medicina da força de trabalho na Inglaterra.

No começo do século XVIII, a Alemanha desenvolveu saber pormenorizado sobre população e o desenvolvimento das doenças (Nunes, 2000). Assim, a expressão *polícia médica* surgiu com a intenção de agregar um conhecimento completo acerca da população, para controlar, por meio de legislação, todos os aspectos de sua vida, a serviço da política estatal (Nunes, 2000).

Na segunda metade do século XIX, autores alemães e franceses apontavam que as cidades tornaram-se o centro nuclear dos problemas sociais e de saúde (Nunes, 2000). A doença passa, então, a ser vista como um processo orgânico de etiologia multifatorial que tem, nas condições materiais de vida, uma das causas mais relevantes e cujo tratamento deve ser realizado individualmente, com base nas características fisiopatológicas e psicológicas dos pacientes, agregando sempre a relação com os problemas sociais (Nunes, 2000; Arouca, 2003; Nunes, 2006).

O advento da Bacteriologia possibilitou a ampliação das variações explicativas do fenômeno saúde-doença e estudiosos ingleses salientaram a preocupação com o corpo, visto como máquina de órgãos que, “quando em silêncio, são saudáveis”, com o intuito de

promover a manutenção da força de trabalho e a operacionalização de ações curativas para a reparação de segmentos isolados dessa “máquina humana” (Nunes, 2000; Safatle, 2011).

Já a Epidemiologia, tradicionalmente, por meio da Saúde Pública, tem contribuído ao conhecimento e controle das doenças infectocontagiosas e desde a sua origem, é possível estabelecer sua ligação com os problemas de saúde dos trabalhadores (Facchini, 1993). A Revolução Industrial, por exemplo, foi um grande terreno para aprofundar a compreensão do impacto do trabalho em saúde (Facchini, 1993). Após a II Guerra Mundial, com novas tecnologias ocupando vários setores da economia, com a reestruturação da produtividade e políticas sociais voltadas um pouco mais para as áreas de saúde e educação, a Epidemiologia passou a ser instrumento para o controle das doenças crônico-degenerativas na população (Facchini, 1993).

Assim, segundo Nunes (2006), alguns princípios básicos vão compondo paulatinamente o discurso da Saúde Pública: 1)a saúde das pessoas é de interesse da sociedade e a sociedade tem obrigação de proteger e assegurar a saúde dos seus membros; 2)as condições sociais e econômicas têm impacto crucial sobre a saúde e a doença e devem ser estudadas cientificamente; 3)as medidas para a proteção da saúde são sociais e médicas.

A explicação da enfermidade, fortemente assentada na Unicausalidade, que foi reforçada com o advento da Bacteriologia, foi superada pelo modelo explicativo da multicausalidade, que se desenvolveu a partir de 1950 (Nunes, 2000). Tal modelo entende o processo saúde-doença como resultado de múltiplas determinações, abarcando a análise das múltiplas causas das enfermidades (embora não seja uma teoria, é utilizada na investigação clínica, ao considerar todos os fatores de risco que podem desencadear uma doença) e o modelo ecológico para formular a história natural das doenças (Nunes, 2000). Nessa proposta, as causas são ordenadas em três possíveis fatores ou categorias: o agente, o hospedeiro e o ambiente, inter-relacionados e em constante equilíbrio (Nunes, 2000; Arouca, 2003).

Para Nunes (2000) e Arouca (2003), em síntese, os fatores variáveis ou categorias causais das doenças referem-se: 1) ao agente: características biológicas, presença ou ausência de elementos que podem iniciar ou perpetuar um processo patológico; 2) ao ambiente: condições que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, tais como, geografia, clima, moradia, instabilidade familiar, recreação adequada, facilidades diagnósticas ou qualquer fator social, econômico e biológico que se opõe à saúde física e mental do ser

humano; 3) ao hospedeiro: idade, sexo, raça, hábitos, costumes, características como o desenvolvimento da personalidade, reações psicobiológicas do ser humano, entre outras.

O modelo da História Natural da Doença (HND) é o resultado de uma série de esforços conceituais na sistematização e articulação dos conhecimentos científicos sobre as múltiplas dimensões envolvidas no processo de adoecimento (Ayres, 2009). Conforme o mesmo autor, subsidia e atualiza a capacidade de identificar suas diversas etapas e determinantes e indica pontos estratégicos para agir preventivamente. Os diferentes momentos da história natural de uma doença definirão, por sua vez, os níveis primário, secundário e terciário de prevenção, facilitando que os pesquisadores, ao dirigir seus estudos, ou os profissionais de saúde, ao atenderem a população, utilizem recursos técnicos e científicos de forma racional e eficaz para a melhoria da saúde de indivíduos e populações (Ayres, 2009).

Para Arouca (2003, p.170):

“a Medicina Preventiva assume, dentro da História Natural das Doenças, duas dimensões de causalidade: a epidemiológica enquanto determinação do aparecimento das doenças, e o critério fisiopatológico enquanto evolução destas”

No Brasil, o conceito de Leavell e Clark sobre a História Natural da Doença e Níveis de Prevenção (HND/NP) foi, inicialmente, apresentado na década de 1970, em eventos científicos organizados pela Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Nunes, 1978; Ayres, 2009). A ampla divulgação ocorreu a partir da publicação do livro-texto de Leavell e Clark em português, com tradução de Maria Cecília Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Ramos, professores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ayres, 2009).

Embora tenha sido amplamente utilizada a partir da década de 1960 e 1970, percebeu-se, ao longo do tempo, que a abordagem dos complexos problemas de saúde, como resultado das crises econômicas, políticas e sociais, que ocorriam, sobretudo nos países em desenvolvimento, no final da década de 1960, não encontrava densidade explicativa no modelo da História Natural da Doença (Nunes, 2000).

Ademais, o modelo da HND procede apenas à análise das causas aparentes das doenças, na medida em que os fatores ou categorias possuem a mesma intensidade e a saúde-

doença da população deixa de ser uma construção histórica para tornar-se um processo natural a-histórico (Nunes, 2000). E, como acrescenta Arouca (2003), metamorfoseia-se em mito, já que uma das funções do mito é fazer desaparecer a história de seu objeto.

Deste modo, segundo Arouca (2003, p.173):

“as técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade”.

Assim, desaparece “a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações desse espaço contraditório da saúde e da doença” (Arouca, 2003, p. 174).

Também a esse respeito, Lessa (1996) afirma que a essência humana é determinada historicamente pela reprodução social, porque são os homens que fazem sua própria história, ainda que em circunstâncias que não escolheram e, portanto, não há uma essência humana a-histórica que não possa ser subvertida pelos atos humanos.

Na tentativa de contribuir para a explicação da necessidade de superar o modelo multifatorial, Mendes Gonçalves (1992), ao aplicar a teoria marxista do trabalho no campo da saúde, chama a atenção que, durante a história das sociedades ocidentais, os objetos dos processos de trabalho em saúde sempre foram representados por “entidades”. Assim, segundo o mesmo autor, quando a medicina moderna se apresenta como prática social, a partir do fim do século XVIII, tendeu a buscar seus símbolos na Grécia Clássica. Ou seja, buscou na simbologia da medicina hipocrática, uma classificação, a partir da observação de alterações naturais que fazem o homem sofrer, chamando este processo de clínica (Mendes Gonçalves, 1992).

Admitindo-se que a natureza pode apresentar-se em desequilíbrio, tal fato determinou ao trabalho médico o reconhecimento deste desequilíbrio a partir do diagnóstico e o saber sobre os processos orientados ao reequilíbrio do prognóstico (Mendes Gonçalves, 1992).

Observa-se ao longo do tempo, que a estrutura hipocrática que é reconhecida na medicina moderna, passou a legitimar o trabalho médico e, por conseguinte, a centralizar o

processo de produção dos serviços de saúde. O foco principal tornou-se a doença-entidade, presente no indivíduo, preenchendo hegemonicamente a literatura especializada e, conseqüentemente, norteando as práticas de intervenção em saúde (Ayres, 1993; Pereira, 2005).

Assim, no final da década de 1960, muitos estudiosos latino-americanos, engajados numa proposta que visava reorientar e superar os modelos explicativos de ordem funcionalista existente estabeleceram uma crítica radical a tais modelos que, ao enfatizarem os aspectos biológicos individuais, descuidavam da causalidade social da doença (Nunes, 2000; Arouca, 2003). Conforme os mesmos autores, as discussões tinham como ponto em comum o fato que as causas das doenças deviam ser buscadas não somente nos processos biológicos ou nas características da tríade ecológica, mas, nos processos sociais, basicamente na produção e reprodução social.

Em resposta, Laurell e Noriega (1989), refletindo sobre o modelo médico hegemônico, propuseram a articulação entre o processo social e o processo saúde-doença, que assume características heterogêneas, conforme o modo como cada grupo social se insere na produção da vida material e se relaciona com os outros grupos sociais constitutivos da sociedade.

Esta foi uma etapa importante da constituição do campo da Saúde Coletiva, enquanto campo de saber e âmbito de práticas, desenvolvido, essencialmente, a partir da crítica ao modelo médico hegemônico, aos movimentos ideológicos referentes à Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina da Família e à saúde pública institucionalizada (Paim, Almeida Filho, 2000; Paim, 2006; Nunes, 2015).

Para Arouca (2003), o desenvolvimento da medicina moderna foi se consolidando, ao longo do tempo, sem a explicitação de um conceito unitário de doença e buscando conceituar cada doença em sua especificidade. Tal problematização, segundo o mesmo autor, esteve ausente da educação médica até o aparecimento do discurso preventivista.

Por sua vez, Fonseca, Egry e Bertolozzi (2006), reiteram que as teorias interpretativas do processo saúde-doença refletem o desenvolvimento das forças produtivas da sociedade. E, neste sentido, Breilh (1995), ao definir a instauração de um novo horizonte para o desenvolvimento de estudos que articulariam a doença em âmbito social, afirma que a Saúde Pública conceitua saúde-doença de forma empírica, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica. Por outro lado, para o mesmo autor, a Saúde

Coletiva parte da determinação histórica do processo coletivo de produção dos processos de saúde-doença.

Desse modo, o caráter social do processo saúde-doença, defendido pela Medicina Social, se manifesta, empiricamente, com mais clareza, na coletividade do que no indivíduo (Laurell, 1983). O reconhecimento do processo saúde-doença no âmbito do coletivo pretende saber como o processo biológico determina-se socialmente, readquirindo, então, a unidade entre a doença e a saúde, dicotomizada no pensamento médico clínico (Laurell, 1983).

Segundo Victora et al. (1990), o modelo da Determinação Social do Processo Saúde-Doença propõe que o processo biopsicossocial coletivo, nas diferentes classes sociais, é mediado pelos processos de produção (formas de trabalhar) e reprodução social (formas de consumir). Para os mesmos autores, em relação à produção, a inserção dos agentes sociais, em processos de trabalho, determina não apenas sua própria exposição aos riscos ocupacionais específicos, como também seu acesso à riqueza ali produzida, através de seus rendimentos. Tais rendimentos, por sua vez, determinam níveis de consumo e, portanto, o acesso aos bens materiais de vida que incluem, entre outros, alimentação, moradia e escolaridade. Neste sentido, por meio da dialética produção-consumo, é possível compreender os diferenciais de saúde entre os grupos e no interior de cada grupo social (Victora et al., 1990).

Assim, firma-se, no Brasil, na segunda metade da década de 1970, a construção teórico-conceitual de pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e dos sistemas de saúde, articulada à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde então vigente, a partir das contribuições de Arouca, Donnangelo, Luz, Machado, entre outros (Nunes, 2006).

Ao lado disso, em 1979, um grupo de intelectuais da área da saúde criou a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO, que assumiu como posição política e técnica, a necessidade de reformulação do setor saúde e a concepção da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, culminando na utilização frequente da expressão *Reforma Sanitária* (Nunes, 2006; Paim, 2007).

Como a ABRASCO agregou conteúdos produzidos na medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde e ciências sociais em saúde, o consenso sobre a definição do que é Saúde Coletiva tornou-se palco de tensões epistemológicas e de inflexões de natureza político-ideológica (Nunes, 2006;

Marsiglia, 2013). A problematização dos termos coletivo, social e público, possibilitou, paulatinamente, o entendimento de que a Saúde Coletiva é um campo estruturado e estruturante de práticas e de conhecimentos teóricos e políticos (Nunes, 2006).

Observa-se que tais debates, por força do movimento da Reforma Sanitária e da redemocratização do País, culminaram, na segunda metade da década de 1980, na promulgação da Constituição Federal e na criação do Sistema Único de Saúde. Levcovitz (1997) e Nunes (2006) apontam que o período 1980-1986 é denominado de político-ideológico, porque disseminou as propostas de reforma e aglutinação da crítica, possibilitando o início do processo de reforma da saúde pública, por meio da VII e da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Entre 1987-1990, a Reforma Sanitária Brasileira deslocou a condução política da proposta para os gestores e parlamentares (Paim, 2007), ocorrendo a consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes da reforma setorial da saúde, por meio da criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), e do SUS (Sistema Único de Saúde), incluído este último na Constituição Federal de 1988 e na promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142) em 1990 (Levcovitz, 1997).

Já no período político-administrativo de 1991-1998 ocorreram definições de atividades específicas do âmbito governamental, com base nas discussões travadas na IX e X Conferência Nacional da Saúde (Levcovitz 1997). Finalmente, de 1999-2000, a complementação jurídico-legal de caráter técnico-operacional regulamentou a legislação normativa para o financiamento do sistema de saúde, a partir da organização dos modelos de gestão e da rede regionalizada de serviços (Levcovitz 1997; Nunes, 2006).

Por tudo isso, como dito anteriormente, não há consenso na definição da área de conhecimento em Saúde Coletiva, que é marcada, como salientam Stotz (1997), Nunes (2006) e Luz (2009), por nós epistemológicos com características interdisciplinares que não possibilitam uma teoria unificadora que explique o conjunto dos objetos de estudo, mas rompe com o monopólio do discurso biológico.

A produção de conhecimento e a formação de profissionais de saúde derivados deste processo estão, conforme Canesqui (2010, p.57): “comprometidas com as condições de vida da população, com o direito à saúde, com a extensão e o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, uma vez implantado”.

Nesta direção, Nunes (2006, p.305) ressalta que a imagem para o entendimento da área Saúde Coletiva é um:

“mosaico – conjunto formado por partes separadas, mas que se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada “campo disciplinar”, exigindo arranjos interdisciplinares”.

Para o mesmo autor, há três espaços e formações disciplinares estabelecidos como parte do processo de constituição da área: as ciências sociais e humanas em saúde, a epidemiologia e a política/planejamento/gestão em saúde. A presença das **ciências sociais e humanas em saúde** contribui para a compreensão dos processos de trabalho, consumo, adoecimento e morte, além do cuidado às pessoas doentes e das relações profissionais no cuidado em saúde (Nunes, 2006).

A **epidemiologia** associada à sociologia, geografia e outros conhecimentos, possibilitou o avanço de sua relação com o planejamento em saúde (Nunes, 2006). E, finalmente, a **política/planejamento/gestão em saúde** orienta a produção de conhecimentos que promovem a crítica ao amadurecimento da economia e ao caráter político das ações técnico-operacionais em saúde (Nunes, 2006).

Assim, a interseção das ciências sociais, epidemiologia, saúde pública, administração, planejamento e gestão dos serviços de saúde está subsidiada pela matemática, ciências biológicas, medicina e ciências sociais e humanas, tais como antropologia, sociologia, história, direito, entre outras (Canesqui, 2010).

Portanto, na década de 1970, conforme aponta Marsiglia (2013, p.35),

“[era] de fundamental importância [...] a polissemia do termo “coletivo”, ora usado como sinônimo de “população” por oposição ao indivíduo, ora como sinônimo de “social” por oposição ao “individual”, ora como sinônimo de “público” por oposição ao “privado”, ora como “epidemiológico” por oposição à “clínica”.

Mas, a partir da década de 2000, segundo a mesma autora (Marsiglia, 2013, p.35):

“o desenvolvimento conceitual e a implantação das políticas de saúde e das práticas no setor saúde, [as] oposições [polissêmicas] são muito menos nítidas. Em muitos trabalhos e abordagens busca-se, ao contrário, estabelecer as relações e “as pontes” entre “o indivíduo e a sociedade”, o “sujeito e o coletivo”, a “clínica e a epidemiologia”, a objetividade e a subjetividade, até mesmo entre o “público e o privado”.

3.1.2 A contribuição da Enfermagem em Saúde Coletiva na produção do campo de conhecimento da Enfermagem

As primeiras contribuições da Enfermagem que apresentam proximidade ao campo da Saúde Coletiva, na América Latina, ocorreram no final da década de 1970. Num estudo pioneiro para a prática da Enfermagem, a enfermeira brasileira Olga Verderese, ex-aluna da Escola de Enfermagem da USP, e o médico e sociólogo argentino Juan César Garcia, ambos consultores da Organização Panamericana da Saúde/OPAS, caracterizaram como o prestígio da profissão do enfermeiro relacionava-se à estrutura de funcionamento da sociedade, na vertente do materialismo histórico e dialético, analisando os dados coletados em 58 faculdades de enfermagem (Verderese, 1979; Castro, 2008).

Assim, em continuidade, promoveram em 1977, um curso sobre Investigação em Enfermagem, que tinha como eixo central, a reflexão sobre o significado social desta prática em saúde (Almeida, Rocha, 1986).

A partir disso, organizou-se um grupo de trabalho constituído pelos professores, Daisy Leslie Steagall-Gomes, Márcia Caron Ruffino, Graciette Borges da Silva, Juan Stuardo Yazlle Rocha e Maria Cecília Puntel de Almeida, da Universidade de São Paulo que, ao debater sobre a prática social da Enfermagem, produziram o trabalho “Contribuição ao estudo da prática de enfermagem – Brasil” (Almeida *et al.*, 1981). A reflexão sobre a prática social da Enfermagem permitiu, então, que a Área fosse analisada para além de uma profissão técnica, articulando-a às transformações históricas do setor saúde e situando-a na sociedade brasileira enquanto trabalho (Mandú, *et al.*, 2011).

Os estudos subsequentes: Educação e ideologia da enfermagem no Brasil (Germano 1983), Introdução à análise das transformações da prática de enfermagem no Brasil no período 1920-1978 (Silva *et al.*, 1984), Enfermagem profissional: análise crítica (Silva 1986), O saber de enfermagem e sua dimensão prática (Almeida, Rocha, 1986), proporcionaram micro-análises sobre a participação da Enfermagem na formação social capitalista,

especialmente a sua constituição e evolução histórica no Brasil, delineando a compreensão desta prática em sua dimensão histórica e social (Almeida, Mishima, Peduzzi, 1999; Pereira, 2005).

A incorporação da reflexão sobre ciência, técnica e organização da atenção à saúde, nas pesquisas em Enfermagem, proporcionou o desenvolvimento de estudos sobre o trabalho processual da enfermagem, que é articulado por elementos interligados entre si e aos contextos concretos da vida material – objeto de trabalho, meios/instrumentos e finalidades sociais (Pereira et al, 2007; Mandú et al., 2011).

Peduzzi (2001), ao sintetizar as abordagens heterogêneas sobre o trabalho da Enfermagem, aponta que existem duas correntes distintas: uma que percebe o processo de trabalho da enfermagem como referido ao processo de produção em saúde, tendo a enfermagem, portanto, o mesmo objeto das outras práticas sociais em saúde e a utilização de instrumentos específicos da enfermagem; e, outra, que considera a especificidade de todos os elementos que compõem o processo de trabalho da enfermagem, tendo, portanto, objeto, instrumentos e finalidade própria.

Almeida e Rocha (1997), em pesquisa sobre as características da Enfermagem, a partir do referencial da categoria trabalho, referem que a análise dos processos de trabalho da Enfermagem permite a apreensão das contradições e das dinâmicas da prática como parte do conjunto de estratégias de mudança da realidade.

Deste modo, diversas pesquisas sobre trabalho em saúde e enfermagem foram incorporando, ao longo do tempo, conceitos articulados ao de trabalho e processo de trabalho, tais como divisão social e técnica do trabalho, força de trabalho, trabalho produtivo e não produtivo, práxis, trabalho vivo e morto, subsunção formal e real, entre outros (Mandú et al., 2011).

Por outro lado, Queiroz e Egry (1988, p.26), em estudo de caráter inovador, sobre a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentada no materialismo histórico e dialético, apontam que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e requer abordagem em três dimensões:

“dimensão estrutural, formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e de relações sociais; a dimensão particular, formada pelos processos de

reprodução social e a dimensão singular, formada pelos indivíduos e suas famílias.”

Tais autores salientam que a assistência de enfermagem em saúde coletiva possibilita a superação da visão de que o saber técnico é soberano. As três dimensões e seus conteúdos temáticos percorrem todo o processo de assistência de enfermagem, tendo, deste modo, objetivos de curto prazo, propostos em um encontro, como também horizontes e/ou objetivos de médio e longo prazos, propostos para serem atingidos no decorrer de um conjunto sistematizado e planejado de encontros entre o trabalhador de saúde e os usuários, famílias e/ou grupos sociais assistidos no sistema de saúde (Queiroz e Egry, 1988).

Nessa mesma direção, Queiroz e Salum (1996, 2000) salientam que o coletivo, em sua dupla face – corpo individual e coletivo – não é o objeto específico da Enfermagem, mas é, por excelência, o objeto do processo de produção dos serviços de saúde.

Para os mesmos autores, o processo de produção dos serviços de saúde agrega os distintos processos de trabalho da área de conhecimento da Enfermagem – assistência, gerência, ensino e pesquisa. Nessa perspectiva, a prática social da Enfermagem é um dos instrumentos da engrenagem que sustenta o processo de produção dos serviços de saúde (Queiroz, Salum, 1996, 2000).

Por sua vez, Almeida, Mishima e Peduzzi (1999), em pesquisa sobre o uso das categorias trabalho e processo de trabalho em saúde na enfermagem, apontam suas contribuições no ensino da pós-graduação brasileira em Enfermagem, durante o período 1983-1997.

Para Mandú *et al.* (2011) e Carvalho *et al.* (2012), a interpretação social do trabalho da Enfermagem, na década de 1980, utiliza explicações globalizantes das macro-teorias e, na década de 1990, dá lugar ao resgate da dialética objetividade-subjetividade, a partir de categorias analíticas que agregam outras abordagens teóricas. Assim, na década de 1990 há ampliação das investigações sobre as percepções e/ou interações dos sujeitos com o trabalho e, conseqüentemente, ocorre aproximação com outros referenciais teóricos para a compreensão da enfermagem como uma das distintas práticas sociais em saúde (Mandú *et al.*, 2011; Carvalho *et al.*, 2012).

A utilização de outros referenciais analíticos proporcionou investigações sobre a dinamicidade das relações sociais cotidianas e favoreceu a compreensão do nível local dos serviços por meio da relação entre os trabalhadores e a população usuária do sistema de saúde (Carvalho *et al.*, 2012).

Segundo o mesmo autor, a articulação dos aspectos dinâmicos e relacionais do trabalho em saúde, para além da dimensão estrutural, requereu a adoção de outros intelectuais como Agnes Heller, Theodor Adorno, Jürgen Habermas, Gaston Bachelard e Georges Canguilhem, entre outros, nas pesquisas do campo de conhecimento da Saúde Coletiva. E, na Enfermagem em Saúde Coletiva, autoras como Emiko Yoshikawa Egry, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Silvana Mishima, Marina Peduzzi, Maria Josefine Leuba Salum e Vilma Machado de Queiroz, entre outras, demarcaram novas perspectivas epistemológicas nos estudos sobre o trabalho da enfermagem na década de 2000 (Carvalho *et al.*, 2012).

A articulação da teoria social do trabalho em Marx com outras correntes teóricas têm proporcionado a ampliação dos estudos em saúde e de enfermagem, além do reconhecimento dos limites teóricos da teoria do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, na análise da concepção do processo saúde-doença e das práticas em saúde (Carvalho *et al.*, 2012; Ayres, 2015). Também tem, principalmente, ampliado o debate sobre o cuidado, que é um processo marcado pela participação de sujeitos heterogêneos na interação social (Carvalho *et al.*, 2012).

Assim, pode-se afirmar que a subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva tem contribuído com diversos estudos sobre o significado social da prática da Enfermagem. Ademais, corroborando com Carvalho *et al.* (2012) tem problematizado a interação dos distintos sujeitos que compõem a equipe de enfermagem no trabalho em saúde e a articulação entre os diferentes perfis de saúde-doença da população com os processos de produção e de reprodução social.

3.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa documental, transversal, de natureza quanti-qualitativa, que analisou as teses afins à Saúde Coletiva a partir dos PPG em Enfermagem no Brasil por meio das informações disponíveis no *site* da CAPES, Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn

e repositórios institucionais *online* dos Programas de Pós-graduação Senso Estrito com curso de Doutorado em Enfermagem.

3.2.1 Pesquisa documental

Os documentos podem ser analisados de forma quantitativa, por exemplo, estatísticas sobre casamentos realizados em certo período e região, analisados de acordo com a média das idades para casar, ou, podem ser comparados ao número de casamentos entre migrantes e não migrantes (Flick, 2009).

Entretanto, segundo o mesmo autor, os documentos também podem ser analisados qualitativamente e, partindo do exemplo acima, pode ser problematizada a seguinte pergunta: como é construída a história de vida de uma pessoa nos registros oficiais? Deste modo, a pesquisa documental independente, ou seja, aquela que agrega apenas documentos, que são objetos de registro, no material empírico, conta com informações sobre a realidade em estudo que já está documentada neste tipo de dado (Flick, 2009).

Assim, conforme Turato, na metodologia qualitativa (2005, p.510):

“o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que “as coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas.”

Por isso, segundo Minayo (2012, p.626):

“a reflexão supõe a presença e o acompanhamento do pesquisador em cada passo do trabalho, num movimento ao mesmo tempo somativo e de superação da fase anterior. A implicação do investigador [...] tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico”.

Deste modo, quando são analisados documentos por meio da metodologia qualitativa, conforme Ribeiro (2013, p.258):

“o discurso passa da fala à escrita [e] ocorre algo mais do que uma mera fixação textual. Na verdade, o texto se torna autônomo, tanto em relação às condições psicológicas do autor (e sua intenção), quanto também em relação às condições sociológicas de sua produção.”

Ademais, segundo o mesmo autor, o distanciamento provocado pelo discurso, na linguagem escrita, possibilita acessar um estágio mais denso da realidade “[uma vez que] o distanciamento de si é necessário para poder se conhecer [...] [pois] cada texto traz em si uma proposta de mundo que me faz compreender-me diante dela” (Ribeiro, 2013, p.264).

Assumir, na presente pesquisa, a metodologia qualitativa e o marco teórico-conceitual da hermenêutica–dialética para a interpretação do material empírico implica, conforme Minayo (2002), no respeito pelo que é expresso na linguagem, a compreensão de como a realidade é vislumbrada pelos sujeitos e na problematização acerca da realidade contraditória da nossa sociedade.

3.3 LOCAL E MATERIAL DO ESTUDO

A CAPES organiza as áreas de conhecimento por meio de uma hierarquia de quatro níveis, do mais geral ao mais particular, agrupando nove grandes áreas, por meio da distribuição de 48 áreas de avaliação. Tais áreas avaliativas, a seguir, agregam áreas do conhecimento (que são as áreas básicas) e a subdivisão por subáreas e especialidades (CAPES, 2014, p.1):

“1º nível - Grande Área: aglomeração de diversas áreas do conhecimento, em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais refletindo contextos sociopolíticos específicos;

2º nível – Área do Conhecimento (Área Básica): conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas;

3º nível - Subárea: segmentação da área do conhecimento (ou área básica) estabelecida em função do objeto de estudo e de procedimentos metodológicos reconhecidos e amplamente utilizados;

4º nível - Especialidade: caracterização temática da atividade de pesquisa e ensino. Uma mesma especialidade pode ser enquadrada em diferentes grandes áreas, áreas básicas e subáreas.”

Deste modo, no caso da presente pesquisa, a hierarquização do conhecimento de pós-graduação senso estrito pertencente à Enfermagem (CAPES, 2012, p.21) está agrupada da seguinte maneira:

- 1º nível – Grande Área: Ciências da Saúde;
- 2º nível – Área do conhecimento (área básica): Enfermagem;
- 3º nível – Subáreas: Enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica, enfermagem psiquiátrica, enfermagem de doenças contagiosas e enfermagem de saúde pública;
- 4º nível – Especialidade: não foi encontrado.

Assim, para a obtenção das teses em Enfermagem buscou-se identificar, inicialmente, as instituições de ensino superior brasileiras, na área de conhecimento Enfermagem, que ofereceram curso de Doutorado no período 2011-2012.

O Quadro 3.3 apresenta a distribuição dos cursos de Doutorado em Enfermagem, no período 2011-2012.

Quadro 3.3 - Programas de Pós-Graduação em Enfermagem credenciados pela CAPES com cursos de doutorado no período 2011-2012.

Região Brasileira	Unidade da Federação	Instituição de Ensino Superior	Nome do Programa de Pós-Graduação	Nível	Ano de início do curso de doutorado
Nordeste	BA	Universidade Federal da Bahia/UFBA	Enfermagem	M/D	2006
	RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN	Enfermagem	M/D	2011
	PB	Universidade Federal da Paraíba/UFPB	Enfermagem	M/D	2011
	CE	Universidade Federal do Ceará/UFC	Enfermagem	M/D	1998
Centro-Oeste	DF	Universidade de Brasília/UNB	Enfermagem	M/D	2010
	GO	Universidade Federal de Goiás/UFG	Enfermagem	M/D	2010
Sul	RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS	Enfermagem	M/D	2006
	RS	Universidade Federal de Pelotas/UFPEL	Enfermagem	M/D	2012
	RS	Universidade Federal do Rio Grande/FURG	Enfermagem	M/D	2009
	SC	Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC	Enfermagem	M/D	1993
	PR	Universidade Estadual de Maringá/UEM	Enfermagem	M/D	2011
	PR	Universidade Federal do Paraná/UFPR	Enfermagem	M/D	2010
Sudeste	MG	Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG	Enfermagem	M/D	2005
	RJ	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO	Enfermagem e Biociências	D	2010
	RJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ	Enfermagem	M/D	1990
	RJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ	Enfermagem	M/D	2010
	SP	Universidade de São Paulo/USP	Enfermagem	M/D	1989
	SP	Universidade de São Paulo/USP	Enfermagem	D	1981
	SP	Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP	Enfermagem	M/D	2008
	SP	Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP	Enfermagem	M/D	1996
	SP	Universidade de São Paulo/USP-RP	Enfermagem em Saúde Pública	M/D	1998
	SP	Universidade de São Paulo/USP-RP	Enfermagem Fundamental	M/D	1991
	SP	Universidade de São Paulo/USP	Enfermagem na Saúde do Adulto	M/D	2000
	SP	Universidade de São Paulo/USP-RP	Enfermagem Psiquiátrica	M/D	1999
	SP	Universidade de São Paulo/USP	Gerenciamento em Enfermagem	M/D	2010

Fonte: CAPES (capturado em 17/01/2014).

Legenda: M – mestrado acadêmico; D – doutorado acadêmico.

3.4 AMOSTRA

A amostra foi selecionada no período 2011-2012 porque era o material empírico disponível no banco de teses da CAPES em janeiro de 2014. Assim, seguiu-se a proposição da amostragem intencional, que é definida por Creswell e Clark (2013), como aquela que seleciona intencionalmente os sujeitos que vivenciaram o fenômeno central ou o conceito-chave que está sendo explorado.

Os pesquisadores em Enfermagem, no exercício da sua prática científica constroem o saber, aproximando-se da biologia e das ciências sociais e humanas, mas como integram o conjunto dos atores sociais envolvidos na produção do conhecimento da Grande Área Ciências da Saúde, também sofrem forte influência do modelo biomédico (CAPES, 2013; Boemer, Rocha, 1996). Deste modo, segundo os mesmos autores, estão localizados num campo de conhecimento específico que, por sua natureza, relaciona o cuidado e a gestão no âmbito individual e coletivo.

Assim sendo, optou-se na presente pesquisa não fazer distinção no processo de seleção dos PPG a partir do uso da expressão saúde pública e/ou saúde coletiva, já que, muitas vezes, são utilizadas como sinônimos ou, de forma polarizada, carregando intensa dicotomia na problematização acadêmico-científica da Enfermagem.

Vale mencionar que não foi encontrada a definição da área de concentração dos PPG e que, muitas vezes eles aparentavam pouca clareza terminológica na organização do campo de conhecimento relacionado aos objetos de estudo. Ademais, poucos seguiam a hierarquia CAPES para a organização das subáreas na área de conhecimento Enfermagem dentro da grande área das Ciências da Saúde.

Deste modo, no intuito de analisar hermeneuticamente a amostra e dar maior visibilidade ao esforço indutor dos PPG em Enfermagem, consolidados ou emergentes, no campo da Saúde Coletiva, para produzir pesquisas prioritárias ao SUS e que poderiam ter sido fomentadas pelo IV ou V PNPG, a presente pesquisa optou por classificar inicialmente a amostra por meio das características definidoras das linhas de pesquisa.

Ademais, à luz de Nunes et al. (2010) em estudo sobre a caracterização dos cursos de pós-graduação da Saúde Coletiva e adaptando-o à presente pesquisa para reconstruir os segmentos disciplinares afins à Saúde Coletiva nos PPG em Enfermagem com curso de

Doutorado, as suas disciplinas correspondentes foram selecionadas em articulação a amostra final de PPG em Enfermagem. Vale ressaltar que entre os 26 PPG encontrados, 8 foram excluídos porque não continham teses concluídas no período 2011-2012 e 3 porque não atendiam aos critérios de inclusão, conforme as etapas descritas no tópico 3.5 *Etapas da Coleta de dados*, totalizando a amostra final de 15 PPG, 54 linhas de pesquisa, 142 disciplinas e 87 teses.

Observa-se abaixo, na Tabela 3.4.1, a distribuição das linhas de pesquisa vinculadas aos cursos de Doutorado em Enfermagem e as que foram selecionadas na amostra do período 2011-2012.

Tabela 3.4.1 - Linhas de pesquisa vinculadas aos cursos de Doutorado em Enfermagem e linhas selecionadas na amostra referente ao período 2011-2012.

Curso de Doutorado em Enfermagem	Linhas de pesquisa do PPG	Linhas de pesquisa da amostra
PPG1	9	5
PPG2	4	4
PPG3	4	4
PPG4	3	2
PPG5	5	3
PPG6	5	1
PPG7	4	2
PPG8	3	3
PPG9	18	8
PPG10	6	5
PPG11	3	2
PPG12	9	6
PPG13	4	2
PPG14	4	3
PPG15	3	2
Total	93	54

Foram analisadas hermeneuticamente as ementas de 447 disciplinas, oferecidas aos alunos dos cursos de Doutorado em Enfermagem, nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no período 2011-2012. Os dados existentes não foram catalogados entre disciplinas obrigatórias ou eletivas e foram excluídas 305 porque não atendiam aos critérios de inclusão conforme as etapas descritas no tópico 3.5 *Etapas da Coleta de dados*.

Conforme a Tabela 3.4.2, observa-se a distribuição do número de disciplinas oferecidas aos alunos de Doutorado em Enfermagem, nos PPG em Enfermagem e a amostra selecionada afim à Saúde Coletiva no período 2011-2012.

Tabela 3.4.2 - Disciplinas vinculadas aos PPG em Enfermagem, oferecidas aos alunos dos cursos de Doutorado em Enfermagem e as que foram selecionadas na amostra do período 2011-2012.

Curso de Doutorado em Enfermagem	Número de disciplinas do PPG	Número de disciplinas da amostra
PPG1	29	6
PPG2	43	19
PPG3	26	5
PPG4	25	8
PPG5	27	9
PPG6	29	7
PPG7	39	11
PPG8	9	4
PPG9	31	10
PPG10	34	18
PPG11	22	8
PPG12	33	8
PPG13	55	16
PPG14	24	9
PPG15	22	4
Total	447	142

Segundo a Tabela 3.4.3, nota-se a distribuição do número de teses vinculadas aos PPG e a amostra selecionada no período 2011-2012.

Tabela 3.4.3 - Teses vinculadas aos cursos de Doutorado em Enfermagem e as teses selecionadas na amostra do período 2011-2012.

Curso de Doutorado em Enfermagem	Número de teses do PPG	Número de teses da amostra
PPG1	46	8
PPG2	18	3
PPG3	32	10
PPG4	10	2
PPG5	24	9
PPG6	14	1
PPG7	11	2
PPG8	28	15
PPG9	31	7
PPG10	26	14
PPG11	1	1
PPG12	30	2
PPG13	19	1
PPG14	26	11
PPG15	8	1
Total	363	87

Assim, em síntese, foram analisados os seguintes documentos:

- 26 relatórios de Teses e Dissertações – obtidos por meio do *site* da CAPES a partir do Caderno de Indicadores de cada Programa de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem. Os relatórios continham a amostra total de teses e suas respectivas linhas de pesquisa no período 2011-2012;
- 18 relatórios de Proposta de Programa - obtidos por meio do *site* da CAPES, a partir do Caderno de Indicadores de cada Programa de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem. Os relatórios continham a data de início dos cursos de Doutorado em Enfermagem, as áreas de concentração e as linhas de pesquisa de cada PPG no período 2011-2012;
- 18 relatórios sobre Linhas de Pesquisa - obtidos por meio do *site* da CAPES, a partir do Caderno de Indicadores de cada Programa de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem. Os relatórios continham a definição pormenorizada de cada linha de pesquisa;

- 18 relatórios de Disciplinas - obtidos por meio do *site* da CAPES, a partir do Caderno de Indicadores de cada Programa de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem. Os relatórios continham a ementa das disciplinas oferecidas aos alunos dos cursos de Doutorado em Enfermagem em 2011-2012;
- 239 resumos de tese - obtidos por meio do *site* da CAPES, a partir do Banco de Teses e conferidos no *site* da Associação Brasileira de Enfermagem por meio do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem;
- 87 teses em texto integral – obtidas por meio do *site* de cada instituição de ensino superior a partir do repositório *online* de teses.

3.5 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.5.1 Primeira etapa

Na primeira etapa foram localizados 26 PPG em Enfermagem e o critério de inclusão era ter teses concluídas no período 2011-2012. Assim, foram excluídos 8 PPG e selecionados 18 PPG.

3.5.2 Segunda etapa

Como a área de conhecimento Enfermagem agrega muitos programas de pós-graduação que, genericamente, são nomeados como Enfermagem e fragilmente especificam sua contribuição nas subáreas acadêmicas, foi necessário localizar a área de concentração dos PPG.

Todavia, durante o processo de coleta, observou-se que não havia descrição pormenorizada da área de concentração e, assim, foram capturadas as linhas de pesquisa dos PPG que aglutinavam descrições afins à Saúde Coletiva.

Utilizou-se como critérios de inclusão, a presença de palavras ou expressões das subáreas em Saúde Coletiva, conforme adaptação dos estudos de Minayo e Costa (1998), Nunes (2006), Nunes, Marcondes e Cabral (2010) e Nunes *et al.* (2010) sobre a avaliação da educação de pós-graduação em Saúde Coletiva e de Duran (2006) sobre a caracterização dos PPG em Enfermagem afins à Saúde do Trabalhador: epidemiologia, ciências humanas e sociais em saúde ou políticas/planejamento/gestão em saúde. Ademais, foram inter-relacionadas as expressões: enfermagem em saúde coletiva, enfermagem em saúde pública, violência, políticas e práticas de saúde, promoção da saúde, gênero, processo saúde-doença, saúde ambiental, epidemiologia, vigilância em saúde, entre outras, afins à Saúde Coletiva.

Por sua vez, foram critérios de exclusão, a presença de palavras ou expressões que não evidenciavam inter-relação com as subáreas da Saúde Coletiva. Por exemplo, teorias e concepções da enfermagem, fundamentos filosóficos do processo de cuidar em enfermagem, entre outros.

Em síntese, na segunda etapa, observou-se a existência de 93 linhas de pesquisa e foram excluídas 39 linhas porque não atendiam aos critérios de seleção. Foram, portanto, selecionadas, 54 linhas de pesquisa em 15 PPG.

3.5.3 Terceira etapa

Na terceira etapa, foram selecionadas as disciplinas (obrigatórias ou eletivas) com conteúdos afins à Saúde Coletiva no período 2011-2012 nos cursos de Doutorado em Enfermagem dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem com utilização dos mesmos critérios do tópico 3.5.2 *Segunda etapa*. Neste caso, adaptou-se os estudos de Duran (2006) sobre a caracterização curricular dos PPG em Enfermagem afins à Saúde do Trabalhador e de Minayo e Costa (1998) e Nunes *et al.* (2010) sobre a caracterização curricular dos cursos de pós-graduação da Saúde Coletiva à presente pesquisa para reconstruir os segmentos disciplinares afins à Saúde Coletiva nos PPG em Enfermagem.

Em resumo, na terceira etapa, notou-se a presença de 447 disciplinas vinculadas aos cursos de Doutorado em Enfermagem, excluídas 305 porque não atendiam aos critérios de seleção e selecionadas 142 disciplinas em 15 PPG.

3.5.4 Quarta etapa

Na quarta etapa foram submetidos à leitura 239 resumos das teses vinculadas às linhas de pesquisa selecionadas na etapa anterior do estudo. Foram critérios de inclusão, a presença de conteúdos temáticos relacionados aos campos disciplinares da Saúde Coletiva, conforme estudos de Minayo e Costa (1998), Nunes (2006), Nunes, Marcondes e Cabral (2010) e Nunes *et al.* (2010): reforma sanitária, atenção primária à saúde, políticas públicas, promoção da saúde, acesso aos serviços de saúde, saúde coletiva, saúde pública, saúde do trabalhador, epidemiologia, avaliação de serviços em saúde, Estratégia Saúde da Família, direitos humanos, processo de trabalho, iniquidade em saúde, mortalidade infantil, vulnerabilidade, integralidade, saúde ambiental, necessidade de cuidados em saúde, acolhimento, classes sociais, violência doméstica, gênero, imunização, processo saúde-doença, cuidados integrais em saúde, trabalho infantil, cidadania, epidemiologia e educação profissional em saúde.

Em resumo, nesta etapa foram submetidos à análise 239 resumos e excluídos 131 porque não atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Foram, portanto selecionados 108 resumos.

3.5.5 Quinta etapa

A quinta etapa do estudo consistiu na leitura dos textos integrais. Entretanto, 31 teses não foram encontradas, sendo que 15 não continham texto integral no repositório institucional, nove apresentaram erro no processo de *download* e sete não foram rastreadas porque o repositório não foi localizado. A seguir, procedeu-se o envio de mensagem eletrônica aos autores explicitando o erro na divulgação pública do texto integral das teses e solicitando o arquivo eletrônico, houve resposta positiva de 10 autores.

Finalmente, a amostra final foi composta por: **87 textos integrais de teses em Enfermagem, originárias de 15 PPG Senso Estrito, com 142 disciplinas e correspondentes a 54 linhas de pesquisa.**

Em resumo pode ser visualizada na Figura 3.5.5.1, a síntese percorrida por cada etapa da coleta de dados do presente estudo.

Figura 3.5.5.1 - Síntese percorrida por cada etapa da coleta de dados do presente estudo.

3.6 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico da presente pesquisa foi categorizado segundo os seguintes elementos:

- 1) **características dos PPG em Enfermagem com conteúdos afins à Saúde Coletiva** – região de publicação, instituição de ensino superior, período de início do curso, linhas de pesquisa e disciplinas com conteúdos afins à Saúde Coletiva;
- 2) **características das teses com conteúdos afins à Saúde Coletiva** – temas, núcleos de sentido/ideias centrais, marco teórico-conceitual, instrumentos/meios para coleta de dados, técnicas de análise, sujeitos, local de estudo, região de estudo, estado da federação e informação quanto ao município estudado.

Tanto nas linhas de pesquisa quanto nas disciplinas e teses, a constituição dos temas emergiu, da análise integral dos documentos.

As teses foram decompostas por recortes constituídos pelo objetivo geral, objetivos específicos, fragmentos dos resultados e conclusões dos estudos; as unidades de contexto, pela descrição dos instrumentos e/ou procedimentos de coleta e análise, orientação teórica e/ou marco teórico-conceitual e fases de coleta; e os núcleos de sentido, por sua vez, pela identificação do assunto do estudo. O Quadro 3.6.1 a seguir exemplifica o movimento realizado e no Apêndice A pode ser encontrado o quadro analítico dos estudos analisados.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE	
<p>Amamentação na perspectiva de geração (ID4)</p>	<p><u>Instrumentos</u> e/ou procedimentos</p> <p>técnica de associação livre de palavras, desenho de história com tema, entrevistas semi-estruturadas, <i>software</i> Tri-Deux-Mots e <i>software</i> EVOC, análise fatorial por correspondência</p> <p><u>Orientação teórica</u></p> <p>Teoria das representações sociais</p> <p><u>Fases de coleta</u></p> <p>1) seleção da amostra 2) entrevista no domicílio após 45 dias do período puerperal; 3) desenho para relato da experiência de amamentar</p>	<p><u>Sujeitos</u></p> <p>21 mulheres que amamentam e tiveram mães, filhas, avós ou netas que também amamentaram</p> <p><u>Local</u></p> <p>Unidade de internação (alojamento conjunto) de um hospital público estadual de Itabuna/BA</p>	<p><u>Objetivos</u></p> <p>1-Apreender as representações sociais de mulheres da mesma família ao longo de três gerações sobre a experiência de amamentar; 2-Discutir as representações sociais de mulheres de diferentes gerações sobre a experiência de amamentar, segundo atributos de cor/etnia, escolaridade, estado civil e idade; 3-Analisar as continuidades e descon continuidades intergeracionais da experiência de amamentar entre mulheres da mesma família”</p> <p><u>Resultados</u></p> <p>As mulheres qualificaram a experiência da amamentação por meio dos termos: importante, aprendizado, passagem, família, médico, cuidado, dedicação e alegria.</p> <p>Revelaram o sentido da experiência da amamentação por meio dos termos: alimentação, saúde, amor, cuidado, bom, obrigação, mãe, filha, criança, prevenção de doença, aprendizado, carinho, obrigação, saúde, bom, mãe, criança e forte.</p> <p>As histórias dos desenhos salientaram que a prática de amamentação está ancorada no processo ensino-aprendizagem de distintas gerações. O cuidado ao bebê é o núcleo central que agrega benefícios biopsicossociais presentes nas três gerações.</p> <p><u>Conclusões</u></p> <p>O estudo permitiu a captação da experiência de amamentar a partir da percepção positiva e/ou negativa das mulheres, do processo ensino-aprendizagem desenvolvido pelas gerações, da influência dos profissionais de saúde e da mídia no cuidado com o bebê.</p> <p>Os profissionais de saúde foram incentivadores da amamentação, especialmente na 3ª geração, devido à maior atuação dos serviços de saúde na propagação dos benefícios da amamentação à mulher e a criança.</p> <p>O estudo permitiu o olhar amplificado, não apenas dos profissionais de saúde e áreas afins, mas para aqueles que pretendem analisar um fenômeno multifacetado e complexo como a amamentação, acrescido das possibilidades inter e/ou transgeracionais, compreendo-o sob a ótica dos agentes formuladores.</p>

As linhas de pesquisa e as disciplinas foram analisadas pela mesma técnica de análise (síntese hermenêutica) e mantida a escrita original dos autores nos tópicos: descrição da linha e ementas do quadro de disciplinas.

Terminada a pré-análise, a operação classificatória possibilitou a descoberta, conforme Minayo (2008, p.316), “dos núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência [significam] alguma coisa para o objeto analítico visado”. Vale ressaltar que nas teses foi mantida a escrita original dos doutorandos pesquisadores nos tópicos objetivo geral e objetivos específicos. Ademais, houve síntese hermenêutica dos itens: instrumentos e/ou procedimentos, orientação teórica e/ou marco teórico-conceitual, fases de coleta, resultados e conclusões.

A técnica de análise intitulada síntese hermenêutica consiste em “uma proposta metodológica de coleta e análise de dados empíricos, desenvolvida e fundamentada na prática [...] cujo objetivo é a reconstrução do meio social pesquisado” (Weller, 2010, p.294).

Deste modo, conforme Weller (2010, p.298):

“o método hermenêutico [...] não prescinde da teoria e do conhecimento sobre o contexto, mas atenta para o fato de que a interpretação objetiva deve ser realizada, em um primeiro momento, com base no texto, e não em conclusões resultantes de informações que o intérprete possui sobre [o documento] ou sobre o meio social em que ele está inserido.”

A arte de compreender o texto por meio da abordagem hermenêutica implica, conforme Minayo (2008, p.328), “a unidade temporal [que] é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro [...] mediada pela linguagem”. Além disso, por meio da hermenêutica – dialética (orientação teórica assumida pela presente pesquisa), a apreensão da produção acadêmica dos cursos de Doutorado em Enfermagem (prática social empírica) necessita conforme Minayo (2008) da compreensão de que os indivíduos compõem uma sociedade marcada por interesses coletivos que podem promover a união, mas também por interesses individuais que os diferenciam e os contrapõem.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica Excel 2010, confirmados pelo método de dupla digitação e analisados pela pesquisadora responsável pelo estudo, por uma

bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica-PIBIC/CNPq do curso de bacharelado em Enfermagem e pela orientadora do presente estudo.

Além disso, foi utilizado o *software* CmapTools versão 6.0 para a apresentação dos mapas mentais, seguindo adaptação de Campos (2012, p.8), que os define como:

“uma ferramenta de anotação de informações de forma não linear, ou seja, elaborado em forma de teia, fornecendo uma visão global do assunto, mostrando seus desdobramentos e interligações”.

Deste modo, a hermenêutica – dialética possibilitou a compreensão crítica da realidade social contida no material empírico, considerando, conforme Minayo (1996, p.27), que:

“a união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos fruto de múltiplas determinações, mas com significado específico”.

Desta maneira, ainda segundo a mesma autora (Minayo, 2002: p.101), o exercício dialético possibilita a compreensão nuclear “da comunicação, das relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas” por meio da linguagem. Assim, entende-se que a análise dos dados empíricos expressa partes referentes a uma certa especificidade da continuidade histórica, que é cúmplice do seu próprio tempo e contribui para as transformações do conhecimento (Minayo, 2002).

Portanto, a presente pesquisa foi realizada à luz do referencial teórico da hermenêutica–dialética e dos construtos da Saúde Coletiva que são produzidos desde a década de 1970, principalmente a partir dos estudos de Nunes (1978), Laurell e Noriega (1989), Mendes Gonçalves (1994), Egry (1996), Almeida e Rocha (1997), Minayo e Costa (1998), Arouca (2003), Nunes (2006), Almeida *et al.* (2009), entre outros.

Admite-se na presente pesquisa, com base em Minayo (2002), que é por meio da dialética que compreendemos a realidade como forma de articulação das partes num todo e como processo de desenvolvimento dessas partes a partir da historicidade. Ademais, corroborando os achados de pesquisadores da Área de Saúde Coletiva e, tomando-os para a

Enfermagem, a presente pesquisa assume que a Enfermagem em Saúde Coletiva é uma subárea da Área Enfermagem, comprometida com a reflexão sobre o direito à saúde e suas implicações em relação aos problemas e necessidades de saúde dos grupos sociais, e com a problematização do sistema de saúde, do Brasil ou de outros países, por meio das ciências sociais e humanas em saúde, da epidemiologia, da política, do planejamento, da gestão e das tecnologias em saúde.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os documentos analisados estão disponíveis publicamente nos *sites* eletrônicos da CAPES e da ABEn e nos repositórios institucionais das universidades pesquisadas. Portanto, não foi necessário o envio de convite para participar da pesquisa e, consequentemente, da Carta de Apresentação e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Salienta-se que a Resolução Conselho Nacional de Saúde/CNS nº 466/2012 do Ministério da Saúde foi respeitada, já que a pesquisadora principal garantiu, através da assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados que a argumentação dos autores das teses e dos seus respectivos programas de pós-graduação foi mantida anônima. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (parecer nº 912.517/2014).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas partes: 1) Características dos Programas de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem com Teses de Doutorado afins à Saúde Coletiva no período 2011-2012 e 2) Características das Teses de Doutorado em Enfermagem afins à Saúde Coletiva, no período 2011-2012.

Nas características dos Programas de Pós-Graduação apresentam-se os elementos relacionados à região de publicação, instituição de ensino superior, período de início do curso, linhas de pesquisa e disciplinas selecionadas afins à Saúde Coletiva. Por sua vez, a caracterização das Teses de Doutorado em Enfermagem expõe informações sobre os temas encontrados que são afins à Saúde Coletiva obtidos a partir da classificação dos núcleos de sentido, marco teórico-conceitual, instrumentos/meios de coleta, técnicas de análise, sujeitos/fonte de dados, local e procedência do estudo.

4.1 OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO EM ENFERMAGEM COM TESES AFINS À SAÚDE COLETIVA NO PERÍODO 2011-2012

Neste subcapítulo apresentam-se as características dos 15 Programas de Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem no período 2011-2012 com teses afins à Saúde Coletiva.

Observa-se, na Tabela 4.1 a distribuição desses Programas segundo região de publicação, instituição de ensino superior e período de início do curso.

Tabela 4.1.1 - Programas de Pós-Graduação em Enfermagem com teses afins à Saúde Coletiva segundo região de publicação, instituição de ensino superior e período de início do curso, 2011-2012.

PPG	N	%
Região de publicação	15	100
Sudeste	10	67
Sul	03	20
Nordeste	02	13
Instituição de ensino superior	15	100
Universidade de São Paulo/EE e EERP	05	33,3
Universidade Federal de São Paulo	01	6,6
Universidade Federal do Rio de Janeiro	01	6,6
Universidade Federal de Minas Gerais	01	6,6
Universidade de Campinas	01	6,6
Universidade Estadual do Rio de Janeiro	01	6,6
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	01	6,6
Universidade Federal de Santa Catarina	01	6,6
Universidade Federal do Rio Grande	01	6,6
Universidade Federal do Ceará	01	6,6
Universidade Federal da Bahia	01	6,6
Período de início do curso	15	100
Até 1988	1	6,6
1989 a 1996	5	33,3
1997 a 2006	6	40
2007 a 2012	3	20

Por sua vez, verificam-se a seguir, nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, as linhas de pesquisa e o nome das suas disciplinas correspondentes afins à Saúde Coletiva, oferecidas aos alunos do curso de Doutorado em Enfermagem entre 2011-2012.

- PPG 1

Linhas de pesquisa: Educação e saúde em enfermagem; Enfermagem em saúde coletiva; Enfermagem em saúde da criança; Enfermagem em saúde da mulher; Saúde do trabalhador;

Disciplinas: Seminário sobre epidemiologia social; História da enfermagem brasileira; Política e problemática de saúde da mulher; O saber da enfermagem e suas dimensões teóricas e práticas; Enfermagem e sociedade; A enfermagem e a saúde dos grupos humanos.

- PPG 2

Linhas de pesquisa: Cuidar em saúde e na enfermagem; Educação em saúde e enfermagem; Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem; Prevenção e controle de agravos à saúde;

Disciplinas: Educação e Saúde; Aspectos conceituais e metodológicos da assistência de enfermagem; Epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias; Epidemiologia e prevenção das doenças crônicas degenerativas; Estudos epidemiológicos observacionais; Fundamentos de epidemiologia; Métodos em epidemiologia; Prevenção e controle de infecções hospitalares: desafios e perspectivas; Tópicos avançados em prevenção e controle de agravos à saúde; Epistemologia do cuidado; Saúde, doença e espaço; Gerência de serviços de saúde e de enfermagem; Métodos quantitativos aplicados à saúde; Planejamento e avaliação dos serviços de saúde; Políticas de saúde e cidadania; A Enfermagem e a saúde das populações; Enfermagem e sociedade; Metodologia de intervenção de enfermagem em saúde coletiva; Experiências sociológicas da saúde e doença.

- PPG 3

Linhas de pesquisa: Enfermagem e as políticas e práticas de saúde; Enfermagem e educação em saúde; Enfermagem no processo de cuidar na promoção da saúde; Tecnologia de enfermagem na promoção da saúde;

Disciplinas: Enfermagem e as políticas sociais e de saúde; Análise crítica das práticas de enfermagem na promoção da saúde; Enfermagem e as bases teóricas da promoção da saúde; Tecnologia de enfermagem na promoção da saúde; Tópicos avançados de enfermagem em saúde mental.

- PPG 4

Linhas de pesquisa: Mulher, gênero e saúde; O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano;

Disciplinas: Tópicos especiais - educação permanente em saúde; Racismo e saúde: pressupostos teóricos para a promoção do cuidado; Enfermagem na atenção à saúde da mulher; Gênero, racismo e saúde; Planejamento em saúde; Tópicos especiais - sobre o trabalho de enfermagem; Tópicos especiais - trabalho em saúde e enfermagem; Enfermagem na atenção à saúde da criança e adolescente.

- PPG 5

Linhas de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família; Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem; Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem;

Disciplinas: Epidemiologia e sociedade: aspectos introdutórios; Estudos avançados em epidemiologia; Fundamentos e práticas de enfermagem e Saúde; Organização dos serviços de saúde e de enfermagem; Políticas de saúde; Práticas em saúde coletiva; Introdução à Antropologia em Saúde; Educação em saúde; Contextos e práticas de enfermagem na saúde da mulher, criança e adolescente.

- PPG 6

Linhas de pesquisa: Educação em saúde e formação de recursos humanos; Promoção de saúde mental;

Disciplinas: Direito à saúde; Educação preventiva em saúde; Paradigmas pedagógicos na orientação da prática docente em saúde; Enfermagem e saúde mental: da dimensão internacional à local; Globalização e determinantes sociais da saúde; Saúde e desenvolvimento regional; Saberes e práticas em saúde mental.

- PPG 7

Linhas de pesquisa: Informação/comunicação em saúde e enfermagem; Processo de cuidar em saúde e enfermagem; Trabalho, saúde e educação;

Disciplinas: Tópicos de educação em enfermagem; Análise crítica das práticas de enfermagem; Organização dos serviços de saúde e de enfermagem; Políticas e práticas de saúde no Brasil; Enfermagem e trabalho: bases teóricas; Práticas educativas em saúde; Saúde

da mulher; Cronobiologia e turnos de trabalho; Saúde do trabalhador; Trabalho e educação em saúde; Trabalho e envelhecimento.

- PPG 8

Linhas de pesquisa: Políticas públicas de saúde e de recursos humanos em enfermagem e saúde; Processo saúde-doença de indivíduos, famílias, grupos sociais e coletividade;

Disciplinas: Epidemiologia Social: aspectos teórico-metodológicos; Pesquisa em saúde sexual e reprodutiva: aspectos epidemiológicos; Metodologia de investigação em saúde coletiva II; Enfermagem em saúde coletiva II.

- PPG 9

Linhas de pesquisa: Educação, saúde e enfermagem; Processo de trabalho; O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer; Cuidado em saúde e enfermagem nas situações agudas e crônicas de saúde; O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido; Políticas, gestão e avaliação do cuidado em saúde e enfermagem; Promoção da saúde no processo de viver humano e enfermagem; Formação e desenvolvimento docente na saúde e enfermagem; História da educação e do trabalho em saúde e enfermagem;

Disciplinas: Educação em saúde e enfermagem; História em educação, saúde e enfermagem; História em enfermagem e saúde; Política, gestão e avaliação do cuidado em saúde e enfermagem; O cuidado em situações agudas; O cuidado em situações crônicas; Políticas públicas na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido; Processo de trabalho em saúde e enfermagem; Processo de Viver e a Saúde Humana; Promoção da saúde no processo de viver humano e enfermagem.

- PPG 10

Linhas de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente; Assistência à saúde da mulher no ciclo vital; Genômica e imunologia aplicada à saúde pública; Práticas, saberes e políticas de saúde; Processo saúde-doença e epidemiologia; Saúde ambiental;

Disciplinas: Ecologia e saúde; Epidemiologia clínica; Metodologia da investigação epidemiológica; Mulher, cultura e sociedade; Modelos de atenção à saúde; Construção do

conhecimento em saúde coletiva; Métodos estatísticos aplicados à pesquisa em saúde; Avaliação da qualidade de serviços de saúde e o enfoque na atenção primária à saúde; Liderança em atenção primária de saúde; Políticas de saúde; Repensando práticas de cuidado na saúde coletiva; Gestão do processo de trabalho em saúde; A criança em idade escolar e o adolescente na família, escola e sociedade; Assistência integral à criança; Evolução histórica da assistência à saúde da criança; Aleitamento materno: abordagem social; Saúde da mulher: uma abordagem na atenção primária à saúde; Transtornos alimentares: aspectos diagnósticos e epidemiológicos.

- PPG 11

Linhas de pesquisa: Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem; Saberes, políticas e práticas em saúde coletiva e enfermagem; Trabalho, educação e formação profissional em saúde e enfermagem;

Disciplinas: Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem; Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas; Epidemiologia clínica e de populações; Gênero e violência no contexto da saúde e da enfermagem; Políticas de saúde e tecnologias de trabalho em saúde e enfermagem; Perspectiva crítica das relações entre trabalho, saúde e enfermagem; Produção social e psicossocial em saúde e enfermagem; Trabalho, formação e saúde do trabalhador de saúde e enfermagem.

- PPG 12

Linhas de pesquisa: Comunicação em enfermagem; Doenças infecciosas: problemática e estratégia de enfrentamento; Educação em saúde; Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas; Saúde do idoso; saúde do trabalhador;

Disciplinas: Educação em saúde: segundo a pedagogia da problematização; Tópicos especiais em doenças infecciosas; Vigilância e controle da infecção: enfoque multiprofissional; Tópicos avançados de doenças sexualmente transmissíveis; A relação saúde trabalho e os impactos sobre a saúde do trabalhador; Aspectos conceituais e metodológicos relacionados à adesão; O processo de envelhecer: enfoque de intervenção na área da saúde; O conhecimento interdisciplinar na atenção à saúde do trabalhador.

- PPG 13

Linhas de pesquisa: Cuidado clínico de enfermagem e saúde; Cuidado em enfermagem na dimensão coletiva;

Disciplinas: Cidadania, saúde e desigualdade social; Educação popular; Epidemiologia clínica; Métodos epidemiológicos; Processo saúde-doença; Corpo e sexualidade; História da administração em enfermagem; Fundamentos teóricos práticos da enfermagem nos cuidados da pele; Enfermagem em dermatologia na atenção básica em saúde; Perspectivas da pesquisa em enfermagem na integralidade do cuidado; Políticas públicas, saúde e cidadania; Promoção da saúde do neonato, criança e adolescente no contexto da atenção básica; Saúde fetal e repercussões na família; Seminários de pesquisa I e II; Amamentação: uma visão biológica e social; Intervenções na assistência à saúde da mulher.

- PPG 14

Linhas de pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos do cuidar; Prática social e profissional em saúde; Sociedade, saúde e enfermagem;

Disciplinas: A Economia na Saúde e o Sistema Único de Saúde; Análise crítica da evolução da assistência de enfermagem; Estudos avançados em doenças infecciosas; Teorias sobre família e aplicações na assistência e pesquisa em enfermagem; A pesquisa de gênero na saúde e na enfermagem; Gênero, saúde e enfermagem: uma abordagem conceitual; Sociedade e políticas de saúde; O Processo Saúde Doença no Curso da Vida; Tópicos de pesquisa em saúde ocupacional: modelos de intervenção.

- PPG 15

Linhas de pesquisa: O trabalho da enfermagem/saúde; Tecnologia da enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais;

Disciplinas: Enfermagem, gênero e sociedade; Programas e políticas de saúde; Saúde e qualidade de vida; Trabalho da enfermagem/saúde e contexto sócio-ambiental.

Vale destacar que durante o processo de coleta, não foi encontrada a definição da área de concentração dos PPG e que, muitas vezes eles aparentavam pouca clareza terminológica na organização do campo de conhecimento relacionado aos objetos de estudo. Ademais, poucos seguiam a hierarquia CAPES para as subáreas da área de conhecimento da Enfermagem na grande área das Ciências da Saúde.

Tendo isso em vista, no intuito de compreender hermeneuticamente o material empírico e dar maior visibilidade ao esforço indutor dos PPG em Enfermagem, consolidados ou emergentes, no campo da Saúde Coletiva, para produzir pesquisas prioritárias ao SUS e que são fomentadas pelo IV ou V PNPG optou-se por classificar a amostra de teses por meio das características definidoras das linhas de pesquisa em articulação à leitura dos resumos das teses, conforme os critérios descritos no capítulo Material e Métodos.

Finalmente, nota-se na Tabela 4.2, a distribuição dos temas das disciplinas afins à Saúde Coletiva, que foram oferecidas aos alunos do curso de Doutorado em Enfermagem, nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem entre 2011-2012.

Tabela 4.1.2 - Temas das disciplinas afins à Saúde Coletiva oferecidas aos alunos de cursos de Doutorado em Enfermagem, nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011-2012.

Temas das disciplinas afins à Saúde Coletiva	Nº de disciplinas
Políticas de Saúde	40
Epidemiologia	23
Prática social em saúde	22
Educação e/ou promoção da saúde	20
Gênero	10
Saúde do Trabalhador	9
Processo Saúde-Doença	7
Planejamento em saúde	6
Direito à Saúde	2
Ambiente e Saúde	1
Etnia	1
Geografia da Saúde	1
Total	142

Os temas das disciplinas afins à Saúde Coletiva variaram em relação aos seguintes subtemas:

- políticas de saúde (40 disciplinas) - operacionalização das políticas em articulação à avaliação da organização dos serviços de saúde para assistência na atenção primária em saúde, e/ou Sistema Único de Saúde, enfatizando o aleitamento materno, saúde mental, controle de DST/AIDS e/ou atuação nos ciclos de vida – criança, mulher e idoso;
- epidemiologia (23 disciplinas) – aspectos teóricos, metodológicos e específicos sobre doenças parasitárias e/ou crônicas, saúde reprodutiva e nutrição;
- prática social em saúde (22 disciplinas) – aspectos do trabalho histórico e social da Enfermagem em articulação às relações de produção e às políticas de saúde do Brasil;
- educação e/ou promoção da saúde (20 disciplinas) – aspectos teóricos, metodológicos e específicos de educação e/ou promoção da saúde, participação comunitária, prevenção de DST/AIDS, atuação na atenção primária em saúde, entre outros;
- gênero (10 disciplinas) – papel social das mulheres e a relação com saúde e violência;
- saúde do trabalhador (9 disciplinas) - características de trabalho e adoecimento de populações específicas e ações de prevenção, assistência e/ou vigilância de agravos à saúde relacionados ao trabalho;
- processo saúde-doença (7 disciplinas) – compreensão filosófica e/ou sociológica sobre os determinantes do processo de saúde e adoecimento dos indivíduos e/ou grupos sociais;
- planejamento em saúde (6 disciplinas) – globalização e planejamento de políticas de saúde;
- direito à saúde (2 disciplinas) – construção social da cidadania e os direitos à saúde;
- ambiente e saúde (1 disciplina) – aspectos da relação de indivíduos ou populações com o ambiente e danos/problemas ambientais;

- etnia (1 disciplina) – características da construção social do racismo;
- geografia da saúde (1 disciplina) – informações geográficas na relação do homem com o espaço e o processo saúde-doença.

4.2 AS TESES EM ENFERMAGEM AFINS À SAÚDE COLETIVA NO PERÍODO 2011-2012

A síntese hermenêutica-dialética, empreendida durante a leitura dos textos em sua totalidade possibilitou identificar os seguintes temas, conforme a Figura 4.2.1: *as práticas em saúde, a avaliação das políticas e serviços de saúde, as tecnologias em saúde, os sentidos e as representações vividos pelos usuários, a informação em saúde, a violência e saúde, saúde, ambiente e trabalho e a formação em saúde.*

Figura 4.2.1 - Mapa mental dos temas das teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva, 2011-2012.

Cada um dos temas reflete a especificidade de um conjunto de assuntos, aqui denominados por núcleos de sentido, conforme será verificado posteriormente e que foram analisados segundo determinados: marco teórico-conceitual, instrumentos/meios de coleta, técnicas de análise, sujeitos, local e procedência do estudo.

Portanto, a seguir apresentam-se os temas encontrados.

4.2.1 As práticas em saúde

Neste tema foram encontrados 23 núcleos de sentido que representam o cotidiano específico dos enfermeiros e o cotidiano dos enfermeiros em articulação com a equipe multiprofissional, conforme a Figura 4.2.1.1.

Figura 4.2.1.1 - Mapa mental do tema *As práticas em saúde*

Por sua vez, no que diz respeito ao marco teórico-conceitual, pode-se observar na Tabela 4.2.1.2, a ausência dessa informação em nove (39,1%) estudos.

Tabela 4.2.1.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As práticas em saúde* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema <i>As práticas em saúde</i>: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	09	39,1
Materialismo histórico e dialético	04	17,3
Teoria das representações sociais	02	8,6
Interacionismo simbólico	01	4,3
Teoria do pensamento complexo de Morin	01	4,3
Construcionismo social	01	4,3
Teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva	01	4,3
Fenomenologia social de Schütz	01	4,3
Hermenêutica de Gadamer	01	4,3
Socioanálise de Lapassade e Loureau	01	4,3
Teoria da ação comunicativa de Habermas	01	4,3
Total	23	100

Em relação aos instrumentos e técnicas de análise, nota-se, na Tabela 4.2.1.3, que majoritariamente foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas (14 – 32,5%) e análise de conteúdo (12 - 48%), ou seja, são sobretudo, pesquisas qualitativas.

Tabela 4.2.1.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As práticas em saúde* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva e o tema <i>As práticas em saúde</i>: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	43	100
Entrevistas semi-estruturadas	14	32,5
Entrevistas estruturadas	10	23,2
Oficinas	05	11,6
Diário de campo	04	9,3
Entrevistas não-estruturadas	02	4,6
Teste de associação de palavras	02	4,6
Observação	02	4,6
Estudo de caso	01	2,3
Genograma	01	2,3
Grupo focal	01	2,3
Fotografias	01	2,3
Técnicas de análise	25	100
Análise de conteúdo	12	48
Análise de discurso	03	12
Estatística descritiva	02	8
<i>Softwares</i>	02	8
Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva	01	4
Método da cartografia	01	4
Método da pesquisa ação	01	4
Testes estatísticos	01	4
Método comparativo constante	01	4
Método da teoria fundamentada nos dados	01	4

*Observação: valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos, pode-se observar na Tabela 4.2.1.4 que eram principalmente enfermeiros (10 – 43,5%) e em relação ao local de estudo, ocorreu principalmente em unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (15 - 65,2%).

Tabela 4.2.1.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As práticas em saúde* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema <i>As práticas em saúde</i>: sujeitos e local do estudo	N	%
Sujeitos	23	100
Enfermeiros	10	43,5
Enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	04	17,4
Enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas e residentes multiprofissionais	01	4,3
Médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, recepcionista e gerente	01	4,3
Enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e usuários	01	4,3
Enfermeiros, médicos e usuários	01	4,3
Profissionais de saúde, usuários e familiares	01	4,3
Enfermeiros e usuários	01	4,3
Enfermeiros e gestores municipais	01	4,3
Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	01	4,3
Professores universitários	01	4,3
Local de estudo	23	100
UBS com ESF	15	65,2
UBS com ESF e UBS tradicional	02	8,7
UPA	01	4,3
UBS	01	4,3
UBS com ESF e Centro de vigilância epidemiológica municipal	01	4,3
UBS com ESF e hospital público	01	4,3
Faculdades públicas e privadas	01	4,3
Escola municipal de ensino fundamental	01	4,3

Em relação à procedência dos estudos classificados no tema *As práticas em saúde*, nota-se na 4.2.1.5, a distribuição das Teses em Enfermagem. Vale ressaltar que o estado da federação mais estudado foi São Paulo (5 – 21,7%) e que Pará, Paraná e Minas Gerais apresentaram-se em segundo lugar (4 – 17,4%).

Ademais, observou-se informação quanto ao município estudado em 20 (87%) estudos e que as cidades que apresentaram mais de um estudo foram Belém/PA (3 estudos), Botucatu/SP (2 estudos), Passos/MG (2 estudos), Porto Alegre/RS (2 estudos) e Ribeirão Preto/SP (2 estudos).

Tabela 4.2.1.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As práticas em saúde* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema <i>As práticas em saúde</i>: procedência do estudo	N	%
Região do estudo	23	100
Sudeste	10	43,5
Sul	08	34,8
Norte	04	17,4
Nordeste	01	4,3
Estado da federação estudado	23	100
São Paulo	5	21,7
Pará	4	17,4
Paraná	4	17,4
Minas Gerais	4	17,4
Rio Grande do Sul	2	8,7
Santa Catarina	1	4,3
Ceará	1	4,3
Rio de Janeiro	1	4,3
Sem informação	1	4,3
Informação quanto ao município estudado	23	100
Sim	20	87
Não	03	13

4.2.2 A avaliação das políticas e serviços de saúde

O tema *A avaliação das políticas e serviços de saúde* integrou 14 estudos, que se referem à organização das políticas e avaliação dos serviços de saúde. Os núcleos de sentido

encontrados dizem respeito à operacionalização das políticas de controle e à organização da rede de serviços em saúde, conforme a Figura 4.2.2.1.

Figura 4.2.2.1 - Mapa mental do tema A avaliação das políticas e serviços de saúde

Deste modo, entre as Teses classificadas nesse tema, verificou-se, no que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado, pode-se observar na Tabela 4.2.2.2, a ausência dessa informação em quatro (28,6%) estudos.

Tabela 4.2.2.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema A *avaliação das políticas e serviços de saúde* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema A avaliação das políticas e serviços de saúde: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	04	28,6
Modelo avaliativo de Starfield	03	21,4
Análise estratégica de Matus e Testa	01	7,1
Hermenêutica em saúde de Ayres	01	7,1
Acesso, processo de trabalho e determinantes da APS	01	7,1
Hermenêutica dialética de Minayo	01	7,1
Vulnerabilidade e integralidade	01	7,1
Concepção Paideia de Campos	01	7,1
Círculos de investigação de Freire	01	7,1
Total	14	100

Em relação aos instrumentos e técnicas de análise relacionados a esse tema, nota-se na Tabela 4.1.1.3 que, majoritariamente, foram utilizadas entrevistas estruturadas (16 – 55,1%) e testes estatísticos (7 – 35%).

Tabela 4.1.2.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A avaliação das políticas e serviços de saúde* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema A avaliação das políticas e serviços de saúde: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	29	100
Entrevistas estruturadas	16	55,1
Entrevistas semi-estruturadas	07	24,1
Prontuários	02	6,8
Oficinas	02	6,8
Mapa falante	01	3,4
Exames radiológicos e laboratoriais	01	3,4
Técnicas de análise	20	100
Testes estatísticos	07	35
<i>Softwares</i>	06	30
Análise de conteúdo	04	20
Estatística descritiva	01	5
Método da roda de gestão	01	5
Método da teoria fundamentada nos dados	01	5

*Observação:valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos que constituíram população alvo nos estudos sobre o tema *A avaliação das políticas e serviços de saúde*, pode-se observar na Tabela 4.1.2.4 que, em sua maior parte foram agentes comunitários de saúde, pessoas com tuberculose e enfermeiros e outros profissionais de saúde. Já as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família foram escolhidas como local de estudo em ao menos sete das Teses.

Tabela 4.1.2.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema A *avaliação das políticas e serviços de saúde* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema A avaliação das políticas e serviços de saúde: sujeitos e local do estudo	N	%
Sujeitos	14	100
Agentes comunitários de saúde	02	14,2
Pessoas com tuberculose	02	14,2
Enfermeiros e outros profissionais de saúde	02	14,2
Enfermeiros, médicos, gestores municipais e usuários	01	7,1
Enfermeiros, médicos e familiares	01	7,1
Prefeito, secretários e ex-secretários municipais da saúde	01	7,1
Integrantes de comissão integração ensino-serviço	01	7,1
Usuários que fizeram chamada telefônica	01	7,1
Gerentes dos serviços de saúde	01	7,1
Profissionais de saúde e usuários	01	7,1
Indígenas	01	7,1
Local de estudo	14	100
UBS com ESF	04	28,5
UBS com ESF, UBS tradicional e hospital público	01	7,1
UBS com ESF e secretaria municipal da saúde	01	7,1
Ambulatório municipal	01	7,1
UBS e UPA	01	7,1
SAMU	01	7,1
UBS com ESF e ambulatório municipal	01	7,1
Divisão de educação permanente da secretaria estadual da saúde	01	7,1
Hospital público	01	7,1
Associação de secretários e dirigentes municipais de saúde	01	7,1
Aldeias indígenas	01	7,1

Em relação à procedência com referência ao tema em questão, nota-se na Tabela 4.1.2.5, a distribuição das Teses em Enfermagem. Vale ressaltar que o estado da federação que mais albergou estudos foi São Paulo (4 – 28,6%) e que Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram a mesma frequência (2 – 14,3%) considerando o número total de

estudos. Observa-se contextualização do município onde ocorreu o estudo em 12 (85,7%) Teses e que São Paulo/SP foi a cidade que apresentou mais de um estudo (dois estudos).

Tabela 4.1.2.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A avaliação das políticas e serviços de saúde* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema <i>A avaliação das políticas e serviços de saúde:</i> procedência do estudo	N	%
Região do estudo	14	100
Sul	06	42,9
Sudeste	04	28,6
Nordeste	03	21,4
Norte	01	7,1
Estado da federação onde ocorreu o estudo	14	100
São Paulo	04	28,6
Paraná	02	14,3
Rio Grande do Sul	02	14,3
Santa Catarina	02	14,3
Pará	01	7,1
Rio Grande do Norte	01	7,1
Paraíba	01	7,1
Ceará	01	7,1
Informação quanto ao município estudado	14	100
Sim	12	85,7
Não	02	14,3

4.2.3 As tecnologias em saúde

O tema *As tecnologias em saúde* compreendeu os estudos que trataram do desenvolvimento de manuais ou instrumentos para intervenção individual ou coletiva em espaços institucionais específicos, contribuindo assim, ao aperfeiçoamento das práticas de saúde. Os 12 núcleos de sentido encontrados tiveram foco na prevenção, adesão e captação da vulnerabilidade, conforme a Figura 4.2.3.1 abaixo.

Figura 4.2.3.1 - Mapa mental do tema *As tecnologias em saúde*

Assim, no que diz respeito ao marco teórico-conceitual, pode-se observar, na Tabela 4.2.3.2, a ausência dessa informação em 4 (33,3%) estudos.

Tabela 4.2.3.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As tecnologias em saúde* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema <i>As tecnologias em saúde</i>: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	04	33,3
Vulnerabilidade	02	16,6
Reprodução social	01	8,3
Avaliação da educação em saúde de Abruzzese	01	8,3
Círculos de investigação de Freire	01	8,3
Processo de enfermagem de Orem	01	8,3
Teoria social cognitiva	01	8,3
Determinação social do processo saúde-doença	01	8,3
Total	12	100

Em relação aos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, nota-se, na Tabela 4.2.3.3 que, majoritariamente foram utilizadas entrevistas estruturadas (17 - 68%) e testes estatísticos (11 – 45,8%).

Tabela 4.2.3.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As tecnologias em saúde* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema <i>As tecnologias em saúde</i>: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	25	100
Entrevistas estruturadas	17	68
Manual ou cartilha educativa	03	12
Oficinas	01	4
Jogo educativo	01	4
Vídeo educativo	01	4
Entrevistas semi-estruturadas	01	4
Álbum seriado	01	4
Técnicas de análise	24	100
Testes estatísticos	11	45,8
Técnica Delphi	09	37,5
Revisão sistemática	01	4,1
<i>Software</i>	02	8,3
Análise de discurso	01	4,1

*Observação: valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos, pode-se observar, na Tabela 4.2.3.4 que foram principalmente mulheres (7 – 58,3%) e o local de estudo que prevaleceu como local de coleta de dados foram mais uma vez as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (5 – 41,6%).

Tabela 4.2.3.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As tecnologias em saúde* quanto a distribuição dos sujeitos e local do estudo/fonte de dados, 2011-2012.

Tema <i>As tecnologias em saúde</i>: sujeitos e local do estudo/fonte de dados	N	%
Sujeitos	12	100
Mulheres	07	58,3
Famílias de jovens	01	8,3
Pessoas com HIV e tuberculose	01	8,3
Pessoas com tuberculose	01	8,3
Enfermeiras e médicos	01	8,3
Famíliares de usuários e profissionais de saúde	01	8,3
Local do estudo/Fonte de dados	12	100
UBS com ESF	05	41,6
Ambulatório municipal	02	16,6
Hospital municipal	01	8,3
UBS com ESF e UBS tradicional	01	8,3
UBS	01	8,3
Bases de dados da literatura científica	01	8,3
Clubes, escolas privadas e públicas de ensino médio	01	8,3

Em relação à procedência, nota-se na Tabela 4.2.3.5, que sete (58,3%) foram realizados na região Sudeste e cinco (41,6%) na região Nordeste. Mais uma vez São Paulo foi o estado da federação palco da maior parte dos estudos (7 – 58,3%). Observa-se a presença de contextualização do Município onde ocorreu o estudo em 11 (91,6%) estudos e que as cidades que apresentaram mais de um estudo foram São Paulo/SP e Fortaleza/CE (respectivamente com 5 estudos).

Tabela 4.2.3.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *As tecnologias em saúde* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema <i>As tecnologias em saúde</i>: procedência do estudo	N	%
Região do estudo	12	100
Sudeste	7	58,3
Nordeste	5	41,6
Estado da federação onde ocorreu o estudo	12	100
São Paulo	7	58,3
Ceará	5	41,6
Informação quanto ao município estudado	12	100
Sim	11	91,6
Não	01	8,3

4.2.4 Os sentidos e representações vividos pelos usuários

O tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários* se referiu às experiências de usuários no processo de interação com as práticas em saúde. Os 11 núcleos de sentido encontrados foram classificados conforme a Figura 4.2.4.1.

Figura 4.2.4.1 - Mapa mental do tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários*

Quanto ao marco teórico-conceitual adotado nas Teses classificadas nesse tema, pode-se observar, na Tabela 4.2.4.2, a ausência dessa informação em 2 (18,2%) estudos.

Tabela 4.2.4.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários:</i> marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	02	18,2
Teoria das representações sociais	02	18,2
Teoria sobre cotidiano de Heller	01	9
Interacionismo simbólico	01	9
Hermenêutica dialética de Minayo	01	9
Teoria dos campos de Bordieu	01	9
Vulnerabilidade	01	9
Círculos de investigação de Freire	01	9
Teoria crítica do discurso de Fairclough	01	9
Total	11	100

Em relação aos instrumentos/meios para a coleta de dados, nota-se na Tabela 4.2.4.3 que, majoritadamente, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas (9 – 39,1%) e, com relação às técnicas de análise, a análise de conteúdo (3 - 21,4%).

Tabela 4.2.4.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários:</i> instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	23	100
Entrevistas semi-estruturadas	09	39,1
Diário de campo	03	13
Entrevistas estruturadas	03	13
Prontuários	01	4,3
Mapa de redes	01	4,3
Entrevistas não-estruturadas	01	4,3
Teste de associação de palavras	01	4,3
Observação	01	4,3
Desenho de estória com tema	01	4,3
Oficinas	01	4,3
Exames laboratoriais	01	4,3
Técnicas de análise	14	100
Análise de conteúdo	03	21,4
<i>Software</i>	03	21,4
Análise de discurso	02	14,2
Análise temática	02	14,2
Análise fatorial por correspondência	01	7,1
História oral	01	7,1
Método etnográfico	01	7,1
Método da teoria fundamentada nos dados	01	7,1

*Observação: valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos que constituíram população de estudo, pode-se observar, na Tabela 4.2.4.4 que, foram principalmente mulheres (3 – 27,3%) e o local de estudo mais uma vez foram as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (3 – 27,3%). Chama a atenção que entre essas mulheres estão: aquelas com 18 anos ou mais de vida, adolescentes grávidas e as que estavam amamentando.

Tabela 4.2.4.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários:</i> sujeitos e local do estudo	N	%
Sujeitos	11	100
Mulheres	03	27,3
Jovens	02	18,2
Usuários e pessoas de sua rede social	01	9
Alunos de graduação e pós-graduação	01	9
Professores do ensino fundamental	01	9
Crianças e adolescentes ex-trabalhadoras infantis	01	9
Pessoas com Diabetes Mellitus	01	9
Adultos com tuberculose	01	9
Local de estudo	11	100
UBS com ESF	03	27,3
Hospital público	02	18,2
Secretaria Municipal da Saúde	02	18,2
Ambulatório municipal	01	9
Conjunto residencial de uma universidade pública	01	9
Praças, praias, centros comerciais e ruas	01	9
Escola pública de ensino fundamental	01	9

Em relação à procedência nota-se, na Tabela 4.2.4.5, a distribuição das Teses em Enfermagem. Vale ressaltar que os estados de São Paulo, Bahia e Minas Gerais ficaram em primeiro lugar (2, respectivamente – 18,2%), considerando o número total de estudos.

Observou-se contextualização quanto ao município estudado na totalidade dos estudos e São Paulo foi a cidade que apresentou mais de um estudo (dois estudos).

Tabela 4.2.4.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema <i>Os sentidos e representações vividos pelos usuários:</i> procedência do estudo	N	%
Região do estudo	11	100
Sudeste	05	45,5
Nordeste	03	27,3
Sul	02	18,2
Norte	01	9
Estado da federação onde ocorreu o estudo	11	100
São Paulo	02	18,2
Bahia	02	18,2
Minas Gerais	02	18,2
Rio de Janeiro	01	9
Rio Grande do Sul	01	9
Paraná	01	9
Pará	01	9
Paraíba	01	9
Informação quanto ao município estudado	11	100
Sim	11	100
Não	0	0

4.2.5 A informação em saúde

O tema *A informação em saúde* integrou as pesquisas sobre a avaliação de populações específicas para o aperfeiçoamento das práticas e/ou dos sistemas de informação em saúde. Os nove núcleos de sentido encontrados tinham como foco: o perfil de saúde da população e a qualidade dos sistemas de informação, conforme a Figura 4.2.5.1.

Figura 4.2.5.1 – Mapa mental do tema *A informação em saúde*

No que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado, pode-se observar, na Tabela 4.2.5.2, a ausência dessa informação, na maioria dos estudos (6 - 66,6%).

Tabela 4.2.5.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A informação em saúde* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema A informação em saúde: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	06	66,6
Modelo conceitual de Polit, Beck e Hungler	01	11,1
Modelo analítico de Scolowitz e Santos	01	11,1
Determinação do processo saúde-doença	01	11,1
Total	09	100

Quanto aos instrumentos/meios para a coleta de dados e técnicas de análise, nota-se na Tabela 4.2.5.3 que em sua maior parcela foram utilizadas entrevistas estruturadas (10 – 83,3%) e testes estatísticos (5 – 35,7%%), respectivamente.

Tabela 4.2.5.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A informação em saúde* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema A informação em saúde: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	12	100
Entrevistas estruturadas	10	83,3
Entrevistas semi-estruturadas	01	8,3
Exames laboratoriais	01	8,3
Técnicas de análise	14	100
Testes estatísticos	05	35,7
<i>Softwares</i>	04	28,5
Estatística descritiva	02	14,2
Geoprocessamento em saúde	01	7,1
Revisão sistemática	02	14,2

*Observação: valores referentes ao número total de citações

Quanto aos sujeitos que constituíram a população alvo, pode-se observar, na Tabela 4.2.5.4, que foram, em sua maior parcela, mulheres (4 – 44,4%). Entre tais mulheres estão: mães de 15 a 49 anos e seus filhos menores de 5 anos, mulheres de 10 a 49 anos (análise geral de óbitos), mortes causadas por câncer de colo uterino e mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino.

Tabela 4.2.5.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A informação em saúde* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema A informação em saúde – sujeitos e local do estudo/fonte de dados	N	%
Sujeitos	09	100
Mulheres	04	44,4
Idosos	02	22,2
Pessoas com deficiência visual, auditiva e física	01	11,1
Crianças com baixo peso ao nascer	01	11,1
Crianças menores de 5 anos	01	11,1
Local de estudo/Fonte de dados	09	100
Centro de vigilância epidemiológica	05	55,5
UBS com ESF	01	11,1
Centro de Saúde Escola de universidade pública	01	11,1
Bases de dados da literatura científica	01	11,1
“coorte” municipal sobre envelhecimento	01	11,1

Em relação à procedência do estudo, nota-se na Tabela 4.2.5.5 a distribuição das Teses em Enfermagem. Vale ressaltar que o estado da federação que foi sede da maior parcela dos estudos foi o Ceará (2 – 22,2%). Observou-se informação quanto ao município estudado em oito (88,8%) estudos e que nenhuma cidade apresentou mais de um estudo.

Tabela 4.2.5.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A informação em saúde* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema <i>A informação em saúde</i>: procedência do estudo	N	%
Região do estudo	09	100
Sul	03	33,3
Nordeste	02	22,2
Sudeste	01	11,1
Norte	01	11,1
Brasil	01	11,1
América Latina	01	11,1
Estado da federação onde ocorreu o estudo	09	100
Sem informação	02	22,2
Ceará	02	22,2
São Paulo	01	11,1
Paraná	01	11,1
Rio Grande do Sul	01	11,1
Santa Catarina	01	11,1
Pará	01	11,1
Informação quanto ao município estudado	09	100
Sim	08	88,8
Não	01	11,1

4.2.6 A violência e saúde

O tema *A violência e saúde* foi constituído por sete estudos que tiveram como foco: a caracterização das ações de enfrentamento e das pessoas que sofreram algum tipo de violência, conforme a Figura 4.2.6.1 abaixo.

Figura 4.2.6.1 - Mapa mental do tema *A violência e saúde*

No que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado, pode-se observar, na Tabela 4.2.6.2, a ausência dessa informação, apenas em dois (28,6%) estudos.

Tabela 4.2.6.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Aviolência e saúde* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema A violência e saúde: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	02	28,6
Hermenêutica dialética	02	28,6
Teoria das representações sociais	01	14,3
Interacionismo simbólico	01	14,3
Psicodinâmica do trabalho	01	14,3
Total	07	100

Quanto aos instrumentos/meios para a coleta de dados, nota-se, na Tabela 4.2.6.3, que foram em sua maioria, entrevistas semi-estruturadas (5 – 23,8%) e análises qualitativas (do discurso, temática e do conteúdo) prevaleceram de forma equitativa em três estudos.

Tabela 4.2.6.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema A *violência e saúde* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema A <i>violência e saúde</i>: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	21	100
Entrevistas semi-estruturadas	05	23,8
Entrevistas estruturadas	05	23,8
Diário de campo	04	19
Observação	02	9,5
Prontuários	01	4,7
Genograma	01	4,7
Ecomapa	01	4,7
Associação livre de palavras	01	4,7
Oficinas	01	4,7
Técnicas de análise	09	100
Testes estatísticos	02	22,2
<i>Softwares</i>	02	22,2
Análise do discurso	01	11,1
Análise temática	01	11,1
Análise de conteúdo	01	11,1
Método comparativo constante	01	11,1
Avaliação da quarta geração	01	11,1

*Observação: valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos que constituíram população alvo, pode-se observar na Tabela 4.2.6.4 que, majoritariamente foram enfermeiros e outros profissionais da saúde (4 – 57,1%) e os locais de estudo também foram as unidades básicas de saúde com ESF (3 – 42,9%).

Tabela 4.2.6.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A violência e saúde* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema <i>A violência e saúde</i>: sujeitos e local do estudo	N	%
Sujeitos	07	100
Enfermeiros e outros profissionais da saúde	04	57,1
Gestantes e puérperas	01	14,3
Adolescentes que consumiram álcool e seus familiares	01	14,3
Enfermeiros, profissionais da saúde e da área do direito	01	14,3
Local de estudo	07	100
UBS com ESF	03	42,9
Hospital público	02	28,6
UBS com ESF e secretaria municipal de saúde	01	14,3
Conselho tutelar, serviços de assistência social e outros	01	14,3

Em relação à procedência dos estudos, nota-se na Tabela 4.2.6.5 a distribuição das Teses em Enfermagem. O estado da federação que mais concentrou estudos foi o Rio Grande do Sul (3 – 42,9%). Observa-se a informação quanto ao município estudado em seis (85,7%) estudos e nenhuma cidade apresentou mais de um estudo.

Tabela 4.2.6.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema A *violência e saúde* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema A <i>violência e saúde</i>: procedência do estudo	N	%
Região do estudo	07	100
Sul	03	42,9
Nordeste	02	28,6
Sudeste	02	28,6
Estado da federação onde ocorreu o estudo	07	100
Rio Grande do Sul	03	42,9
Pernambuco	01	14,3
São Paulo	01	14,3
Ceará	01	14,3
Minas Gerais	01	14,3
Informação quanto ao município estudado	07	100
Sim	06	85,7
Não	01	14,3

4.2.7 Saúde, ambiente e trabalho

O tema *Saúde, ambiente e trabalho* agrupou sete estudos que versavam sobre as características de trabalho e adoecimento de populações específicas e ações de prevenção, assistência e/ou vigilância dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Os núcleos de sentido encontrados foram classificados conforme a Figura 4.2.7.1.

Figura 4.2.7.1 - Mapa mental do tema *Saúde, ambiente e trabalho*

Entre as Teses classificadas nesse tema *Saúde, ambiente e trabalho* verificou-se, no que diz respeito ao marco teórico-conceitual, conforme consta da Tabela 4.2.7.2, a ausência dessa informação na maior parcela dos estudos (5 - 71,4%).

Tabela 4.2.7.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Saúde, ambiente e trabalho* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i>: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	05	71,4
Comunicação de risco	01	14,3
Teoria sócio-crítica de Habermas	01	14,3
Total	07	100

Em relação à coleta de dados, nota-se na Tabela 4.2.7.3 que em sua maior parte foram utilizadas entrevistas estruturadas (7 – 58,3%) e testes estatísticos para as análises (6 - 60%).

Tabela 4.2.7.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Saúde, ambiente e trabalho* quanto a distribuição dos instrumentos e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i>: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	12	100
Entrevistas estruturadas	07	58,3
Exames laboratoriais	02	16,6
Diário de campo	01	8,3
Entrevistas semi-estruturadas	01	8,3
Observação não participante	01	8,3
Técnicas de análise	10	100
Testes estatísticos	06	60
Intervenção socioambiental	01	10
<i>Software</i>	01	10
História oral	01	10
Análise de conteúdo	01	10

*Observação: valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos do estudo, pode-se observar na Tabela 4.2.7.4, que foram em sua maior parcela, mulheres trabalhadoras (2 – 40%). Em relação ao local de estudo, ocorreu no domicílio e UBS, estação de tratamento de esgoto, terreno público, pontos de mototaxi, Central de Abastecimento Hortifrutigranjeiro, escola privada de ensino técnico e sindicato rural, todos com apenas uma menção e, respectivamente, com 14,3%.

Tabela 4.2.7.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Saúde, ambiente e trabalho* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i>: sujeitos e local do estudo	N	%
Sujeitos*	05*	100
Mulheres trabalhadoras	02	40
Aprendizes de solda	01	20
Mototaxistas	01	20
Moradores dos domicílios	01	20
Local de estudo	07	100
Domicílios e UBS	01	14,3
Estação de tratamento de esgoto	01	14,3
Terreno público	01	14,3
Pontos de mototaxi	01	14,3
Central de Abastecimento Hortifrutigranjeiro	01	14,3
Escola privada de ensino técnico	01	14,3
Sindicato rural	01	14,3

* outros dados primários foram constituídos por mudas de planta, amostras de água de reservatório, esgoto bruto e tratado

Em relação à procedência dos estudos, nota-se na Tabela 4.2.7.5, que seis (85,7%) foram realizados na região Sudeste e um (14,3%) na região Sul. Vale ressaltar que o estado da federação que mais concentrou estudos foi São Paulo (5 - 71,4%). Observa-se informação quanto ao município estudado em todos os estudos e a única cidade que apresentou mais de um estudo foi Ribeirão Preto (três estudos).

Tabela 4.2.7.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *Saúde, ambiente e trabalho* quanto à procedência do estudo, 2011-2012

Tema <i>Saúde, ambiente e trabalho</i>: procedência do estudo	N	%
Região do estudo	07	100
Sudeste	06	85,7
Sul	01	14,3
Estado da federação onde ocorreu o estudo	07	100
São Paulo	05	71,4
Rio Grande do Sul	01	14,3
Minas Gerais	01	14,3
Informação quanto ao município estudado	07	100
Sim	07	100
Não	0	0

4.2.8 A formação em saúde

O tema *A formação em saúde* integrou quatro estudos sobre o ensino e a qualificação das práticas profissionais em saúde no âmbito da atenção primária em saúde. Os núcleos de sentido encontrados tiveram como foco duas vertentes: o ensino de bacharelado e o ensino de pós-graduação *senso lato*, conforme a Figura 4.2.8.1 a seguir.

Figura 4.2.8.1 - Mapa mental do tema *A formação em saúde*

No que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado, pode-se observar, na Tabela 4.2.8.2, que três (75%) estudos explicitaram a presença.

Tabela 4.2.8.2 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A formação em saúde* quanto a distribuição do marco teórico-conceitual, 2011-2012.

Tema A formação em saúde: marco teórico-conceitual	N	%
Sem informação	01	25
Integralidade de Paim	01	25
Hermenêutica	01	25
Círculos de investigação de Freire	01	25
Total	04	100

Quanto aos instrumentos/meios utilizados para a coleta de dados, nota-se na Tabela 4.2.8.3, que a maioria utilizou entrevistas estruturadas (5 – 55,5%) e quanto à técnica de análise, a análise de conteúdo foi preponderante (4 – 66,6%) nos estudos analisados.

Tabela 4.2.8.3 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A formação em saúde* quanto a distribuição dos instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise, 2011-2012.

Tema A formação em saúde: instrumentos/meios de coleta e técnicas de análise	N	%
Instrumentos/meios de coleta	09	100
Entrevistas estruturadas	05	55,5
Entrevistas semi-estruturadas	03	33,3
Entrevistas não-estruturadas	01	11,1
Técnicas de análise	06	100
Análise de conteúdo	04	66,6
Narrativa não estruturada de Schütze	01	16,6
Técnica Delphi	01	16,6

*Observação: valores referentes ao número total de citações

No que diz respeito aos sujeitos estudados, pode-se observar na Tabela 4.2.8.4 que foram egressos de curso *senso lato*, professores universitários, educadores físicos, gestores municipais, pesquisadores, professores universitários e alunos de bacharelado. Todos os estudos mencionaram as instituições de ensino superior como ao menos um dos locais pesquisados.

Tabela 4.2.8.4 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A formação em saúde* quanto a distribuição dos sujeitos e local de estudo, 2011-2012.

Tema A formação em saúde: sujeitos e local do estudo	N	%
Sujeitos	04	100
Egressos de curso <i>senso lato</i>	01	25
Professores universitários	01	25
Educadores físicos, gestores municipais e pesquisadores	01	25
Professores universitários e alunos de bacharelado	01	25
Local de estudo	04	100
IES	03	75
IES e secretaria municipal da saúde	01	25

Em relação à procedência do estudo, nota-se na Tabela 4.2.8.5, a distribuição das Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A formação em saúde*. Não houve informação quanto ao município estudado em duas (50%) teses e nenhuma cidade apresentou mais de um estudo.

Tabela 4.2.8.5 - Teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva classificadas no tema *A formação em saúde* quanto à procedência do estudo, 2011-2012.

Tema <i>A formação em saúde</i>: procedência do estudo	N	%
Região do estudo	04	100
Sudeste	01	25
Nordeste e sudeste	01	25
Centro-oeste	01	25
Sul, sudeste e nordeste	01	25
Estado da federação onde ocorreu o estudo	04	100
Sem informação	02	50
Minas Gerais	01	25
Paraná, São Paulo, Sergipe, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Espírito Santo	01	25
Informação quanto ao município estudado	04	100
Sim	02	50
Não	02	50

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO EM ENFERMAGEM NO PERÍODO 2011-2012 COM TESES AFINS À SAÚDE COLETIVA

Os resultados encontrados no presente estudo indicam que, no período 2011-2012 havia 26 cursos de Doutorado em Enfermagem ativos no País, mas apenas 18 apresentavam teses concluídas. A análise hermenêutica dos textos integrais sugere que em 15 cursos havia teses de Enfermagem cujos temas foram considerados afins à Saúde Coletiva.

Os cursos com 15 anos ou mais concentram-se nas regiões Sudeste (5) e Sul (1); os cursos com 10 até 14 anos, também na região Sudeste (3), seguida da Nordeste (1); e os cursos com até nove anos na formação de doutores, mais uma vez na região Sudeste (3), seguida pela Sul (1) e Nordeste (1).

Tais achados indicam que a pós-graduação senso estrito contempla distintos níveis de consolidação na formação de recursos, destacando-se que a maior carência está nas regiões Norte, Centro-Oeste e, em menor proporção, na região Nordeste. Assim, continua sendo um grande desafio combater a assimetria na produção do conhecimento e promover a criação de centros de excelência, tanto no ensino quanto na pesquisa com padrão internacional (Brasil, 2010).

O início dos cursos de Doutorado em Enfermagem, no ano de 1981, pode ser localizado no que mencionam Franco e Morosini (2001), em referência aos períodos das políticas públicas brasileiras de educação superior. Segundo os mesmos autores, o primeiro período corresponde à década de 1970, quando ocorreu a expansão da interiorização das instituições de ensino superior e a criação dos programas de pós-graduação; o segundo, correspondente à década de 1980, quando houve expansão dos programas de pós-graduação senso estrito, os quais, apesar de terem sido implantados na década de 1970, como parte do I Plano Nacional de Pós-Graduação, se consolidaram efetivamente nesse período; e, o terceiro na década de 1990, ocasião em que se observa expansão da diversificação dos cursos de pós-

graduação *sensu* estrito e *sensu lato*, especialmente após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996.

Entretanto, a despeito da expansão na formação dos mestres e doutores, iniciada na década de 1970, como uma exigência da ampliação do ensino universitário no País, ainda persistem a baixa cobertura e a dissociação entre seu funcionamento e as necessidades sociais da população, pois em grande medida, parece estar voltada apenas ao próprio sistema educacional (Santana, Campos e Sena, 1999).

Por outro lado, o avanço científico ocorrido desde a criação dos programas de pós-graduação e a inovação no ensino universitário de graduação, principalmente a partir da operacionalização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, tem proporcionado, paulatinamente, a ampliação do reconhecimento das obrigações da universidade com a sociedade, ou, de forma mais objetiva, com seu entorno regional, social, econômico, cultural e político (Santana, Campos e Sena, 1999).

Deste modo, se a CAPES inicia suas atividades em 1951, para a capacitação de recursos humanos na docência universitária e para a formação de pesquisadores, ao longo do tempo transformou-se em marco para a construção, consolidação e institucionalização do sistema brasileiro de pós-graduação *sensu* estrito (Brasil, 2010; Martins, 2002; Cabral Neto, Castro, 2012; Barreto, Domingues, 2012).

É importante apontar que o V Plano Nacional de Pós-Graduação (2011-2020) evidencia, na indução indicada pelo Plano anterior, o favorecimento da integração ensino-serviço do ensino de pós-graduação com o setor empresarial e a sociedade, por meio da expansão dos cursos, do fomento à qualidade e a diminuição das assimetrias, além da criação de uma agenda nacional de pesquisa associada à produção em temas prioritários (Brasil, 2010; Cabral Neto, Castro, 2012).

Neste sentido, a formação comprometida com a relevância, qualidade, custo/efetividade e equidade, especialmente da atenção à saúde, cada vez mais tem exigido a construção coletiva, por meio dos sujeitos envolvidos - professores, pesquisadores, estudantes, profissionais de saúde e usuários do SUS (Gonzalez, Almeida, 2010; Santana, Campos, Sena, 1999).

Desta maneira, a síntese do processo auto-avaliativo da pós-graduação senso estrito em Saúde Coletiva, coordenada pela ABRASCO de 1995-1998, e que utilizou como fonte de dados, as informações da CAPES, e a comparação do desempenho dos programas de pós-graduação nacionais com internacionais, ressalta, conforme Minayo e Costa (1998, p.85):

“[que] a expansão [dos cursos] se dá por meio de disciplinas de caráter filosófico e metodológico e de uma imensa variedade de objetos e temáticas. Esse fenômeno evidencia pujança da área, mas também revela problemas de delimitação dos saberes e das práticas, bem como dispersão significativa nos modelos organizativos. Ou seja, se, por um lado, a excessiva liberdade na elaboração dos conteúdos e das ementas disciplinares favorece a expressão criativa dos professores/pesquisadores, por outro, provoca dificuldades de demarcar tecnicamente tais conteúdos”.

Os mesmos autores apontam que há dificuldades, nos cursos novos, de preservar a qualidade nas temáticas tradicionais da Saúde Coletiva – Epidemiologia, Ciências Sociais em Saúde e Política e Planejamento em Saúde. Alertam que havia pressão, principalmente do MEC, para que fossem criados novos programas de pós-graduação senso estrito, “a fim de que sejam reconhecidos por mérito e recebam financiamento público” (Minayo, Costa, 1998, p. 89). Afirmam que tal pressão tem gerado impacto, principalmente nas instituições fora do eixo das capitais das regiões Sudeste e Sul e reunido docentes de várias formações e especialidades que tocam superficialmente no objeto da Saúde Coletiva (Minayo, Costa, 1998).

Neste sentido, para contribuir na indução de pesquisas em áreas prioritárias aos programas de pós-graduação senso estrito, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, instrumento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde busca articular, com diversos atores sociais, o consenso acerca das prioridades de pesquisa que estão em conformidade com os princípios do SUS (Brasil, 2011). A análise da Agenda permite identificar sua convergência com temas que tangenciam ou constituem focos de interesse da Saúde Coletiva e isso foi constatado neste estudo, conforme será debatido posteriormente.

Tal processo político tem como pressuposto, o respeito às necessidades nacionais e regionais de saúde e o aumento da indução seletiva da produção de conhecimento nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (Brasil, 2011).

Um outro aspecto que foi evidenciado no presente estudo é o fato que verifica-se correspondência entre os achados do presente estudo e os conteúdos temáticos das disciplinas

afins à Saúde Coletiva que foram encontrados nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e que dizem respeito às políticas de saúde, epidemiologia, prática social em saúde, educação e/ou promoção da saúde, gênero, saúde do trabalhador, processo saúde-doença, planejamento em saúde, direito à saúde, ambiente e saúde, etnia e geografia da saúde.

Um recente estudo produzido por Scochi et al. (2015), sobre a formação nos cursos brasileiros de doutorado em Enfermagem, indica que as estruturas curriculares contemplam as disciplinas de fundamentação teórico-metodológica com bases epistemológicas de investigação para a prática da pesquisa em diferentes temáticas, formação didática e ferramentas para a escrita científica.

Veja-se que os achados relativos às disciplinas afins à Saúde Coletiva dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem integram a configuração temática do campo da Saúde Coletiva, na estruturação dos conteúdos das disciplinas, corroborando estudo produzido por Nunes et al. (2006) e que evidenciou maior concentração da epidemiologia, ciências humanas e sociais em saúde, sistemas e serviços de saúde, ambiente e saúde, políticas de saúde, entre outros, ao analisar Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva, conforme o mesmo autor, mas em outra publicação (Nunes, 2010), pode ser compreendida como um campo científico, uma área acadêmica e um elemento do Setor Saúde. Para ele, a apropriação do conceito de campo científico, proposto por Bourdieu – “inter-relação dinâmica entre os elementos que se modificam e reafirmam reciprocamente em determinado campo, e [que não se] reduz ao mero somatório de princípios e estratégias, ou de algumas disciplinas”, tem importância cada vez mais relevante no século XXI (Nunes, 2010, p.123).

Deste modo, a problematização sobre a Saúde Coletiva, vista como área acadêmica, composta por subáreas de concentração, e organizadas num programa de pós-graduação, possibilita acesso ao movimento do campo e não somente às estruturas curriculares ou gestão acadêmica (Nunes, 2010). E, o contorno do campo, institucionalizado especialmente pela produção científica de pós-graduação e por meio das publicações acadêmicas, pode ser admitida como uma prática científica que fornece os objetos de conhecimento, teorias e métodos em disputa para manter a força da Área na produção científica do Setor Saúde (Nunes, 2010).

Em correspondência à Área da Enfermagem, é possível que os conteúdos ofertados nas disciplinas dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, o cenário epidemiológico das necessidades decorrentes da vida em sociedade, além daquelas que emanam do cotidiano dos serviços de saúde tenham contribuído para motivar os então alunos, no período 2011-2012. Tais estímulos podem ter colaborado para a produção acadêmica, denominada por Nunes (2010) como prática científica, que priorizou os seguintes temas: *as práticas em saúde, a avaliação das políticas e serviços de saúde, os sentidos e as representações dos usuários, as tecnologias em saúde, a informação em saúde, a violência e saúde, saúde, ambiente e trabalho e a formação em saúde.*

Vale ressaltar que o Brasil, em comparação a outros países em desenvolvimento, produz pesquisas em saúde com características específicas, pois a maioria dos recursos de pesquisa é gerada internamente e grande parte da comunidade acadêmica é formada no próprio País (Morel, 2004). Talvez a resposta a essa especificidade, na produção de pesquisa e nos achados do presente estudo, diga respeito às iniciativas indutoras dos governos estaduais e federal em relação à expansão e interiorização dos cursos públicos de graduação e pós-graduação *senso estrito* e *senso lato*.

Deste modo, a adoção de uma abordagem orgânica ou sistêmica para a produção das pesquisas em saúde pode possibilitar a integração dos objetivos, estruturas, atores, processos, culturas e produtos na promoção efetiva e equitativa da saúde nacional (WHO, 2002).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido um paulatino trabalho no campo da pesquisa científica, em articulação às necessidades de saúde do País, desde a promulgação da Constituição de 1988 que, no artigo 200, define o Estado como responsável pela promoção e incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico que, na saúde, é atribuição do SUS (Brasil, 2010).

O percurso brasileiro antecipa a proposta da Organização Mundial da Saúde no estímulo à integração nacional na produção de pesquisas visto que, ainda no início da década de 2000 (WHO, 2002) declarava, a esse respeito:

- A pesquisa mundial tende a ser descoordenada e fragmentada, resultando em ineficiência e duplicações. Assim, abordagens sistêmicas coordenariam mais apropriadamente as pesquisas;

- Algumas pesquisas requerem a colaboração e articulação entre diferentes organizações e disciplinas. Dessa forma, um sistema nacional de prioridades em pesquisa seria capaz de criar sinergias entre essas entidades;
- Em muitos países, a pesquisa leva fragilmente em consideração as prioridades e objetivos do sistema de saúde. A abordagem sistêmica também poderia alinhar a pesquisa aos objetivos e prioridades sanitárias nacionais;
- Vários resultados de investigação em saúde não são adequadamente traduzidos em mudanças nos sistemas de saúde, nem ao aperfeiçoamento da saúde com vistas à equidade das ações. Mais uma vez, há necessidade de aplicação sistemática dos resultados das pesquisas no planejamento e operacionalização das políticas de saúde, numa conexão sistemática entre os pesquisadores e os usuários dos resultados das pesquisas;
- A pesquisa em saúde, em muitos países, é antiética, injusta, descontrolada e sem transparência. Assim, os países necessitam desenvolver sistemas que estabeleçam regras, procedimentos e padrões construídos coletivamente por meio de valores e princípios adequadamente resguardados.

Necessidades de saúde podem ser compreendidas como um fenômeno mundial e as iniciativas de cooperação internacional devem envolver “tanto esforços de pesquisa como apoio à constituição de sistemas de saúde que garantam a efetiva difusão das conquistas científicas e tecnológicas da humanidade” (Albuquerque, Souza, Baessa, 2004, p. 288). Por sua vez, segundo tais autores, o esforço científico interno dos países em desenvolvimento deve estar orientado para perfis epidemiológicos distintos que:

“determinam diferentes demandas sobre os sistemas de pesquisa. Logo, nenhum país do mundo pode deixar de participar das redes internacionais de pesquisa e difusão das inovações e nem pode contar apenas com a difusão passiva de inovações dos centros mais avançados para resolver os seus problemas básicos de saúde. Portanto, sistemas de inovação têm um papel insubstituível para o aprimoramento da qualidade de vida (Albuquerque, Souza, Baessa, 2004, p. 288).”

Entretanto, há que se apontar que a adequação dos padrões de pesquisa por meio do olhar vigilante da comunidade científica e tecnológica, às necessidades e às políticas de saúde, a partir da definição de temas prioritários, não pode significar o empobrecimento da autonomia criativa, porque “a desigualdade é o calcanhar de Aquiles da civilização brasileira” (Guimarães, 2005, p. 378).

Os indicadores regionais e os referentes aos diversos grupos sociais de cada região brasileira demonstram “...discriminação social quanto à saúde, seja nos padrões de morbidade, mortalidade, acesso aos serviços, qualidade do atendimento, disponibilidade de infraestrutura sanitária, entre outros” (Guimarães, 2005, p.378).

Entretanto, recente estudo sobre a percepção dos formuladores de política científica, pesquisadores e usuários dos resultados de pesquisa em saúde na área de Saúde Coletiva, sobre o ambiente da pesquisa brasileira, afirma que há mais motivação para a produção e utilização da pesquisa em saúde nas suas próprias instituições do que no país (Noronha et al, 2009).

A avaliação dos sujeitos entrevistados correspondeu provavelmente às expectativas de cada segmento, conforme será verificado a seguir. Assim, o otimismo dos formuladores confirmou o crescimento e o amadurecimento das atividades científicas no país, enquanto que a posição reticente dos pesquisadores pode ter refletido a percepção de que as condições poderiam ser mais favoráveis e, a visão pessimista dos usuários pode estar relacionada à utilização insatisfatória dos resultados das pesquisas na transformação das práticas e políticas de saúde (Noronha et al, 2009). Os pesquisadores mais jovens foram os mais insatisfeitos quanto à avaliação do ambiente de pesquisa e tal percepção pode ter relação com a inserção precária nos anos iniciais da carreira, à restrição das condições adequadas de trabalho, associadas ao crescimento acelerado da formação desde o final da década de 1990 e a paulatina ampliação dos postos de trabalho (Noronha et al, 2009).

De fato, percebe-se, conforme Leal e Freitas (2006), que a expansão dos programas de pós-graduação, que poderiam ser definidos como “geografia do conhecimento” não é muito diferente da “geografia da renda”, e que as áreas de exclusão, podem ser induzidas à produção de pesquisa por meio da atuação conjunta dos cursos de pós-graduação senso estrito.

Nesse sentido, a contribuição da Enfermagem à expansão e consolidação dos programas de pós-graduação deve abranger a reflexão acerca das necessidades e do cuidado em saúde, este último guarda relação com o foco de grande parte dos achados do presente estudo e que se refere às práticas de saúde e que expressam distintamente no território brasileiro, mesmo sob a égide do SUS.

Para Almeida et al. (2009) o cuidado em saúde pode ser visto de duas formas: se tomarmos o cuidado enquanto procedimentos de enfermagem, realizados com vistas à

promoção, prevenção e reabilitação, tal associação de conhecimentos terá êxito técnico, pois produz o que se pretende. Todavia, se tomarmos o Cuidado como uma atenção à saúde interessada, no sentido existencial, em restaurar o projeto de vida, produzindo a fusão de horizontes do profissional, do usuário, da comunidade, gerência e/ou das políticas de saúde, o arsenal técnico-científico de que a Enfermagem dispõe não dará conta do sucesso prático (Almeida et al, 2009).

Por consequência, o Cuidado enquanto objeto da Enfermagem, resultado da interação do êxito técnico e sucesso prático, é produto da mediação dialética entre as dimensões dos micro espaços de intervenção e dos macro espaços estruturais, permitindo a construção de práticas de saúde democráticas e em consonância aos direitos sociais (Almeida et al, 2009).

Para tanto, segundo Knauth e Leal (2014), faz-se necessário qualificar a formação, no âmbito dos cursos de pós-graduação, que formam pesquisadores em Saúde Coletiva, considerando a epistemologia e as bases teórico-conceituais que possibilitam analisar a realidade como totalidade. Também é necessário formar os pesquisadores com solidez na identificação do objeto de estudo, assim como em relação aos métodos quantitativos e qualitativos, conforme apontam Knauth e Leal (2014).

Conforme os mesmo autores, a discussão epistemológica precisa ir além da dimensão técnica que a reduz à coleta dos dados. É necessário que seja problematizado o que é conhecimento científico, qual a relação entre o objeto de pesquisa, o referencial teórico, a abordagem metodológica, as técnicas de coleta, a sistematização e a análise dos dados, ou seja, a discussão sobre os modelos teóricos que orientam a formulação da pergunta de pesquisa (Knauth, Leal, 2014).

Ademais, apropriando-se dos argumentos de Castrillón Agudelo (2004), mas orientando-os para a Enfermagem, o estabelecimento das prioridades de pesquisa requer esforços na consolidação da capacidade investigativa, na formação de consensos entre os interesses dos diferentes atores envolvidos e geração de conhecimento em temas críticos e estratégicos.

Por sua vez, a convergência dos pesquisadores em áreas temáticas ou linhas de pesquisa potencializa o fio condutor e aglutinador de esforços investigativos, com caráter cumulativo e de concentração num determinado contexto de pesquisa por meio da integração de ideias, interesses, valores e competências (Neves, Gonçalves, 1994).

Desta maneira, a estruturação da organização acadêmica de pós-graduação senso estrito na Saúde Coletiva – mas, também em relação à Enfermagem, requer a problematização das ações na defesa do direito à saúde e universalização do sistema - que não se restringe apenas à atenção primária em saúde – e no avanço da construção “coletiva” de uma prática geradora de cuidado que seja capaz de reconhecer e acolher os sujeitos na sua diversidade (Baptista, 2015).

Neste sentido, os cursos de pós-graduação, instituições sociais que tem lugar expressivo na formação do *habitus* científico, podem contribuir como núcleo organizador da área de conhecimento Enfermagem (Salles, Barreira, 2010) e, particularmente, da subárea Enfermagem em Saúde Coletiva.

Assim, o trabalho do pesquisador, no processo de desenvolvimento das pesquisas relaciona-se, portanto, ao rigor metodológico que pode fornecer visibilidade científica às suas ações, contribuindo para o amadurecimento da Enfermagem, mas dependerá, em grande medida, do contexto institucional a que pertence (Mendoza, Peña, Rojas, 2011).

Uma outra perspectiva de problematização sobre o que ocorre no âmbito da produção do conhecimento dos programas de pós-graduação, está posto no que Hortale et al. (2010, p.27) apontam, em relação à área da Saúde Coletiva:

“[as linhas de pesquisa tendem] a ser politicamente mais importantes do que os departamentos e as instituições em seu conjunto. E isso não raramente tem levado, para além de uma forte especialização, a uma verdadeira atomização do conhecimento produzido pelos diferentes pesquisadores da área; o que se faz sentir, também, no ensino, que passa a ser ministrado em função dos interesses dos pesquisadores e de seus projetos de pesquisa, levando a um empobrecimento, para não dizer à quase perda do sentido e da concepção original de saúde coletiva.[...]. Os temas e problemas colocados pelas linhas de pesquisa atuais devem ser tratados nos cursos eletivos”.

A esse respeito, a crescente preocupação com a pulverização da produção científica em Enfermagem, que apresentava poucos sinais de continuidade e consistência, mobilizou coordenadores dos cursos de pós-graduação para a reflexão acerca dos campos e linhas de pesquisa prioritárias (Barreira, 1993; Carvalho, 2002; Salles, Barreira, 2010).

Para tanto, foram empreendidos esforços, desde o início da década de 1990, na catalogação das linhas existentes e na construção de novos cursos de mestrado e doutorado

em Enfermagem (Barreira, 1993). Segundo a mesma autora (Barreira, 1993, p.56, grifo nosso), a elaboração de critérios avaliativos, em relação ao grau de consolidação de uma linha de pesquisa, contemplou a persistência temporal, produção científica e maturidade das equipes, por meio de três estágios:

***“Nível 1: Linha de pesquisa consolidada** – trabalho coletivo com duração de cerca de cinco anos, que envolve pessoas em vários níveis de formação e experiência em pesquisa, receptivo a novos pesquisadores, no qual a produção já existente apresenta um forte nexo entre os diferentes projetos, que se encontram voltados para uma questão norteadora, e que favoreça ainda o intercâmbio institucional ou interdisciplinar.*

***Nível 2: Linha de pesquisa emergente** – trabalho coletivo realizado em torno de uma questão norteadora, com alguma produção já existente e projetos em andamento, com tendências à ampliação e consolidação.*

***Nível 3: Produção científica isolada** – pesquisas individuais e/ou grupais, sem necessariamente estabelecerem vínculos [internacionais] em torno de uma única questão norteadora, mas que representam parcela importante de produção científica da unidade”*

De tal modo, paulatinamente, foram estabelecidos consensos entre os coordenadores e representantes de pós-graduação, sobre as linhas prioritárias de pesquisa, nos cursos de mestrado e doutorado em Enfermagem, por meio de três campos (Carvalho, 2002, p.150, grifo nosso):

***[Campo] profissional:** fundamentos do cuidar na saúde e na enfermagem, concepções teórico-filosóficas na saúde e enfermagem, tecnologia em saúde e enfermagem, ética na saúde e enfermagem e história da enfermagem;*

***[Campo] assistencial:** processo de cuidar em enfermagem, cuidar em enfermagem no processo saúde-doença, determinantes da qualidade de vida e saúde-doença;*

***[Campo] organizacional:** políticas e práticas de saúde e enfermagem, políticas e práticas de educação e enfermagem, produção de trabalho e saúde em enfermagem, gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem e informação/comunicação em saúde e enfermagem.”*

Assim, a fidelidade de um professor/orientador a uma linha de pesquisa permite que seja estudado aquilo que ele mais conhece e conheça cada vez mais o seu objeto de estudo por meio da sucessão de projetos, desenvolvidos ao longo do tempo (Salles, Barreira, 2010). Por sua vez, tal definição possibilita aos candidatos para o curso de pós-graduação, uma escolha mais clara, tanto do orientador, quanto do tema e programa de pós-graduação onde irá concorrer a uma vaga (Salles, Barreira, 2010).

Ademais, continuando o raciocínio anterior, a linha de pesquisa implica na coerência externa da prática científica de um grupo institucionalizado de pesquisa, exemplificado nas teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, entre outros materiais produzidos no interior do grupo, às práticas indutoras das agências de fomento em pesquisa.

Por sua vez, o uso da expressão área de concentração remonta ao Parecer nº 977 de 3 de dezembro de 1965 (Diário Oficial da União, 1965, p. 11), que a definiu como: “campo específico de conhecimento que constituirá o objeto de estudos escolhido pelo candidato, e por domínio conexo, qualquer matéria não pertencente àquele campo, mas considerada conveniente e necessária para completar sua formação”.

Entretanto, o uso da expressão linha de pesquisa pode ser considerado impreciso, desde o I Plano Nacional de Pós-Graduação, elaborado no Governo do General Ernesto Geisel, uma vez que (Menandro, 2003, p.179):

“No I PNPG fala-se em linhas de projetos de pesquisa, em linhas de trabalho e pesquisa, e em linhas de trabalho científico. Em outro ponto há menção a linhas curriculares e projetos de pesquisa. Mesmo falando de algo cuja definição não é detalhada, aparecem detalhes como estruturas das linhas de pesquisa, além de linhas de pesquisa de mais longo prazo”.

As imprecisões no uso das expressões área de concentração e linhas de pesquisa, em termos práticos, causam impacto direto nos Programas de Pós-Graduação, pois a CAPES exige a coerência entre área de concentração, linhas e projetos de pesquisa (Menandro, 2003). Ademais, na segunda metade da década de 1980, o uso da expressão linha de pesquisa foi impulsionado pelo reconhecimento de que as pesquisas precisam ser articuladas institucionalmente e de forma coletiva, a fim de promover o aprimoramento das pesquisas no interior das universidades (Borges-Andrade, 2003).

Em outra direção, Fensterseifer (2003) menciona que a visão processual pode considerar a:

“consistência interna de uma Área de Concentração e, conseqüentemente, de uma proposta de Programa [...]. A [densidade], nesta visão, consiste justamente na **coerência vertical** de cada área de concentração, nas suas vertentes ensino e pesquisa e na **coerência horizontal** entre Estrutura Curricular [disciplinas, seminários, entre outros] e Linhas de Pesquisa [projetos de pesquisa].”

Na Enfermagem há diversos estudos que parecem evidenciar preocupação na correlação entre as linhas de pesquisa e as tendências temáticas da produção científica, com vistas ao amadurecimento da Área:

1. produção de conhecimento dos grupos de pesquisa em tecnologia da informação e comunicação (Barbosa, Dal Sasso, Berns, 2009), enfermagem na saúde da criança e do adolescente (Christofell et al., 2011), história da enfermagem (Padilha et al., 2012) e educação em enfermagem (Schveitzer et al., 2012);
2. variação temática das dissertações e teses (Prado, Gelbcke, 2001; Gutiérrez et al., 2002; Erdmann et al., 2005), dissertações de um curso de mestrado acadêmico (Enders, 1993; Machado, Barreira, Martins, 2011; Hammerschmidt et al., 2011; Silveira *et al*, 2013), de cursos de mestrado profissional (Munari et al., 2014);
3. dissertações e teses com uso da representação social (Marques, Tyrrel, Oliveira, 2006), sobre o gerenciamento em enfermagem (Erdmann et al., 2011), sobre a enfermagem na saúde do adulto (Pimenta, Cruz, Padilha, 2004; Turrini et al., 2005), sobre a enfermagem psiquiátrica (Barros et al., 2005), arqueologia e genealogia (Azevedo, Ramos, 2003), processo de trabalho em enfermagem (Ramos, Gelbcke, 2009), enfermagem em saúde coletiva (Egry et al., 2005) e sobre trabalhos de conclusão de curso (Saupe, Wendhausen, Machado, 2004);
4. dissertações, teses de doutorado e de livre docência sobre gerenciamento em enfermagem (Kurcgant, Ciampone, 2005);
5. aderência das linhas de pesquisa em Enfermagem às instituições de fomento (Barreira, 1993; Leite et al., 2001);

6. constituição filosófica e epistemológica do conhecimento científico e das linhas de pesquisa em Enfermagem (Carvalho, 2015);
7. trajetória histórica de utilização das linhas de pesquisa nas pesquisas em Enfermagem (Fonseca, Oliveira, 2013).

Entretanto, os estudos acima fazem pouca menção à problematização pormenorizada da estrutura curricular dos cursos que, segundo Fensterseifer (2003), influencia mutuamente a maturidade dos próprios cursos e das linhas de pesquisa. Ademais, o presente estudo observou que muitas iniciativas de correlação das linhas às tendências temáticas da Enfermagem, aglutinam as linhas, disciplinas e teses de forma isolada aos campos profissional, assistencial e organizacional sem a consequente explicitação temática dos seus saberes nucleares interdependentes.

Em recente estudo sobre a trajetória histórica das linhas de pesquisa em Enfermagem (Fonseca, Oliveira, 2013), os autores afirmam que há, empiricamente, grande heterogeneidade de linhas e áreas de pesquisa, com conteúdos pouco claros e, algumas vezes, conflitantes com suas próprias pesquisas.

Por outro lado, a discussão em torno das linhas de pesquisa é preocupação constante de todas as edições do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem desde 1979 (Fonseca, Oliveira, 2013). A análise do evento, no período 1979-2011, ressalta a necessidade de rediscussão sobre linhas de pesquisa, por meio da atuação política dos pesquisadores na construção, difusão e avaliação do conhecimento em Enfermagem (Fonseca, Oliveira, 2013).

Assim, o 18º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, realizado em 2015, na cidade de Fortaleza/CE, indica, como recomendações à melhoria da visibilidade social da Área conforme Vale e Silva (2015, p.571, grifo nosso):

*“a [realização] de pesquisas mais aderentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença, perfil epidemiológico da população e necessidade de saúde, além de temas emergentes, como violência, diversidade, vulnerabilidades e riscos sociais, contribuindo efetivamente para a melhoria da vida e saúde das pessoas; **eleição de temáticas de forma coletiva, em grupos ou programas de pós-graduação, incluindo pesquisadores das instituições de ensino, enfermeiros assistenciais, gestores de unidades de saúde e representações da sociedade, de modo a aproximar as investigações das necessidades de produção do conhecimento para***

resolução de problemas; estímulo à multidisciplinaridade nas pesquisas, evidenciando a participação da Enfermagem no ensino, pesquisa e extensão.”

Tendo isso em vista, é indispensável a problematização dos elementos essenciais de uma linha de pesquisa (objetivo, delimitação da finalidade, orientação teórica e atividades de trabalho), que deve agregar a produção científica do pesquisador e ter vinculação institucional e não individual (Borges Andrade, 2003).

Assim, no intuito de contribuir à problematização da estrutura curricular dos cursos de pós-graduação com sua consequente interdependência em relação às linhas de pesquisa pode ser necessário o desenvolvimento de estudos acerca da formação empreendida na educação de pós-graduação por meio das experiências dos sujeitos que estão envolvidos neste processo (alunos, professores e profissionais de apoio acadêmico), conforme experiências já produzidas pela Enfermagem em âmbito internacional (Miki *et al*, 2012; Arimoto *et al*, 2012; Nagata *et al*, 2012; Kim *et al*, 2006).

No que se refere à Saúde Coletiva, desde a sua institucionalização em 1993, como área de conhecimento da grande área Ciências da Saúde, é compreendida pelos seus pesquisadores como um campo interdisciplinar de conhecimentos, no qual diferentes disciplinas se articulam por meio de um objeto de estudo comum, que é o processo saúde doença na sua dimensão coletiva ou populacional (CAPES, 2013).

Ademais, o processo de constituição da Área estabeleceu três espaços disciplinares (as ciências sociais e humanas em saúde, a política e planejamento em saúde e a epidemiologia) que enfatizam, principalmente, a defesa do projeto político do direito universal à saúde (Nunes, 2006; Baptista, 2015).

A reflexão sobre a Saúde Coletiva, desde a década de 1970, agregou saberes sobre a formação nos cursos de medicina em articulação com os serviços, profissionais de saúde e movimentos populares, numa discussão que privilegiou o esboço de um projeto político social de interesse à saúde e à vida (Baptista, 2015).

Assim, em consonância à contribuição científica da Enfermagem, nota-se que a integridade na produção e disseminação da pesquisa incita, cada vez mais, ao esclarecimento dos respectivos papéis dos atores que estão envolvidos neste processo – instituições de

fomento, instituições de pesquisa, universidades, grupos de pesquisa, pesquisadores, autores, pareceristas e editores (Barbosa, Egry, Cabral, 2015).

E, as principais questões que parecem pertinentes ao objeto de estudo da presente pesquisa referem-se à: interdependência das linhas de pesquisa em relação à estrutura acadêmica dos cursos para o desenvolvimento da prática científica dos doutorandos pesquisadores; explicitação dos saberes que são oferecidos no interior das disciplinas dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem aos alunos dos cursos de Doutorado; e, conseqüentemente, o aprofundamento na realização de estudos auto-avaliativos nacionais, especialmente aqueles que são obtidos de forma complementar aos dados secundários da CAPES acerca do processo de formação na educação de pós-graduação senso estrito em Enfermagem.

Finalmente, no intuito de avançar na problematização sobre a prática científica desenvolvida no interior dos cursos de Doutorado em Enfermagem, a Enfermagem será analisada, no que concerne aos temas das teses afins à Saúde Coletiva, especificamente em relação ao período 2011-2012.

5.2 A PRODUÇÃO EM ENFERMAGEM ORIENTADA À SAÚDE COLETIVA?

É importante enfatizar que o presente estudo não buscou avaliar o mérito das teses analisadas. O foco, portanto, era identificar as tendências temáticas e metodológicas afins à Saúde Coletiva, e analisar em que medida vem contribuindo para a constituição do campo da Saúde Coletiva. A discussão que se apresenta a seguir segue a relevância dos temas encontrados na análise do material empírico e, neste sentido de antemão alerta-se que pode ocorrer repetição na convergência às subagendas da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde no Brasil.

5.2.1 As práticas em saúde

O tema *As práticas em saúde* foi o mais encontrado na análise das teses. Tais achados dizem respeito à prática cotidiana do enfermeiro, associada ou não às práticas dos demais atores, como médicos, gerentes dos serviços de saúde, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e residentes multiprofissionais.

Merece destaque que o tema pode, conforme Mandú et al. (2011), estar contribuindo à compreensão de como a área da Enfermagem se insere no campo da saúde, executa cotidianamente seu trabalho e dá significado para a própria profissão.

O reconhecimento do trabalho da enfermagem perpassa o questionamento do que somos, do que fazemos e para onde vamos enquanto prática social (Mandú et al., 2011). E, aos pesquisadores da área Enfermagem, acrescenta-se: O que faço? Como faço? Por que faço? Para quem faço?

Nesse sentido, parece evidenciar-se, nos estudos, preocupação na elucidação de assuntos que possam contribuir à explicitação das ações do enfermeiro na atenção primária em saúde. Tal medida contempla a análise acerca do objeto de trabalho, que está delimitado pelas representações de um agente – neste exemplo, o enfermeiro, que antevê, num fragmento da realidade objetiva, certo resultado a ser alcançado por meio de um processo de trabalho que é elaborado subjetivamente a partir da prévia ideação (Mendes Gonçalves, 1994).

A falta de consenso acerca das funções assistenciais específicas dos enfermeiros nas instituições de saúde e o amplo campo de ação que pode ser desenvolvido na prática da atenção primária em saúde, no Brasil, especialmente, na Estratégia Saúde da Família, afeta tanto a coerência interna das condutas quanto fragiliza a reconstrução e reorientação dos perfis profissionais que compõem a equipe de enfermagem (Nájera, Agudelo, 2009).

Talvez, por isso, no interior de serviços que tem o modelo assistencial Estratégia Saúde da Família prevaleceu a maioria dos estudos acerca do tema, corroborando a iniciativa do governo federal de promover a reorganização das práticas na atenção primária em saúde.

Também há que se ter em conta que, quando se faz um paralelo entre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil com os estudos que são nucleares da prática cotidiana do enfermeiro pode ser notada a tentativa de correlação nas subagendas:

Gestão do trabalho e educação em saúde (Brasil, 2011, p.55)–[...] formas de gestão do trabalho, do conhecimento e de tecnologias, do ponto de vista organizacional e institucional;

Saúde do idoso (Brasil, 2011, p.19)- [...] identificação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; estudos sobre o impacto do envelhecimento populacional no sistema de saúde;

Saúde da criança e do adolescente (Brasil, 2011, p.21) [...]:

a) *adolescência: determinantes, repercussões e riscos da maternidade e paternidade na adolescência; estudos sobre as circunstâncias da primeira gravidez [...];*

b) *infância: impacto do relacionamento familiar e das redes sociais de apoio no desenvolvimento e manejo dos problemas de saúde;*

Saúde da mulher (Brasil, 2011, p.24)–[...] contracepção e concepção: métodos contraceptivos.

Assim, estão exemplarmente na subagenda **Gestão do trabalho e educação em saúde**, sete estudos sobre:

- processo de trabalho do enfermeiro por meio da validação de desempenho (que não tinha informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 127);
- processo de trabalho do enfermeiro na assistência e gerência (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 272);
- processo de trabalho do enfermeiro no ensino superior; governabilidade do enfermeiro na tomada de decisão (cujas análises foram orientadas pelo materialismo histórico e dialético - ID 193 e ID67);
- diagnósticos e intervenções do enfermeiro na consulta de enfermagem (por meio da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – ID 135);
- percepção do enfermeiro sobre educação em saúde (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID58); e,

- percepção do enfermeiro sobre o controle da tuberculose (com uso da teoria das representações sociais - ID52).

Tais estudos com foco na prática específica do enfermeiro e que estão exemplarmente na subagenda **Gestão do trabalho e educação em saúde** aparentam privilegiar a captação e revisão das habilidades profissionais na construção de uma identidade em que mudanças tecnológicas se processam de forma acelerada no trabalho em saúde, de forma assimétrica e em diferentes tempos e espaços (Brasil, 2011).

Deste modo, a reflexão sobre a dimensão prática das ações desempenhadas pelos enfermeiros pode representar, conforme Almeida e Rocha (1986), uma aparente elaboração intelectual do que é domínio da Enfermagem, com o objetivo de promover a formalização do conhecimento específico da área e a operacionalização dos seus saberes nucleares para a prática do cuidado em saúde.

Tal preocupação, evidenciada na análise do material empírico do presente estudo, sobre os componentes da prática social em saúde, especialmente, quais são as ações específicas do trabalho realizado pelo enfermeiro, permite supor que há um esforço analítico na explicitação do papel esperado frente às necessidades e problemas de saúde da população.

Por sua vez, ainda buscando identificar a correspondência dos temas relativos à prática específica do enfermeiro em relação às prioridades das pesquisas contidas na Agenda Nacional, verificou-se que convergem à subagenda **Saúde do idoso**, três estudos sobre:

- as ações do enfermeiro na saúde dos idosos (por meio do referencial da fenomenologia social de Schütz - ID 352 e, outro, sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID73); e,
- o processo de trabalho do enfermeiro com idosos (também sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID72).

Já em relação à subagenda **saúde da criança e do adolescente** identificou-se dois estudos sobre:

- atuação do enfermeiro na defesa dos direitos à saúde da criança (à luz da hermenêutica de Gadamer - ID 280) e,

- no risco de gravidez na adolescência (por meio da teoria das representações sociais - ID15).

Na subagenda **saúde da mulher**, identificou-se um estudo sobre a atuação do enfermeiro na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID59).

Nota-se que a priorização dos estudos acerca da prática específica dos enfermeiros nas subagendas mencionadas acima parece responder à busca de caracterização das possibilidades clínicas de atuação nos diferentes ciclos de vida, relacionando-as aos perfis de morbidade mais frequentes nos serviços. Em outras palavras, a elucidação das representações, acerca dos elementos que compõem seu objeto de trabalho, associada às condições “concretas” do exercício profissional pode, corroborando os achados de Mota e Schraiber (2014), contribuir para a ampliação dos saberes acerca de sua prática social – neste caso dos enfermeiros, e permitir o aprimoramento da complexidade técnico-social de suas atribuições.

Continuando este raciocínio, a explicitação das características de atuação dos profissionais durante o processo de trabalho em saúde pode potencializar o papel estratégico das práticas e o desenvolvimento epistemológico entre a clínica e a epidemiologia (Ayres, 1996). E, nesta ocorrência, o conceito ou a teoria acompanharão a prática, uma vez que é a prática que deve clamar pelos conceitos, e não o contrário, avaliarmos que a teoria precisa ir até a prática para dominá-la e normatizá-la (Ayres, 1996).

A análise das atividades realizadas em conjunto com as práticas dos médicos, gerentes dos serviços de saúde, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e residentes multiprofissionais – conforme achados do presente estudo, pode potencializar a construção de ações verdadeiramente em equipe, uma vez que é explicitado o papel profissional desempenhado pelos diferentes membros e como se dá a ligação entre eles para o cuidado em saúde (Saar, Trevizan, 2007).

Desta maneira, as teses em Enfermagem categorizadas no tema *As práticas em saúde*, que foram produzidas na articulação entre a prática do enfermeiro com a prática dos atores acima referidos pode, corresponder à priorização induzida pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011), ao contemplar esforços nas seguintes subagendas:

Gestão do trabalho e educação em saúde (Brasil, 2011, p.55) – [...] formas de gestão do trabalho, do conhecimento e de tecnologias, do ponto de vista organizacional e institucional; [...] produção e valorização do conhecimento popular; estudos sobre os processos de gestão do trabalho e educação profissional para as áreas de saúde mental, saúde do idoso, violência, acidentes e traumas e hanseníase;

Saúde do idoso (Brasil, 2011, p.19) - [...] avaliação dos programas e estratégias de orientação às famílias e aos cuidadores responsáveis por idosos dependentes; [...] desenvolvimento de indicadores para acompanhamento do envelhecimento e de prevalência das DST/aids;

Saúde bucal (Brasil, 2011, p.41) – [...] desenvolvimento de estratégias para promoção de saúde bucal, incluindo ações interdisciplinares, com base nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Promoção da saúde (Brasil, 2011, p.42) – [...] avaliação de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos em programas de saúde;

Doenças não-transmissíveis (Brasil, 2011, p.16) – [...] desenvolvimento de métodos de promoção da saúde e métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces.

Assim sendo, os estudos sobre a prática do enfermeiro e sua articulação com os demais integrantes da equipe multiprofissional, compõem a subagenda **Gestão do trabalho e educação em saúde**, evidenciada nos cinco estudos sobre:

- atuação multiprofissional e o exercício da integralidade (por meio do construcionismo social - ID122);
- ações da equipe multiprofissional e o processo decisório (com base na teoria do pensamento complexo de Morin (ID60);
- atuação da equipe multiprofissional e carga de trabalho em saúde (por meio do materialismo histórico e dialético - ID78);
- ações da equipe multiprofissional em saúde mental (também sob a ótica do materialismo histórico e dialético - ID 136); e,
- ações da equipe multiprofissional para conservação de vacinas (sem informação sobre o marco teórico-conceitual adotado - ID 233).

Isto parece colocar em evidência a busca do compartilhamento de inquietações e oportunidades coletivas de construção das experiências em saúde por meio de esforços cooperativos, pela soma, e não por ações isoladas, na produção de superações frente aos problemas de saúde (Ciampone, Peduzzi, 2000).

No intuito de alcançar a resolutividade das ações em saúde e a articulação dos níveis assistenciais do SUS, nota-se, por meio do material empírico analisado no presente estudo, a preocupação com o cuidado corresponsável e protagonista da equipe multiprofissional que pressupõe vínculos interpessoais, contratuais e autonomia no desenvolvimento do processo de trabalho (Costa et al., 2014).

Por sua vez, na subagenda **Saúde do idoso**, identificou-se dois estudos sobre:

- ações da equipe multiprofissional no cuidado de idosos em situação de final de vida (por meio do interacionismo simbólico - ID 148); e,
- ações da equipe multiprofissional em HIV/AIDS em idosos (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 337).

Os temas relacionados acima parecem corresponder ao aumento gradativo do número de idosos atendidos no sistema de saúde e à demanda crescente por cuidados institucionais. Tais preocupações, justificadas pelo envelhecimento populacional, exigem o envolvimento das equipes multiprofissionais de referência e contra - referência em todos os níveis do sistema de saúde para o delineamento de ações coletivas de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação de agravos (Ferreira et al., 2014).

Dados do IBGE (2015) confirmam, na sua série histórica sobre as características gerais da população brasileira, crescimento percentual da população dos idosos de 60 a 69 anos que passou de 4,4% em 1991, para 4,8% em 2000 e chegou a 5,9% em 2010. E, no diz respeito aos idosos com 70 anos ou mais, houve aumento de 2,9% em 1991, para 3,7% em 2000 e alcançando 4,8% em 2010.

Em correspondência à subagenda **Saúde bucal**, constatou-se um estudo sobre o trabalho em equipe na saúde bucal (por meio da socioanálise de Lapassade e Loureau - (ID 256).

Já em relação à subagenda **Promoção da saúde** identificou-se um estudo sobre as ações da equipe multiprofissional na saúde do escolar (por meio da teoria da ação comunicativa de Habermas - ID 346).

Quanto à subagenda **Doenças não-transmissíveis**, identificou-se um estudo sobre a atuação da equipe multiprofissional no cuidado em Diabetes Mellitus (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID37).

A presença de estudos sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado (que correspondem a 39,1% do total de estudos em relação a esse tema) pode colocar em destaque, conforme VÍCTORA (2011, p.107) “a falta de reflexão sobre a relação método-técnica e sobre a relação sujeito pesquisador-realidade pesquisada [que pode estar] produzindo [...] uma despolitização do processo de pesquisa”.

Ao mesmo tempo, a explicitação do marco teórico-conceitual utilizado, presente nos demais estudos analisados, favorece, conforme MINAYO (2008), a compreensão política do fenômeno da saúde e a articulação das práticas em saúde voltadas às necessidades concretas da população e que transcendem ao âmbito estritamente biológico das ações. Deste modo, o posicionamento dos autores das teses, acerca da influência dos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais sobre a saúde potencializa segundo MINAYO (2008) a inflexão da hegemonia da racionalidade médica na formalização teórica das ciências da saúde.

Em relação ao tema *As práticas em saúde* foi marcante o predomínio das entrevistas individuais semi-estruturadas (14 citações) para a coleta dos dados.

Há que se apontar, conforme DESLANDES e IRIART (2012, p.2384), em estudo sobre os usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, que o uso indiscriminado das entrevistas individuais pode indicar uma “monotonia dos recursos empregados em face das inúmeras possibilidades de constituição de acervos [na] análise sociocultural”.

Em síntese, o tema *As práticas em saúde*, que emergiu com maior força na amostra das teses de Enfermagem analisadas, pode, direta ou indiretamente, aproximar-se de um dos campos que é base da Saúde Coletiva: as Ciências Sociais. Ademais, parece ser um esforço na operacionalização de respostas efetivas que podem causar impacto na saúde da população e

que estão para além do predomínio das explicações biológicas e particulares das profissões sobre o processo de adoecimento dos indivíduos.

5.2.2 A avaliação das políticas e serviços de saúde

O segundo tema com maior destaque na amostra de teses em Enfermagem analisadas, foi o de *Avaliação das políticas e serviços de saúde*. Tal resultado encontrado pode representar a avaliação das políticas e dos modelos assistenciais dos serviços de saúde, conforme Paim (2013), mais adequados à solução dos problemas ocasionados por diferentes perfis epidemiológicos e o atendimento integral das necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios.

As políticas públicas e os modelos assistenciais dos serviços de saúde podem ser estruturados em função dos problemas de saúde de uma certa população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas e explicitadas por meio das relações entre agentes e sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) e com mediação das tecnologias (materiais e não-materiais) que são utilizadas no processo de trabalho em saúde para aprimorar os perfis epidemiológicos (Paim, 2013).

Quando se verifica a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011), cotejada com os estudos acerca do tema *Avaliação das políticas e serviços de saúde*, pode ser notada a tentativa de correlação nas subagendas:

Saúde dos povos indígenas (Brasil, 2011, p.10) –[...] avaliação dos serviços de saúde na perspectiva do usuário indígena, os itinerários terapêuticos, a (des)territorialização da população indígena e suas implicações no acesso aos serviços;

Sistemas e políticas de saúde (Brasil, 2011, p.57) –[...] estudos sobre organização básica do sistema, integralidade, descentralização, regionalização, intersetorialidade, cobertura, acesso e continuidade, qualidade e efetividade; [...] estudos de avaliação sobre a qualidade e humanização no atendimento, resolutividade dos níveis hierárquicos do SUS, acesso aos serviços de saúde e às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação;

Saúde dos portadores de necessidades especiais (Brasil, 2011, p.28) – [...] acessibilidade aos serviços de saúde;

Saúde mental (Brasil, 2011, p.11) –[...] cultura e sociedade: preconceito, estigma, cidadania e direitos de pessoas com transtorno mental;

Gestão do trabalho e educação em saúde (Brasil, 2011, p.55) –[...] constituição e desempenho dos novos arranjos institucionais relacionados às iniciativas de educação permanente, com destaque para os pólos de educação permanente.

Isto porque, um estudo sobre as ações de controle da tuberculose e o itinerário terapêutico indígena (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID46) é exemplar na subagenda **Saúde dos povos indígenas**.

Por sua vez, na subagenda **Sistemas e políticas de saúde**, identificou-se 10 estudos sobre:

- estratégias de descentralização e regionalização (por meio da análise estratégica de Matus e Testa - ID 187);
- internações por condições sensíveis à APS e crianças com problemas respiratórios (com base na hermenêutica em saúde, vulnerabilidade e cuidado - ID 134);
- internações por condições sensíveis à APS e perfil epidemiológico de hospitalização (com base nos conceitos de acesso, processo de trabalho e determinantes sociais da APS - ID 144);
- ações de controle da tuberculose e atuação na busca ativa de casos (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 137 e ID143);
- efetividade do serviço no diagnóstico de tuberculose (por meio do modelo avaliativo de Starfield - ID 163; ID251; ID278);
- características da vulnerabilidade programática em DST/Aids (com base nos conceitos de vulnerabilidade e integralidade - ID 179); e,
- demandas de cuidado não atendidas (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID39).

A correspondência dos assuntos de pesquisa das teses às subagendas mencionadas acima parece reforçar o debate sobre a interpretação das especificidades do perfil epidemiológico de grupos populacionais, no intuito de universalizar as informações para

potencializar o planejamento da intervenção em saúde (Fonseca, 1994). Neste sentido, a escolha por pesquisar tuberculose num povo indígena, contribui, por exemplo, para o adensamento do sistema de informação, análise do perfil epidemiológico e avaliação das políticas de saúde (Santos, Coimbra Jr, 2003).

Por sua vez, a transição demográfica brasileira e a modificação nos perfis epidemiológicos estão demandando a vinculação do trabalho contínuo das equipes de saúde às pessoas adscritas no território da atenção primária, aos serviços de urgência, emergência e cuidados intensivos, relacionados à atenção de média e alta complexidade (Paim, 2006).

Por outro lado, a superação do sistema de atenção, que é fragmentado e, conforme Mendes (2013, p.27), “opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas”, exige estruturação do sistema por meio de redes que deverão ser coordenadas pela atenção primária em saúde, conforme pode ser observado nos estudos relacionados à subagenda **Sistemas e políticas de saúde**.

Aparentemente em correspondência ao que já foi mencionado acima, verificou-se um estudo sobre acessibilidade da pessoa com deficiência física (com base na hermenêutica dialética - ID69), na subagenda **Saúde dos portadores de necessidades especiais**; um estudo sobre matriciamento em planejamento familiar às mulheres com transtorno mental (com uso da concepção Paidéia - ID14) na subagenda **Saúde mental**; e um estudo sobre as estratégias de integração ensino-serviço para educação permanente (com uso dos círculos de investigação de Freire - ID68) na subagenda **Gestão do trabalho e educação em saúde**.

Vale ressaltar a presença de marco teórico-conceitual em 14 estudos (71,4%) com utilização majoritária de testes estatísticos (sete citações), *softwares* (seis citações) e da análise de conteúdo (quatro citações). Vale destacar que a utilização de *softwares* na análise de dados qualitativos permite a redução do tempo necessário para a sistematização dos achados, mas conforme Knauth e Leal (2014), continua sendo essencial a presença de um pesquisador, com referencial teórico e hipóteses, refletindo sobre o significado dos resultados encontrados.

Em resumo, as teses em Enfermagem categorizadas no tema *A avaliação das políticas e serviços de saúde* parecem contribuir analiticamente às políticas de saúde por meio de duas vertentes, segundo Cohn (2006, p.232):

“uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde [...] e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas [...] sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e à satisfação de suas necessidades básicas de saúde. [...] São estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas, qual seja, a de ela se configurar efetivamente como um direito de todos e um dever do Estado, tal como reza a Constituição brasileira de 1988.”

5.2.3 As tecnologias em saúde

O terceiro tema mais encontrado entre as teses de Enfermagem analisadas foi o referente às *Tecnologias em saúde* que, aparentemente, tem como força motriz, a identificação das possibilidades de provocar mudanças e avanços no fazer em saúde. Tais tecnologias, materiais ou imateriais, intercessoras no relacionamento entre o trabalhador e o usuário, durante o desenvolvimento do processo de trabalho, aparentam revelar grande potência na modificação de processos e hábitos, pois podem valorizar a escuta, a conversa e a interação do profissional com o usuário (Abrahão, 2007).

Em outras palavras, segundo Mendes Gonçalves (1994, p.268):

“a tecnologia do processo de trabalho” [torna-se] “uma tecnologia no processo de trabalho, contrariando todas as pretensões assumidas”. [Uma vez que] “o processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro”.

Há que se ter em mente que as inovações tecnológicas na prática comunicativa, empreendida pelos trabalhadores de saúde no exercício da clínica podem, conforme Munari et al. (2014), enriquecer a produção científica dos cursos de mestrado profissional da Enfermagem e produzir impacto na proteção e promoção da saúde, contribuindo para a consolidação do SUS.

Mais uma vez, quando se faz um paralelo entre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011) e os estudos acerca do tema *As tecnologias em saúde*, pode ser notada a tentativa de articulação com as subagendas:

***Promoção da saúde** (Brasil, 2011, p.42) –[...] influências do processo de reprodução social como fator de risco para saúde; avaliação de desenvolvimento de tecnologias usadas nas práticas de educação e saúde;*

***Doenças transmissíveis** (Brasil, 2011, p.50) –[...] impacto de tecnologias e políticas de prevenção, vigilância e controle; estudo sobre as causas de abandono do tratamento de hanseníase, tuberculose, febre reumática e paracoccidiodomicose e desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento destas patologias;*

***Alimentação e nutrição** (Brasil, 2011, p.29) –[...] amamentação: tipologias, duração e fatores condicionantes, ideologias e condutas relacionadas com a amamentação e alimentação da criança, avaliação das atividades de promoção nos serviços de saúde.*

De fato, estão contidos na subagenda **Promoção da saúde** nove estudos sobre:

- a compreensão das condições de trabalho e consumo: criação de índice de reprodução social (por meio do conceito de reprodução social - ID 160);
- a prevenção do câncer de colo do útero: criação de vídeo educativo (com base no conceito de educação em saúde de Abruzzese - ID8); e, manual educativo (com base nos círculos de investigação de Freire - ID 216);
- a prevenção do câncer de mama: criação de manual educativo (sem informação sobre o marco teórico-conceitual - ID 303);
- o acompanhamento de pré-natal, que resultou na criação de cartilha educativa (sem informação sobre o marco teórico-conceitual - ID 328);
- a adesão ao uso de preservativo entre mulheres soropositivas: criação de roteiro para avaliação de fatores de impacto (sem informação sobre o marco teórico-conceitual - ID 154);
- a captação da vulnerabilidade de mulheres: criação de marcadores às DST/AIDS – ID 185, e captação da vulnerabilidade de famílias: criação de índice de incapacidades e dependência - ID 349 (ambos com base no conceito de vulnerabilidade);
- a prevenção ao HIV/AIDS em mulheres: criação de jogo educativo (com base na teoria social cognitiva - ID 157).

As tecnologias mencionadas, em articulação com a escuta e a consequente ampliação da clínica, associada ao desenvolvimento de estratégias de adscrição, pode potencializar o

aperfeiçoamento dos vínculos entre trabalhadores e usuários, o que pode fortalecer a mobilização comunitária para fazer frente aos problemas que interferem na qualidade de vida da população (Carvalho, 2007).

A inovação tecnológica pode ser vista como um objeto técnico, material ou imaterial, que atua na comunicação e educação em saúde com vistas à prevenção dos agravos e apoia a operacionalização dos cuidados primários em saúde por meio da mediação social e dos processos coletivos de produção da subjetividade (Teixeira, 2001).

Entretanto, é bem verdade que é necessária a reformulação dos saberes instrumentais, materiais e imateriais, utilizados cotidianamente, no intuito de fortalecer uma práxis que pode agregar coletivamente tanto os trabalhadores quanto os usuários, como co-produtores dialógicos da prática em saúde (Pereira, Soares, Campos, 2007).

Nessa linha de raciocínio, a clínica ampliada pode ser um *locus* importante na utilização das tecnologias criadas ou propostas pelos autores das teses apresentadas, não deixando de lado a consideração de que os usuários são sujeitos que precisam participar ativamente do planejamento e da operacionalização do projeto terapêutico (Brasil, 2007).

Parece corroborar essa direção, dois estudos que versaram: sobre o controle da coinfeção HIV/AIDS e tuberculose: com proposta de roteiro para a consulta de enfermagem (com base no processo de enfermagem de Orem - ID11), e sobre a adesão ao tratamento da tuberculose: com proposta de marcadores de vulnerabilidade à assistência na APS (com base na determinação social do processo saúde-doença - ID 301), contemplam a subagenda **Doenças transmissíveis**.

Ao analisarmos as tecnologias propostas, em relação à sua utilização concreta, é preciso reafirmar a necessidade de que os profissionais de saúde entendam a legitimidade da autonomia dos usuários durante o cuidado em saúde. Tal perspectiva implica na maior capacidade dos agentes (profissionais de saúde) e sujeitos (usuários dos serviços de saúde) compreenderem e agirem por si mesmos e sobre o contexto, conforme os objetivos pactuados na interação entre profissional e usuário. Os objetos materiais e/ou imateriais utilizados devem apoiar e orientar a proposta terapêutica que segundo Campos e Campos (2006) dependerá tanto dos próprios agentes e sujeitos quanto das políticas públicas, dos valores institucionais e da cultura em que estão imersos.

Continuando a discussão a respeito desse tema, analisou-se um estudo que resultou em tecnologia para o incentivo da amamentação: com a produção de álbum seriado (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID10), que faz correspondência à subagenda **Alimentação e nutrição**. Ora, o desenvolvimento de tecnologias acerca dos fenômenos claramente vinculados ao contexto feminino parece refletir, em parte, que a maior população atendida, principalmente na atenção primária, são as mulheres, correspondendo aparentemente à delimitação das necessidades de saúde mais conhecidas pelos profissionais e ao perfil demográfico mais presente no País. Também pode-se acrescentar um outro aspecto e que se refere à peculiaridade da Enfermagem, por ser uma área de atuação majoritária de mulheres. Até que ponto isto agregaria demandas para responder às necessidades femininas de cuidado?

Por outro lado, vale ressaltar que encontrou-se em relação ao tema *As tecnologias em saúde*, a declaração de marco teórico-conceitual em 66,7% dos estudos, a utilização majoritária de entrevistas individuais estruturadas (17 citações), mas também o emprego de testes estatísticos (11 citações) e a aplicação da técnica Delphi (9 citações). Tais métodos parecem, conforme Bosi (2012, p.578) evocar a ontologia do objeto, visto que:

“a natureza do objeto condena [o] método. [Uma vez que] não há alternativa: se a aferição do nível glicêmico não pode ser realizada mediante o emprego de grupos focais e ninguém ousaria fazê-lo reivindicando legitimidade científica, como a compreensão de processos subjetivos poderá ser empreendida cientificamente mediante instrumentos voltados a mensurar afetos e simbolizações submetendo este material a testes estatísticos?”

A afirmação acima, segundo o mesmo autor, tende a adequar método-objeto para servir “como resposta às disputas relativas à superioridade dos enfoques, qualitativo ou quantitativo. [Visto que] quem protagoniza o enfoque qualitativo não são os mesmos atores que alavancam o modelo biomédico ou epidemiológico descritivo” (Bosi, 2012, p.578).

Em síntese, as teses em Enfermagem analisadas e classificadas no tema *As tecnologias em saúde* parecem contribuir na produção de tecnologias materiais e imateriais, que podem promover avanços e mudanças na relação objetiva e subjetiva entre profissionais e usuários, com vistas à melhoria da atenção à saúde. Mesmo assim, é necessário lembrar que, conforme Ayres (2007, p.53):

“qualquer ação de saúde não deve ser [...] produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A [prática] deve se produzir no encontro entre os sujeitos [...] que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos [...] e o objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles [como, por exemplo, as tecnologias criadas pelos autores do material empírico analisado neste presente estudo]”.

5.2.4 Os sentidos e representações vividos pelos usuários

O quarto tema mais encontrado entre as teses de Enfermagem analisadas, foi o relativo aos *Sentidos e representações vividos pelos usuários*. Primeiramente, é necessário afirmar, tomando emprestado o que Ayres (2007) advoga, que a compreensão do sentido atribuído aos saberes tecnocientíficos e práticos dos profissionais e usuários envolvidos na prevenção, superação e/ou recuperação dos processos de adoecimento potencializa o alcance do êxito técnico e sucesso prático das ações em saúde (Ayres, 2007).

O êxito técnico pode ser compreendido como a relação entre meios e finalidades para o controle dos riscos à saúde e, o sucesso prático, por sua vez, corresponde ao sentido assumido entre os meios e fins, segundo valores e atributos relativos ao adoecimento na atenção aos indivíduos e populações (Ayres, 2007).

Assim, a relação interpessoal empreendida entre profissional da saúde e usuário, ou em outras palavras, a co-produção de sujeitos históricos concretos, temporal e geograficamente localizados em prol da atuação frente às necessidades e problemas de saúde, pode trazer luz aos vieses políticos e limites práticos, estimulando condições materiais transformadoras “[das] relações de poder e, portanto, [de] projetos coletivos de saúde e de sociedade” (Ayres, 2015, p.909).

Quando se procede a um paralelo entre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011) e os estudos acerca do tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários*, pode ser notada tentativa de correlação com as subagendas:

Saúde mental (Brasil, 2011, p.12) – [...] reabilitação psicossocial, redes de apoio social, projetos terapêuticos, estratégias de prevenção e redução de danos para uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas;

Saúde da mulher (Brasil, 2011, p.24) – [...] DST/AIDS em mulheres: determinantes da prática do sexo desprotegido;

Saúde da população negra (Brasil, 2011, p.15) – [...] gravidez e obesidade na adolescência);

Alimentação e nutrição (Brasil, 2011, p.29) – [...] amamentação: tipologias, duração e fatores condicionantes, ideologias e condutas relacionadas com a amamentação e alimentação da criança, avaliação das atividades de promoção nos serviços de saúde;

Saúde da criança e do adolescente (Brasil, 2011, p.21) – [...] adolescência: impacto do relacionamento familiar e das redes sociais de apoio no desenvolvimento dos problemas de saúde; [...] determinantes da adesão a práticas sexuais seguras e inseguras e estudos comportamentais com relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) e ao início da atividade sexual precoce; [...] efeitos da exclusão racial e social sobre a saúde do adolescente; [...] infância: deficiência, violência e acidentes, com ênfase naqueles decorrentes do trabalho infantil; adolescência: estudos sobre a promoção da saúde nas escolas, no domicílio e nas comunidades;

Doenças não-transmissíveis (Brasil, 2011, p.18) – [...] avaliação de modelos de adesão ao tratamento e de redes de apoio social aos portadores de doenças transmissíveis; [...] estudos referentes à dinâmica de vida dos portadores de doenças crônicas.

Doenças transmissíveis (Brasil, 2011, p.50) – [...] estudo sobre as causas de abandono do tratamento de [...] tuberculose [...] e desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento;

Verifiquemos, pois, a correspondência entre os dados empíricos e essas subagendas. Em primeiro lugar, em relação à subagenda **Saúde Mental**, identificou-se dois estudos sobre:

- a percepção dos usuários acerca da inclusão social (com base na teoria sobre o cotidiano de Heller - ID 158); e,
- o uso problemático de álcool e outras drogas (com base na teoria dos campos de Bordieu - ID 252).

Por sua vez, em relação à subagenda **Saúde da mulher**, verificou-se um estudo sobre a percepção do relacionamento estável no contexto da AIDS (por meio do interacionismo simbólico - ID 227).

Quanto à **Saúde da população negra**, identificou-se um estudo sobre a percepção da gravidez entre adolescentes de uma comunidade quilombola (sem informação sobre o marco teórico-conceitual - ID 348).

A respeito da subagenda **Alimentação e nutrição**, verificou-se um estudo sobre amamentação na perspectiva de geração (com base na teoria das representações sociais - ID4).

Além de serem assuntos que demandam a detecção das percepções, parecem responder ao perfil epidemiológico circunscrito à região pesquisada e às necessidades e problemas de saúde prevalentes na população brasileira neste século XXI.

Por outro lado, é importante lembrar que os significados atribuídos à saúde e à enfermidade podem variar entre diferentes sociedades, mas também no interior de uma mesma sociedade, dependendo da posição socioeconômica e da cultura de quem os concebe (Coelho, Almeida Filho, 2002).

A análise compreensiva e interpretativa dos sentidos e representações vividos pelos usuários possibilita o esquadramento, conforme Minayo e Deslandes (2009, p. 1642):

“dos êxitos e das dificuldades do sistema de saúde para atender à [...] demanda [e a construção de] alternativas e possibilidades para o melhor desenvolvimento da gestão.”.

Ademais, tal interpretação pode contribuir na compreensão do (Minayo, 2006, p. 203):

“caráter de abrangência das visões dominantes numa determinada sociedade ou sobre determinado problema, mostrando que, geralmente, estão vinculadas à classe dominante, ainda que as classes se encontrem sempre em situação de aculturação recíproca; [...] a especificidade dos sistemas culturais e das subculturas; [...] os elementos microsociais de realização dos indivíduos como são a família, a vizinhança, os grupos étnicos, os grupos de lazer, dentre outros; [...] os elementos que podem condicionar visões de mundo como a participação social, política, religiosa e outros; [...] as relações que re-atualizam as estruturas e suas representações na sociedade; [...] os imponderáveis da vida social que de tão leves passam despercebidos nas análises de evidências, mas pesam nas decisões de todos nós (e) as interpretações dos diferentes atores sociais, de acordo com sua posição e seus interesses, sobre tudo o que atinge suas vidas”

Trazer ao debate a produção de discurso dos usuários acerca do sentido atribuído ao processo saúde-doença torna-se assim um convite para refletirmos sobre a própria existência e

o devir no futuro (Ayres, 1996). E, por sua vez, pode remeter aos profissionais de saúde, a revisão normativa da organização tecnológica das ações (Ayres, 2015) e do sentido atribuído ao trabalho terapêutico (Campos, 1992).

Nessa direção, são exemplos que integram a subagenda **Saúde da criança e do adolescente**, quatro estudos sobre:

- a percepção dos jovens acerca do cotidiano de saúde (com base na hermenêutica dialética - ID27);
- a percepção da juventude sobre sexualidade e cuidado em saúde (com base no conceito de vulnerabilidade - ID 333);
- a percepção de professores a respeito da sexualidade no ambiente escolar (por meio dos círculos de investigação de Freire - ID 224); e,
- a percepção de crianças e adolescentes ex-trabalhadoras infantis com relação à demandas de cuidado (por meio da teoria crítica do discurso de Fairclough - ID 266).

Por sua vez, em correspondência à subagenda **Doenças não-transmissíveis** identificou-se um estudo sobre alimentação e autocuidado em Diabetes Mellitus (que valeu-se da teoria das representações sociais - ID 169). E à subagenda **Doenças transmissíveis** verificou-se um estudo sobre o impacto do preconceito no adoecimento por tuberculose – sem informação sobre o marco teórico-conceitual – ID 277).

O tema a que se refere esta seção corrobora as iniciativas convergentes à compreensão e atuação prática quando se tem o Cuidado como horizonte (Ayres, 2004), por meio das narrativas e demandas relatadas pelos próprios sujeitos durante a expressão material das relações interpessoais ocorridas no contexto em saúde (Bosi, Uchimura, 2007).

Vale ressaltar que 81,8% das teses analisadas e que perfazem este tema em questão, explicitam o marco teórico-conceitual e utilizaram-se de entrevistas semi-estruturadas (nove citações), de forma predominante, para a coleta de dados. Ademais, a análise de conteúdo (três citações), seguida do uso de *softwares* (3 citações), da análise de discurso (duas citações) e da análise temática (2 citações) constituíram as principais técnicas analíticas adotadas. Ainda que as formas de captação e de análise de dados correspondam aos objetos estudados, há predomínio na legitimação da análise de conteúdo para a pesquisa qualitativa. E, nesse caso, VÍCTORA (2011) chama a atenção para o empobrecimento contextual das pesquisas que

utilizam a análise de conteúdo de forma recorrente, advogando tratar-se de técnica analítica que não deve ser apropriada como algo que se presta a qualquer tipo de dado ou substituir a explicitação do marco teórico-conceitual do pesquisador.

As teses em Enfermagem constitutivas do tema *Os sentidos e representações vividos pelos usuários* parecem contribuir na discussão, segundo Minayo (2006, p.226), de que:

“a vivência tanto da saúde como da doença produz efeitos no corpo e também no imaginário: ambos são reais em seus efeitos e consequências. Essa compreensão, se aceita, ajuda os responsáveis por ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção e promoção ou de planejamento a levarem em conta valores, atitudes e crenças das pessoas, e não apenas aspectos técnicos de suas intervenções. Ao ampliar suas bases conceituais incluindo a contribuição da antropologia como um dos seus elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos científicas, pelo contrário, aproximam-se com maior abrangência e profundidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.”

5.2.5 A informação em saúde

O quinto tema com maior destaque na amostra de teses analisadas foi *A informação em saúde*. Tal tema albergou a avaliação de populações específicas para o aperfeiçoamento das práticas e/ou dos sistemas de informação. Destaca-se que esse tema é essencial para a epidemiologia, uma vez que, segundo Drummond Jr. (2006, p.428):

“o trabalhador (profissional da saúde), com um projeto em mente (objetivo), vai manipular (organizar, tabular, analisar) a matéria prima (dados) utilizando ferramentas (conceitos, indicadores, técnicas e métodos) de um certo modo (modelo de organização do processo) para obtenção do produto (informação)”.

A transformação dos dados (matéria prima) em informação (produto) contribui às explicações sobre como e por que o agravo estudado apareceu e o que pode ser feito para controlá-lo (Leal, Bittencourt, 2010). Deste modo, o método epidemiológico empregado pode permitir o aprofundamento das explicações sobre as características de saúde e doença num grupo específico e servir de instrumento para o planejamento integral das ações de saúde (Fonseca, 1994).

Os estudos analisados nesse tema parecem buscar contribuir para potencializar a aproximação ao coletivo por meio da captura do que é evidente no âmbito individual.

Entretanto, é importante destacar que, na Enfermagem, o trabalho é marcado pela divisão técnica subsumida à divisão social, o que provoca uma tensão dialética, centralizando, muitas vezes, a instrumentalização da área no âmbito biológico, curativo e individual (Salum, Bertolozzi, Oliveira, 1999).

Neste caso, a representação do coletivo, por meio do objeto epidemiológico, pode corresponder a um fenômeno condicionado pela forma como a prática social – neste exemplo, da Enfermagem - delimita os processos e conteúdos científicos vinculados à saúde-doença (Breilh, 1991). Ademais, a epidemiologia pode contribuir com conhecimentos sobre a dimensão coletiva e analítica dos processos saúde-doença e de seus determinantes sociais e garantir a reprodução do trabalho em saúde, principalmente na dimensão social das atividades de promoção, prevenção e controle das doenças (Barata, 2005).

Cotejando os estudos acerca do tema *A informação em saúde* com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011), pode ser notada correspondência com as subagendas:

Saúde dos portadores de necessidades especiais (Brasil, 2011, p.27) –[...] indicadores de saúde, prevalência de deficiências e qualidade de vida dos portadores de necessidades especiais;

Saúde do idoso (Brasil, 2011, p.19) – [...] avaliação da qualidade de vida dos idosos; [...] estudos sobre o impacto do envelhecimento populacional no sistema de saúde; [...] desenvolvimento e validação de instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida dos idosos;

Segurança alimentar (Brasil, 2011, p.29) – [...] carências nutricionais por micronutrientes (ferro, vitamina A, ácido fólico, iodo e outros); [...] avaliação de políticas e programas de saúde;

Saúde da mulher (Brasil, 2011, p.24) –[...] prevalência de Chlamydia, gonorreia, HPV e câncer de colo uterino; [...] mortalidade materna e fatores de vulnerabilidade;

Saúde da criança e do adolescente (Brasil, 2011, p.21) –[...] determinantes e magnitude da morbimortalidade fetal, perinatal, neonatal e caracterização de anomalias congênitas, utilizando estudos multicêntricos; [...] estudos da qualidade,

efetividade e humanização da atenção no pré-natal e ao recém-nascido de alto risco, incluindo orientação nutricional.

Assim, em relação à subagenda **Saúde dos portadores de necessidades especiais**, identificou-se um estudo descritivo sobre o perfil das condições de saúde e distribuição espacial das pessoas com deficiência visual, auditiva e física (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID17).

Dois estudos analíticos, convergem com a subagenda **Saúde do Idoso**, conforme verifica-se a seguir. Ambos não explicitam o marco teórico-conceitual, São eles:

- perfil da qualidade de vida de uma coorte de idosos (ID 291); e,
- perfil da capacidade funcional de idosos com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus (ID53).

Um estudo analítico sobre o perfil nutricional e os determinantes da anemia entre mães e filhos (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 284) corresponde à subagenda **Segurança alimentar**.

A diversidade dos assuntos mencionados acima reflete preocupação com assuntos que coexistem, neste momento, com os agravos relativos às enfermidades transmissíveis, indicando a incorporação de novos desafios para a área da Enfermagem. Ora, tais iniciativas também podem contribuir, segundo Turci et al. (2010, p.1976) “substancialmente para a formação de profissionais que atuam ou atuarão no SUS, capacitando-os para pesquisas operacionais diretamente aplicáveis à prática profissional”.

Já em relação à subagenda **Saúde da mulher**, verificou-se:

- um estudo analítico a respeito do perfil de mortalidade feminina (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 168); e,
- dois estudos descritivos sobre: mortalidade (um não continha informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID75), e acompanhamento do tratamento de câncer de colo de útero (com uso do modelo conceitual de Polit, Beck e Hungler - ID 23).

É sobejamente conhecido que coeficientes de mortalidade, conforme analisados em alguns estudos acima, podem ser bons reveladores do estado de saúde do coletivo e potencializar o aprimoramento da qualidade dos dados disponíveis (Rouquayrol, 2006). Assim, o diagnóstico “coletivo” da saúde e a vigilância epidemiológica podem ser incorporados na atuação clínica, na gestão, na organização dos serviços, e no direcionamento das ações, em consonância ao SUS (Drummond Jr, 2006).

Finalmente, na **Saúde da criança e do adolescente**, verificou-se:

- um estudo analítico dos fatores associados aos óbitos neonatais (com base na determinação social do processo saúde-doença - ID 326); e,
- um estudo descritivo dos fatores de risco para baixo peso ao nascer (por meio do modelo analítico de Scolowitz e Santos - ID84).

Vale ressaltar que 6 estudos (66,6%) não explicitaram o marco teórico-conceitual utilizado e fizeram uso majoritariamente de entrevistas estruturadas (10 citações) entre os instrumentos escolhidos para a coleta de dados. Ademais, testes estatísticos (cinco citações), uso de *softwares* (quatro citações) e estatística descritiva (dois citações) foram citadas como as principais técnicas analíticas em uso. É importante destacar que, durante o processo de análise da presente pesquisa, verificou-se certa dificuldade para a captura pormenorizada do método epidemiológico utilizado pelos autores das teses.

Por outro lado, a ausência de marco teórico-conceitual pode ser explicada devido ao delineamento exclusivamente quantitativo e afim à epidemiologia clássica. Entretanto, cabe mencionar a dificuldade que muitos estudos tiveram na exposição, conforme Leal e Bittencourt (2010, p. 148):

“[da] definição do processo de amostragem [...], desenho do questionário [...], etapas de seleção, treinamento e supervisão dos entrevistadores, [...] codificação e digitação dos dados, [exposição das] limitações [no uso de dados secundários] do Sinasc, SIM e SIH/SUS”.

É importante destacar que a pesquisa epidemiológica baseada nas informações obtidas por meio de bancos de dados, registros individuais ou em contato direto com os usuários ou seus familiares, conforme achados do presente estudo, pode contribuir na proposição de

políticas públicas adequadas que possibilitam o aperfeiçoamento da saúde da população (Jorge, Laurenti, Di Nubila, 2010).

Por outro lado, a captação das experiências individuais ou coletivas de saúde não influencia imediatamente a realidade social e econômica. Assim, situar as variações no perfil e tendências de saúde, em associação às vulnerabilidades sociais, pode estimular a formulação, operacionalização, monitoramento e avaliação de bases de informação significativas às políticas públicas e responder ao desafio imposto à equidade na assistência em saúde (Magalhães, 2007).

5.2.6 A violência e saúde

O sexto tema mais encontrado entre as teses de Enfermagem analisadas diz respeito à *Violência e saúde*. Tal assunto vem sendo debatido pela Organização Panamericana da Saúde, desde o final da década de 1980, que reitera que são necessários planos nacionais de controle face à magnitude do problema, por meio do enfrentamento integrado entre as políticas de saúde, as práticas sociais, os diversos campos disciplinares e a sociedade civil (Canesqui, 1998).

Seja qual for o ângulo examinado (conteúdo, estrutura, tipos ou formas), a violência pode ser considerada como um fenômeno histórico que revela a dominação de classes, grupos, indivíduos, etnias, nações, gênero ou faixas etárias e expressa as contradições entre aqueles que desejam manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão (Minayo, 1998).

Portanto, a compreensão do fenômeno da violência é primordial para a construção de um sistema público que privilegie o bem-estar e a qualidade de vida (Oliveira, 2008).

Ao confrontar os assuntos das teses sobre o tema *A violência e saúde* com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011), pode ser notado o esforço de articulação com a subagenda:

Violência, acidentes e trauma (Brasil, 2011, p.27) - [...] magnitude segundo tipos de violência: doméstica, sexual, psicológica, comunitária, institucional, auto-infligida, no trabalho, no trânsito, nos diferentes grupos populacionais, étnicos e segmentos sociais; [...] determinantes, fatores e áreas de risco para ocorrência de danos relativos ao consumo de álcool e outras drogas psicoativas; [...] avaliação de

políticas, programas, projetos e demais intervenções relacionadas à prevenção da violência, acidentes e traumas, incluindo-se os do trabalho, violência familiar, suicídios, homicídios entre adolescentes e jovens, acidentes de trânsito, violência sexual, consumo de substâncias psicoativas, álcool e intoxicações; [...] estudos sobre envolvimento, sensibilização, mobilização, fortalecimento e capacitação de lideranças e organizações comunitárias nas medidas preventivas de controle de danos e riscos relacionados à violência.

Frente a isto, são exemplos de assuntos das teses e que bem integram a subagenda **Violência, acidentes e trauma**, sete estudos:

- sobre a caracterização da violência laboral (com base na psicodinâmica do trabalho - ID35);
- violência por parceiro íntimo (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 219);
- sobre a influência da família no consumo de álcool (com base no interacionismo simbólico - ID309);
- sobre ações para o enfrentamento da violência ao idoso (ID16) e às crianças e adolescentes – ID121 - (ambos com base na hermenêutica dialética);
- sobre as ações para o enfrentamento da violência às mulheres (por meio da teoria das representações sociais - ID 268); e,
- sobre ações da equipe multiprofissional frente ao comportamento suicida (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado - ID 343).

Tais iniciativas de pesquisa parecem indicar a inquietação da Enfermagem em contribuir com reflexões acerca da complexidade do tema. Mas, é importante ter em mente que, apesar de ser uma tendência a redução do pensamento em saúde à ação clínica, que ajusta os fenômenos sociais às categorias patológicas, a atuação isolada de uma prática social tende a ser, muitas vezes, ilusória, pois impossibilita explicações precisas acerca do fenômeno e dificulta o planejamento das intervenções aos grupos e populações (Oliveira, 2008).

Por isso, a percepção da violência como um foco de atuação do enfermeiro, requer a problematização numa perspectiva ampliada e dialética da realidade objetiva (e não apenas nos seus sinais clínicos), o auxílio ao cuidado às pessoas ou populações e possibilitar o aprimoramento da consciência política (Leal, Lopes, 2005; Apostólico, Hino, Egry, 2013).

É necessário lembrar que a atuação em rede implica no exercício constante da arguição e troca de informações, além da quebra na lógica hermética das práticas. Desta

maneira, pode ser incorporada no atendimento às pessoas vítimas de violência e suas famílias, a participação de variados setores sociais e realizadas ações coletivas de proteção, prevenção e promoção à saúde (Njaine et al., 2006).

Embora a violência sempre tenha estado presente na humanidade, não pode ser considerada como um elemento inevitável da condição humana e cada vez mais tem incorporado grande peso ao bem estar da população mundial (Dahlberg, Krug, 2007). Segundo os mesmos autores, desde a Resolução da WHO, em 1996, que considera a violência um importante problema de saúde pública, tornou-se prioritária a atuação coletiva global, nacional e comunitária para o estabelecimento de planos e políticas nacionais de prevenção e enfrentamento da violência.

Assim, se o tema da violência era tido antes como emergente, a partir da década de 2000 torna-se um dos eixos centrais para o debate na Saúde Coletiva, visto que está disseminada de forma heterogênea, principalmente nas regiões metropolitanas e é a terceira ou segunda causa de morte ou incapacidade precoce e de procura por serviços de urgência, emergência e reabilitação no País (Marsiglia, 2013).

Por sua vez, em relação à morbidade, já se sabe que as quedas e fraturas, principalmente em crianças e idosos, são as principais causas de internação e atendimento nas emergências hospitalares, em decorrência de condições inseguras, tanto de moradias quanto dos espaços públicos, indicando que há poucas medidas preventivas, e consequente sobrecarga nos atendimentos em saúde (Souza, 2005).

Deste modo, a compreensão de que a violência é um fenômeno complexo e polissêmico indica que recorrer à Epidemiologia, Sociologia, Antropologia, Educação, entre outras áreas do conhecimento, possibilita uma maneira de contemplar toda essa complexidade, para a elucidação dos processos que lhe dão origem (Souza, 2005).

Vale ressaltar que 71,4% dos estudos explicitaram o marco teórico-conceitual e utilizaram variados instrumentos de coleta de dados, com predomínio de entrevistas semi-estruturadas (cinco citações) e estruturadas (cinco citações).

A explicitação do contexto social relacionado à violência pode contribuir na abordagem das “ações destinadas à prevenção [...], à promoção da saúde [e aos] estudos que possam dar suporte para produção de políticas [que] sejam potencialmente fortes para

transformar a realidade da violência no mundo e no Brasil” (Sakata, Egry, Narchi, 2014, p. 203).

Conforme Schraiber et al. (2006, p.118):

“se faz premente [...] a ainda tímida construção crítica de concepções e conceitos [...] que, nos estudos sobre violência, podem obscurecer aspectos importantes das relações intersubjetivas, das relações de poder e do exercício concomitante dos direitos. Quer por este plural que violência significa, quer pela radical experiência humana que representa na anulação de sujeito, quer, ainda, pela exposição de espaços e momentos de grande intimidade e privacidade de cada qual, entende-se que não há como progredir em seu estudo sem tomá-la como objeto complexo e sensível. Isto remete à solidariedade das disciplinas, e não suas competições, e exige particular aproximação científica, em que metodologia se combina com ética.”

Por fim, conforme Bosi (2012), é importante produzirmos pesquisas que causem impacto na ciência, mas que também democratizem o conhecimento de forma ético-política, integrando a cidadania e a superação dos problemas de saúde. O tema da Violência, portanto, parece responder a essa inquietude.

5.2.7 Saúde, ambiente e trabalho

O sétimo tema com maior destaque na amostra de teses em Enfermagem analisadas revela o esforço de aproximação à *Saúde, ambiente e trabalho*. Esse tema é uma construção da área da Saúde Coletiva, que busca aproximar a prática e a teoria dos campos da saúde do trabalhador e da saúde ambiental por meio da epidemiologia social. Conforme Rigotto (2003, p.390), esse tema possibilita “*uma visão sistêmica da relação sociedade-natureza*” permitindo “*pela centralidade do modo de produção que delineia o modelo de desenvolvimento de cada sociedade*” explicar a forma como se apresenta o processo saúde-doença.

Ao confrontar os estudos acerca do tema com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (Brasil, 2011), pode ser notada articulação com as subagendas:

Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança (Brasil, 2011, p.60) – [...] desenvolvimento de pesquisas relacionadas a saneamento, com ênfase no abastecimento de água, tais como: avaliação da relação saneamento e saúde, impactos e implicações da legislação no acesso da população à água de qualidade,

uso de fontes alternativas de águas como cacimba e água de lastro; desenvolvimento de projetos para apropriação de novas tecnologias em engenharia de saúde pública e saneamento ambiental; [...] desenvolvimento de metodologias para diagnóstico e avaliação de impacto ambiental na saúde devido [...]: [aos] poluentes orgânicos; avaliação de programas de prevenção e de monitoramento da saúde do trabalhador na construção civil, garimpo, assentamentos rurais, trabalho informal, infante-juvenil, em condições de risco elevado, violência e outros; [...] estudos sobre a percepção social do risco: avaliação de programas de prevenção e de monitoramento da saúde do trabalhador;

Saúde da mulher (Brasil, 2011, p.25) – [...] relações entre os trabalhos sexual, infantil, rural, doméstico e a saúde; [...] determinantes das condições de saúde da mulher, com ênfase nos aspectos ambientais e familiares; fatores ergonômicos e sensoriais e problemas ocupacionais.

Assim, encontram ressonância com a subagenda **Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança**, seis estudos:

- sobre a qualidade da água para consumo humano - ID 126;
- sobre bioagentes patogênicos no esgoto - ID 133;
- sobre a qualidade do ar e a poluição atmosférica - ID 208;
- sobre o trabalho de mototaxistas e adoecimento por monóxido de carbono ambiental - ID 316;
- sobre o trabalho e adoecimento de mulheres do setor administrativo de uma central de abastecimento hortifrutigranjeiro - ID 263;
- sobre a percepção do risco de acidentes de trabalho entre aprendizes de solda (o único com explicitação do marco conceitual adotado: conceito de comunicação de risco - ID 320).

Já na subagenda **Saúde da mulher**, verificou-se um estudo relativo às características do trabalho rural e o processo de adoecimento de mulheres cortadoras de cana de açúcar (com base na teoria sócio-crítica de Habermas - ID 217).

Tambellini e Câmara (1998) destacam os desafios do campo da Saúde Coletiva na relação produção/ambiente/saúde e os desdobramentos práticos que, pela natureza do problema de pesquisa, podem estar relacionados ao processo de globalização e/ou à reestruturação produtiva da relação trabalho e ambiente.

Por outro lado, há que se verificar que o ambiente sempre esteve presente no discurso sanitário mas, segundo Freitas (2003, p.149), apenas com a:

“intensificação do processo de industrialização e urbanização, o aumento da participação política da classe trabalhadora e a incorporação dos temas relacionados à saúde na pauta de reivindicações dos movimentos sociais, que os problemas ambientais passaram a ser compreendidos como resultantes de processos fundamentalmente políticos e sociais”.

Por sua vez, segundo Dias et al. (2009, p. 2063):

“a incorporação do papel das relações produção/trabalho-ambiente e saúde na determinação do processo saúde-doença da população pode ser identificada no sistema público de saúde brasileiro, desde sua criação, em práticas de controle de vetores de doenças e de saneamento básico”.

É importante ter em mente que a constituição da Saúde Coletiva e a estruturação da Epidemiologia Social latino-americana permitiu a retomada da centralidade da categoria trabalho e, segundo Paim (2006, p. 144):

“forneceu indicações relevantes para a análise da produção e distribuição das doenças na sociedade (processo de produção e reprodução social) e para o estudo das práticas de saúde”.

Deste modo, a reorganização do modelo de atenção do SUS, que privilegia a potência da APS como organizadora deste processo, pode sinalizar a ampliação das práticas de saúde frente aos problemas decorrentes da articulação entre saúde ambiental e saúde do trabalhador (Dias, 2009). Segundo os mesmos autores, tal articulação é favorecida na APS, por meio da territorialização e da constituição das redes de atenção à saúde. Isso porque tais estratégias potencializam a delimitação e a caracterização da população e dos problemas de saúde, além de estimular a identificação das situações de risco (que podem estar contidos nas situações de trabalho) e qualificar as ações de vigilância e oferta de assistência frente às necessidades de saúde.

Ademais, vale a pena mencionar que, apesar da saúde do trabalhador e da saúde ambiental, muitas vezes se manterem como campos distintos, tal aproximação pode ampliar a

inter-relação dos objetos de pesquisa e articular a formação em saúde com as políticas públicas e a com ação política da sociedade (Rigotto, 2003).

Destaca-se que 71,4% dos estudos não explicitaram o marco teórico-conceitual e a maior parcela valeu-se de entrevistas estruturadas (quatro citações) para a coleta de dados. Também foi importante o uso de testes estatísticos (seis citações) nas técnicas analíticas. Tais medidas aparentam aproximações com desenhos quantitativos afins à epidemiologia clássica e à racionalidade biomédica, mas não fogem do escopo da Saúde Coletiva. Entretanto, pondera-se que tais opções metodológicas podem denotar lacunas na construção integrada que potencializa a atuação dos sujeitos envolvidos (pesquisadores, trabalhadores e usuários), ao reconhecer-se que a saúde e a qualidade de vida não se restringem, conforme Rigotto (2003, p.103):

“num Ministério, Secretaria, Departamento, disciplina ou grupo profissional isolados, mas pode avançar muito na medida em que se abra espaço para um diálogo entre instituições, técnicos especialistas e, particularmente, com a sociedade”.

5.2.8 A formação em saúde

Finalmente, o oitavo tema mais encontrado entre as teses de Enfermagem analisadas, foi o relativo à *Formação em saúde*. Ao verificar os temas das teses acerca e cotejá-los com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil (2011), pode ser notada a tentativa de articulação com as subagendas:

Gestão do trabalho e educação em saúde (Brasil, 2011, p.27) - [...] processo de regulação do trabalho e das profissões específicas da saúde: formação e educação permanente; [...] educação a distância incluindo aspectos como modelos de tecnologias, telemedicina e utilização na educação permanente em locais de difícil acesso geográfico; [...] lógicas e processos de formação de profissionais para todos os níveis de formação e de atuação no Sistema Único de Saúde; [...] inovações curriculares na formação de profissionais e a adequação de metodologias educacionais às exigências sociais e técnicas do SUS.

Assim, estão exemplarmente na subagenda **Gestão do trabalho e educação em saúde**, quatro estudos:

- sobre a prática de educação permanente na APS com egressos de um curso de especialização (com base na hermenêutica - ID 313);
- sobre o princípio da integralidade e o ensino em saúde da criança (com base no conceito de integralidade, segundo Paim - ID 304);
- sobre competências na formação do educador físico na APS (sem informação sobre o marco teórico-conceitual utilizado -ID 125); e,
- sobre a formação reflexiva para o SUS (com base nos círculos de investigação de Freire - ID129).

Deve-se ter em mente que a formulação de políticas de educação profissional adequadas à perspectiva emancipatória dos trabalhadores e em consonância ao processo de consolidação do SUS, por meio da prática social do cuidado, guarda relações de poder ou de emancipação dos sujeitos envolvidos (Mattos et al., 2008) e isso parece ter sido superficialmente contemplado nos estudos analisados.

Por outro lado, parece haver um esforço investigativo nas teses analisadas, nos seguintes sentidos, conforme apontam Carvalho e Ceccim (2006, p.167):

“na instituição das relações orgânicas entre as instituições de ensino - por meio de práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação acadêmica, as estruturas de gestão da saúde - mediante o acesso à informação de gestão setorial, junto aos cenários gerenciais e mediante colaboração técnica [...], os órgãos de representação popular - movimentos sociais [...] e os serviços de atenção - profissionais e suas práticas”.

A proposta indutora do Ministério da Saúde frente às prioridades de pesquisa que enfatizam os processos formadores de profissionais em todos os níveis de formação e atuação no SUS (Brasil, 2011) indica que, segundo Carvalho e Ceccim (2006, p.177):

“nosso país precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializaram em administração, mas porque dominam o seu campo de trabalho [...]; profissionais com capacidade de escuta ampliada no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializaram em planejamento, mas porque sabem o que é um projeto terapêutico singular e de profissionais com capacidade de acolhimento, não porque são bons classificadores de risco, mas porque são imbuídos da exclusividade e responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva”.

Diante disso, a Enfermagem tem problematizado o assunto, especialmente, na educação superior de graduação, por meio de experiências concretas de formação profissional dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem na atenção primária em saúde - alunos, professores e profissionais dos serviços (Brehmer, Ramos, 2016; Leonello, Miranda Neto, Oliveira, 2011; Almeida, Soares, 2011). Por sua vez, Minayo e Costa (1998, p.88), num estudo sobre a avaliação da educação de pós-graduação *sensu* estrito em Saúde Coletiva afirmam que “... urge a necessidade de revisão não só dos objetivos e da articulação entre todos os níveis de formação, como da pertinência das modalidades existentes e das alternativas de organização”.

Pesquisas acerca das práticas educativas em todos os níveis de formação (ensino técnico, de graduação, de pós-graduação *sensu lato* e de pós-graduação *sensu* estrito), em consonância ao nosso sistema de saúde e por meio da defesa do princípio da integralidade, como matriz orientadora das práticas cotidianas dos profissionais, da organização dos serviços e da formação em saúde, podem contribuir para a defesa do SUS, fundamentalmente necessárias para garantir a saúde como um direito universal.

Vale ressaltar que três estudos (75%) apresentaram marco teórico-conceitual e que foram majoritariamente utilizadas entrevistas estruturadas (cinco citações), seguida de entrevistas semi-estruturadas (três citações) para a captura dos dados. Ademais, a utilização da análise de conteúdo (quatro citações) como técnica de análise, em associação com um marco teórico-conceitual explicitado pode indicar densidade epistemológica na produção do conhecimento.

5.2.9 Apontamentos sobre aspectos teórico-metodológicos da produção em Enfermagem analisada

Algumas constatações decorrentes da análise do material empírico levaram às considerações seguintes, ainda que o estudo não tenha a finalidade de avaliar as teses. A primeira, refere-se à importante presença de metodologias qualitativas que, se por um lado devem ser aderentes aos objetos de estudo, podem incorrer, segundo Deslandes e Iriart (2012), em um “empirismo ateuórico”, ao tomar a fala dos sujeitos como verdades descoladas das práticas e dos contextos socioculturais em que estão inseridos. Tal dificuldade também

permeia fortemente os estudos qualitativos em Saúde Coletiva, o que aponta lacunas e desafios na exposição metodológica das pesquisas (Deslandes, Iriart, 2012; VÍctora, 2011; Bosi, 2012; Bosi, 2014).

Por fim, cumpre observar, especialmente, na área da Saúde Coletiva, que os estudantes conforme Bosi (2012, p.582, grifo nosso):

“provêm de distintas formações na saúde e em outros campos, nos quais, grosso modo, o ensino do enfoque qualitativo é ausente ou muito rudimentar. Para os docentes dedicados à formação nesse enfoque, isso implica em responder a uma série diversificada de demandas, muitas delas de caráter instrumental. Outro fator importante é a formação e a bagagem epistemológica não apenas de quem chega aos cursos, mas, o que é mais preocupante, dos próprios docentes, dado não contarmos no Brasil com formações estruturadas em Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva como ocorre em outras tradições”

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou analisar a prática científica empreendida nos cursos de Doutorado em Enfermagem, por meio de teses com temas afins à Saúde Coletiva no período 2011-2012.

Primeiramente pondera-se que os conteúdos ofertados nas disciplinas dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, os perfis epidemiológicos e de necessidades decorrentes da vida em sociedade, além daquelas que emanam do cotidiano dos serviços de saúde tenham contribuído na indução do processo de pesquisa dos autores dos estudos, nesse período de análise. Assim, chamam a atenção os conteúdos temáticos das disciplinas afins à Saúde Coletiva que foram encontrados nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e que dizem respeito às políticas de saúde, epidemiologia, prática social em saúde, educação e/ou promoção da saúde, gênero, saúde do trabalhador, processo saúde-doença, planejamento em saúde, direito à saúde, ambiente e saúde, etnia e geografia da saúde, o que revela um esforço para dotar a formação dos alunos com uma base que requer o trânsito interdisciplinar.

Acredita-se que tais estímulos podem ter colaborado numa prática científica que priorizou os seguintes temas: *as práticas em saúde, a avaliação das políticas e serviços de saúde, os sentidos e as representações dos usuários, as tecnologias em saúde, a informação em saúde, a violência e saúde, saúde, ambiente e trabalho e a formação em saúde.*

O presente estudo cumpre a tarefa de caracterizar os temas e os elementos teórico-metodológicos das teses em Enfermagem afins à Saúde Coletiva, revelando o modo prevalente de investigação nesse campo. A convergência das teses com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil indica o esforço da subárea Enfermagem em Saúde Coletiva em contribuir na indução seletiva da produção de conhecimento em áreas prioritárias ao desenvolvimento das políticas sociais do país e que atendam os perfis de necessidades de saúde.

Os temas encontrados contribuem majoritariamente na explicitação e na compreensão das ações de cuidado desenvolvidas no micro espaço das relações interpessoais do enfermeiro com os usuários e outros profissionais da saúde em prol do direito universal à saúde e em

consonância ao projeto político do SUS. A predominância da Estratégia Saúde da Família como local de pesquisa confirma a iniciativa do governo federal em promover a reorganização das práticas na atenção primária em saúde. Ademais, a potência analítica dos estudos pode auxiliar a subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva na elaboração de pesquisas com novos objetos e inovações teórico-metodológicas em correspondência às necessidades e problemas de saúde da população brasileira, fazendo jus aos pressupostos da Saúde Coletiva.

Apesar de todos os cuidados para garantir o rigor metodológico do estudo, aponta-se uma limitação em seu desenvolvimento, relativa à escala de dois anos, pois esse intervalo pode ser considerado como reduzido quando se trata de uma avaliação precisa da prática científica desenvolvida ao longo de um curso de Doutorado em Enfermagem.

6.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA

Encontrou-se, no presente estudo, importante parcela de estudos exploratórios e/ou descritivos. O uso corrente da expressão “exploratória” pode tanto indicar a primeira fase do ciclo de uma pesquisa destinada à construção do objeto ou indicar que será investigado um tema ainda pouco conhecido na literatura científica.

Em correspondência, a utilização corriqueira do termo “descritivo” prejudica a produção de interpretações densas sobre a realidade estudada, explicitando o que tem sido motivo de preocupação da subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva, qual seja, o de problematizar e de intervir na realidade. Tal reflexão pode auxiliar na potência analítica de pesquisas com novos objetos e inovações teórico-metodológicas afins à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e com potencial para captação de fomento nacional e/ou internacional.

Por outro lado, acredita-se que, os estudos analisados contribuem no amadurecimento científico quali-quantitativo da subárea acadêmica Enfermagem em Saúde Coletiva, pois emanam tanto do cenário epidemiológico das necessidades decorrentes da vida em sociedade quanto daquelas do cotidiano dos serviços de saúde. Também quando dizem respeito à formação, parecem ter buscado articular os modelos pedagógicos no ensino de graduação, em associação às políticas públicas e às práticas dos serviços de saúde, em consonância aos

princípios do Sistema Único de Saúde, à defesa do direito universal à saúde, correspondendo às necessidades e problemas de saúde da população brasileira.

O estudo possibilitou compreender que a prática em enfermagem e em saúde vem sendo problematizada pois ainda persistem graves problemas que incidem de forma perversa no atendimento às necessidades de saúde e na equidade.

6.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Observou-se na revisão acerca da literatura científica brasileira em Enfermagem sobre educação de pós-graduação senso estrito e a Saúde Coletiva que os estudos tendem a reduzir-se às análises temáticas das teses ou aos dados secundários da CAPES sem a caracterização e a compreensão das mediações envolvidas no processo e organização do trabalho de ensino na pós-graduação senso estrito.

Assim, diante da grande diversidade de linhas de pesquisa, pode ser necessário o aprofundamento, por meio de novos estudos acerca da formação empreendida na educação de pós-graduação a partir das experiências dos sujeitos que estão envolvidos neste processo (alunos, professores e profissionais de apoio acadêmico) à exemplo de experiências já produzidas pela Enfermagem em âmbito internacional.

Destaca-se que é promissor o fato que a Saúde Coletiva já integre uma das subáreas da Enfermagem na árvore de conhecimento da Plataforma Carlos Chagas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

Por fim, na medida em que o desenvolvimento da presente pesquisa possibilitou a identificação dos principais temas investigados, é possível detectar lacunas no conhecimento em Enfermagem, uma das quais refere-se a estudos de intervenção, além de estudos que se ocupem da articulação entre os efeitos da globalização e seus impactos para a saúde das populações, assim como das repercussões de tais processos para a Enfermagem. Dado que a Enfermagem constitui a maior força de trabalho no processo de produção de serviços de saúde, acredita-se que é fundamental a sua contribuição para o adensamento do SUS como

política pública, universal, que ofereça a melhor qualidade possível, e que ajude o País a cessar com as desigualdades.

BIBLIOGRAFIA

7 BIBLIOGRAFIA

Abrahão AL. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: Fonseca AF, Stauffer AB, organizadores. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 57-96.

Albuquerque EM, Souza SGA, Baessa AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(2): 277-94.

Almeida AH, Soares CB. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(3):614-21.

Almeida AH. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (6): 1677-82.

Almeida MCP, Mishima SM, Peduzzi M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería; 1999; Santa Catarina: ABEn/SC; 1999.

Almeida MCP, Mishima SM, Pereira MJB, Palha PF, Villa TCS, Fortuna CM, Matumoto S. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? *Rev Bras. Enferm*. 2009; 62(5):748-52.

Almeida MCP, Rocha SMML. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; p. 15-26.

Almeida MCP, Silva EM, Villa TCS, Assis MMA, Kemura MLR. O conhecimento produzido no programa de mestrado de enfermagem em saúde pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e suas relações com as práticas de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000; 8(5):91-96.

Almeida MCP, Silva GB, Ruffino MC, Steagall Gomes DL, Rocha JSY. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1981.

Almeida, MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(2): 320-27.

Arimoto A, Gregg MF, Nagata S, Miki Y, Murashima S. Evaluation of doctoral nursing programs in Japan by faculty members and their educational and research activities. *Nurse Education Today*. 2012; 32 (5):e1-e7.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.

Augusto M. A importância da pesquisa em enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*. 1990; 3(3):103-5.

Ayres JRCM. A doença na sociedade como entidade e como processo: subsídios para pensar a epidemiologia. *Saúde e soc*. 1993; 2(2):135-162.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc*. 2004; 13(3): 16-29.

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução da vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, organizadores. *Clínica médica: volume 1*. Barueri: Manole; 2009. p. 437-55.

Ayres JRCM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3): 905-12.

Ayres JRCM. Ruína e reconstrução: Aids e drogas injetáveis na cena contemporânea. *História, Ciênc., Saúde-Manguinhos*. 1996; 3(3): 553-55.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007; 17(1): 43-62.

Azevedo RCS, Ramos FRS. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(3): 288-91.

Baptista TWF. A formação em saúde coletiva e os desafios da avaliação. *Ensaio & diálogos.* 2015; 1(1):10-14.

Barata RB, Santos RV. Ensino de pós-graduação em saúde coletiva: situação atual e desafios para o futuro. *RBPG.* 2013; 10(9):159-83.

Barata RB, Santos RV. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: o imprescindível papel da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(4):1413-2123.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005; 8(1): 7-17.

Barbosa DA, Egry EY, Cabral IE. Integridade em pesquisa: quais caminhos devemos seguir? *Esc. Anna Nery Revista Enferm.* 2015; 19(3):395-96.

Barbosa SFF, Sasso GTMD, Berns I. Enfermagem e tecnologia: análise dos grupos de pesquisa cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq. *Texto contexto – enferm.* 2009; 18 (3): 443-48.

Barreira IA. A pesquisa em enfermagem no Brasil e sua posição em agência federal de fomento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1993; 1(1):51-57.

Barreto FC, Domingues I. O PNPG 2011-2020: os desafios do país e o sistema nacional de pós-graduação. *Educação em revista.* 2012; 28(3): 17-53.

Barros S, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL, Carvalho RK, Machado AL, Colvero LA, et al. O conhecimento produzido no programa de pós-graduação em enfermagem: a enfermagem psiquiátrica. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2005; 39 (N. esp.): 553-63.

Biruel E. Transformando o problema da pesquisa em estratégia de busca. São Paulo; 2013. [citado 2013 dez. 17]. Disponível em: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Oficina_USP_Psic_.pdf.

Boemer M, Rocha SMM. A pesquisa em enfermagem: notas de ordem histórica e metodológica. *Saúde soc.* 1996; 5(2): 77-88.

Borges-Andrade JE. Em busca do conceito de linha de pesquisa. *Rev. adm. contemp.* 2003; 7(2): 157-70.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(1): 150-53.

Bosi MLM. Desafios atuais para a pesquisa qualitativa: considerações no cenário da saúde coletiva brasileira. *Fórum sociológico.* 2014; 24 (s/n):1-11.

Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(3):575-86.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília; 1988.

Brasil. Lei n. 5540, de 29 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 nov. 1968.

Brasil. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB [Internet]. Brasília; 1996 [citado 2012 dez. 5]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/ldb.pdf>

Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. V Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 dez.2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Decit 10 anos. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília; 2011.

Brasil. Parecer nº 977, de 3 de dezembro de 1965. Definição dos cursos de pós-graduação. Diário Oficial da União, Brasília, 03 dez. 1965.

Brehmer LCF, Ramos FRS. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):135-45.

Breilh J. Epidemiologia, política e saúde. São Paulo:Hucitec; 1991.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigacion: guia pedagógica para um taller de metodologia (epidemiologia del trabajo). Ecuador: Centro de estudios y asesoría em salud; 1995.

Cabral Neto A, Castro AMDA. A expansão da pós-graduação em cenários de globalização: recortes da situação brasileira. *Inter-Ação*. 2012;38(2):339-62.

Campos ALG. Uso de mapas mentais como ferramenta de gestão de projetos em áreas de consultoria de negócios e produtos. In: IX Simpósio de Gestão de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2012.

Campos GWS. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. *Saúde soc.* 1992; 1(2): 79-95.

Campos JJB, Elias PM, Cordoní Júnior L. O ensino da saúde coletiva na graduação médica: estudo de caso em três universidades do Paraná. *São Paulo Med. J.* 2009;127(6):335-41.

Campos JJB, Elias PM. A Saúde Coletiva no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32(2):149-159.

Campos JJB. O ensino da Saúde Coletiva na graduação médica: estudo de caso em três universidades do Paraná [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-88.

Campos RZ, Nunes ED. O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais na área da saúde no Brasil. *Rev. Saude Publica*. 1976; 10(4):383-390.

Canesqui AM. Ciências sociais e saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. *Ciênc. saúde coletiva*. 1998; 3(1):131-168.

Canesqui AM. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):1955-66.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [Internet]. Brasília; 2014. [atualizado 20/04/14; citado 2014 dez.20]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao>

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Tabela de áreas do conhecimento - CAPES [Internet]. Brasília; 2012. [atualizado 11/07/12; citado 2013 dez.20]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/TabelaAreasConhecimento_072012.doc

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório de avaliação 2010-2012. Avaliação trienal 2013: Área Enfermagem. CAPES. Brasília; 2013.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório de avaliação 2010-2012. Avaliação trienal 2013: Área Saúde Coletiva. CAPES. Brasília; 2013.

Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT e Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1):19-26.

Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2007.

Carvalho V. Linhas de pesquisa e prioridades de enfermagem – proposta com distinção gnoseológica para o agrupamento da produção científica de pós-graduação em enfermagem. *Esc. Anna Nery Revista Enferm.* 2002; 6(1): 145-54.

Carvalho V. Linhas de pesquisa em enfermagem: destaques filosóficos e epistemológicos. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(4): 723-29.

Carvalho YA, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 149-82.

Castellanos BEP. Estrutura conceitual da enfermagem brasileira. *Rev Esc. Enf. USP.* 1989; 22(N.esp.):31-42.

Castrillón Agudelo MC. Trends and priorities in nursing research. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004; 12(4): 583-88.

Castro JL. Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil [tese]. Natal: Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

Castro MR, Farias SNP. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2008;12(2):364-69.

Christoffel MM, Grupos de pesquisas em enfermagem na área do recém-nascido, da criança e do adolescente: perfil e tendência. *Texto contexto enferm.* 2011; 20 (N. esp.):147-55.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.* 2000; 53 (N. esp.): 143-47.

Cianciarullo TL, Salzano SDT. A enfermagem e a pesquisa no Brasil. *Rev Esc Enf USP.* 1991; 25(2):195-215.

Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist. Saúde-Manguinhos.* 2002; 9(2): 315-33.

Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 231-58.

Collet N, Schneider JF, Correa AK. A pesquisa em Enfermagem: avanços e desafios. Rev Bras Enferm. 2000;53(1):75-80.

Côrrea GT, Ribeiro VMB. Formação pedagógica na pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(6):1647-56.

Côrrea GT. Formação pedagógica no ensino superior: um olhar sobre os mestrados e doutorados acadêmicos em saúde coletiva [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolutividade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde debate. 2014; 38(103): 733-43.

Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. Porto Alegre: Penso Artmed; 2013.

Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. Ciênc. saúde coletiva. 2007;11(N. sup.): 1163-78.

Deslandes SF, Iriart JAB. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de ciências sociais e humanas em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(12):2380-86.

Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(6): 2061-70.

Dias EC. Novas possibilidades para o cuidado da saúde do trabalhador e da saúde ambiental na atenção básica do SUS. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(6):2061-70.

Donnangelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1984.

Drumond Jr M. Epidemiologia em serviços de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 419-56.

Duran ECM. Produção do conhecimento em enfermagem em saúde do trabalhador no Brasil: análise do impacto dos resultados na formação de recursos humanos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Egry EY, Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Oliveira MAC, Takahashi RF. Construindo o conhecimento em saúde coletiva: uma análise das teses e dissertações produzidas. Rev. Esc. Enferm. 2005; 39(esp):544-52.

Egry EY. A pós-graduação em enfermagem em saúde coletiva: o desafio da construção conjunta do conhecimento. Rev Esc. Enf. USP. 1996; 30(N. esp.):59-62.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Enders BC. O objeto da produção científica em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(4):458-66.

Erdman AL, Silva IA, Rodrigues RAP, Fernandes JD, Vianna AC, Lopes MJM, et al. Teses produzidas nos programas de pós-graduação em enfermagem de 1983 a 2001. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(N. esp.): 497-505.

Erdmann AL, Andrade SR, Santos JLG, Oliveira RJT. Perfil dos egressos de gerenciamento de enfermagem dos programas da área de enfermagem da região sul. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45 (N.esp.):1551-57.

Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. Enfermagem em Foco. 2011;2:89-93.

Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JT, organizador. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p.33-55.

Fensterseifer JE. Comentários sobre em busca do conceito de linha de pesquisa e outras reflexões sobre o tema. Rev. adm. contemp. 2003; 7(2):171-76.

Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 17(4): 911-26.

Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Fonseca RMG, Oliveira RNG. Discussões sobre linhas de pesquisa nos Seminários Nacionais de Pesquisa em Enfermagem 1979-2011. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66 (N. esp.): 66-75.

Fonseca RMGS, Egry E, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadores. *O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC*. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná; 2006. p. 19-61.

Fonseca RMGS. A vigilância epidemiológica no contexto teórico-metodológico da epidemiologia social: reflexões para o (re)direcionamento da prática de enfermagem em saúde coletiva (Parte I e Parte II). *Texto & Contexto*. 1994; 3(2): 58-72.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Franco MEDP, Morosini MC. Pós-graduação brasileira e políticas de diversificação. In: 24º Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação; 2001.

Freitas CM. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8(1):137-50.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2001; 35(1):80-87.

Galleguillos TGB. A inserção da saúde coletiva nos currículos dos cursos de graduação de escolas de enfermagem do estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Germano RM. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez; 1983.

Gonzalez AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010; 20(2):551-70.

- Guimarães R. Pesquisa em saúde e reforma sanitária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 57(1):37-8.
- Gutiérrez MGR, Leite JL, Pagliuca LMF, Erdman AL. Os múltiplos problemas pesquisados e a pesquisar na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2002; 55(5):535-41.
- Hammerschmidt KSA, Mantovani MF, Lanbronici LM, Lenardt MH, Lacerda MR. Dissertações produzidas no programa de pós-graduação e mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Paraná. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(6): 1466-75.
- Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL. Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. Introdução: as ciências sociais e a epidemiologia: entrevista com Maria Andréa Loyola e Maurício Barreto. P.13-30.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Distrito Federal; 2015. [atualizado 2013; citado 2015 dez. 4]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Jorge MHPM, Laurenti R, Di Nubila HBV. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010; 13(4): 561-76.
- Kim MJ, McKenna HP, Ketefian S. Global quality criteria, standards, and indicators for doctoral programs in nursing: literature review and guideline development. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(4): 477-89.
- Knauth DR, Leal AF. Expansion of the social sciences within public health: uses and abuses of qualitative research. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):457-67.
- Kurcgant P, Ciampone MHT. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2009; 58(2):161-64.
- Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Cebes–Hucitec; 1989.
- Laurell AC. Saúde doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p.133-158.
- Leal MC, Bittencourt AS. Desenvolvimento da pesquisa epidemiológica em saúde pública. In: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL. *Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.129-49.

Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis, experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(2): 419-31.

Leite JL, Trezza MCSF, Santos RM, Mendes IAC, Felli VEA. Os projetos de pesquisa de enfermagem no CNPQ: seu percurso, suas temáticas, suas tendências – 1998/2000. *Rev. Bras. Enferm.* 2001; 54(1): 81-97.

Leonello V, Miranda Neto MV, Oliveira MAC. A formação superior de enfermagem no Brasil: uma visão histórica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(2):1774-79.

Lessa S. A centralidade ontológica do trabalho em Lukács. *Serviço social e sociedade*. 1996; (52):7-23.

Levcovitz E. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974-1996 [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1997.

Lima JV, Jorge MSB. O significado do fenômeno saúde-doença para os alunos de pós-graduação. *Rev. Baiana Enferm.* 1995; 8(1/2):124-38.

Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e soc.* 2009; 18 (2): 304-11.

Machado CR, Barreira IA, Martins ALT. Primeiras dissertações do curso de mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery (1972-1975). *Esc. Anna Nery Revista Enferm.* 2011; 15(2): 331-38.

Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(3): 667-73.

Mandú ENT, Peduzzi M, Carvalho BG, Silva AMN. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(4): 766-73.

Marques SC, Tyrrell MAR, Oliveira DC. A produção científica da enfermagem na perspectiva da representação social: Brasil, 1975-2001. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(5):762-69.

Marsiglia RMG. Temas emergentes em ciências sociais e a saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saúde soc.* 2013; 22(1):32-43.

Martins CB. A formação do sistema nacional de pós-graduação. In: Soares MAS, organizador. *CAPES 50 anos*. Brasília: CAPES; 2002.

Martins CB. O ensino superior brasileiro nos anos 90. *São Paulo em Perspectiva*. 2000;14(1):41-60.

Mattos RA, Robaina JR, Siqueira NN. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do pacto dos indicadores da atenção básica. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS; UERJ: ABRASCO, 2008. p. 295-312.

Menandro PRM. Linha de pesquisa: possibilidades de definição e tipos de utilização do conceito. *Rev. adm. contemp.* 2003; 7(2): 177-82.

Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud. Av.* 2013; 27(78): 27-34.

Mendes Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992.

Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.

Mendes IAC, Leite JL, Santos RM, Trevizan MA. Classificação dos pesquisadores/consultores da área de enfermagem no CNPq: contribuição para um banco de dados. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(5):488-493.

Mendoza TXI, Peña ALN, Rojas JG. Visibilidad de la disciplina enfermeira: el fator mediático de la investigación. *Index Enferm.* 2011; 20(4):252-56.

Miki Y, Gregg MF, Arimoto A, Nagata S, Murashima S. Evaluation of doctoral nursing programs by doctoral students in Japan: cross-sectional questionnaire survey. *Japan Journal of Nursing Science*. 2012; 9(2): 160-68.

Minayo MCS, Costa PS. Rumos e desafios: encerrando um processo de avaliação da pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva (1994-1997). *Ciênc. saúde coletiva*. 1998; 3(1):83-93.

Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da política nacional de redução da morbimortalidade sobre a violência e saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(5): 1641-49.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(3):621-26.

Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 201-230.

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.83-107.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. *Técnicas de análise do material qualitativo*; p.303-360.

Minayo MCS. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):1897-1907.

Minayo MCS. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciênc., Saúde-Manguinhos*. 1998; 4(3): 513-31.

Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9(2): 261-70.

Mota A, Schraiber LB. Medicina sob as lentes da história: reflexões teórico-metodológicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(4):1085-94.

Munari DB, Parada CMGL, Gelbcke FL, Silvino ZR, Ribeiro LCM, Scochi CGS. Mestrado profissional em enfermagem: produção do conhecimento e desafios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(2):204-10.

Nagata S, Gregg MF, Miki Y, Arimoto A, Murashima S, Kim MJ. Evaluation of doctoral nursing education in Japan by students, graduates and faculty: a comparative study based on a cross-sectional questionnaire survey. *Nurse Education Today*. 2012; 32 (4):361-367.

Nájera RM, Castrillón Agudelo MC. La enfermeira em América Latina: situación actual, áreas críticas y lineamientos para um plan de desarrollo. Medellín: Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2009.

Nakame DD. Bases para o encaminhamento do ensino de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1987.

Neves EP, Gonçalves LHT. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1994; Florianópolis: ABEn/SC; 1994.

Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Networks of prevention of violence: from utopia to action. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(2): 429-38.

Noronha J, Silva TR, Szklo F, Barata RB. Análise do sistema de pesquisa em saúde do Brasil: o ambiente de pesquisa. *Saúde e soc*. 2009; 18(3): 424-436.

Novaczik AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. *Rev. Eletrônica Enferm*. 2008; 10(4):21-25.

Nunes ED, Costa P. Os Cursos de Saúde Coletiva no Brasil – Mestrado e Doutorado: um estudo sobre as disciplinas básicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 1997; 2(1/2):72-90.

Nunes ED, Ferreto LE, Oliveira ALO, Nascimento JL, Barros NF, Castellanos MEP. O campo da saúde coletiva na perspectiva das disciplinas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):1413-2123.

Nunes ED, Marcondes WB, Cabral CS. A saúde coletiva como prática científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL. Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.105-26.

Nunes ED, Nascimento JL, Barros NF. A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):1935-43.

Nunes ED. A doença como processo social. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000, p.217-229.

Nunes ED. A revista *Ciência & Saúde Coletiva* e o processo de institucionalização de um campo de conhecimentos e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(7):1975-82.

Nunes ED. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. *Rev. saúde pública*. 1978; 12: 506-15.

Nunes ED. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(4):2239-43.

Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 295-315.

Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(2):251-64.

Oliveira WF. Violência e saúde coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde soc*. 2008; 17(3): 42-53.

Padilha MI, Borenstein MS, Carvalho MAL, Ferreira AC. Grupos de pesquisa em história da enfermagem: a realidade brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(1): 192-99.

Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 547-73.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a contribuição e crítica [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001; 35(1):103-9.

Pereira EG, Soares CB, Campos CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(6):1072-79.

Pereira EG. A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Pezzi S, Steil AV. Análise do processo de exame de grau na pós-graduação *stricto sensu* Educação e Pesquisa. 2009; 35(1):33-50.

Pimenta CAM, Cruz DALM, Padilha KG. Programa de pós-graduação em enfermagem na saúde do adulto da Escola de Enfermagem da USP. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(4): 458-66.

Prado ML, Gelbcke FL. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. Rev. Bras. Enferm. 2001; 54(1):34-42.

Queiroz VM, Egry EY. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Rev. bras. enferm. 1988; 41(1):26-33.

Queiroz VM, Salum MJL. Ensaio para uma nova abordagem em enfermagem em saúde coletiva: resistindo às armadilhas da globalização subordinada e construindo a globalização da solidariedade social. In: 8º Congresso Latinoamericano de Medicina Social e 11º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde; 2000; Cuba: ALAMES; 2000.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo: ABEn/SP; 1996.

Ramos FRS, Gelbcke FL, Lorenzetti J. Produção do conhecimento sobre o processo de trabalho na enfermagem. Rev. Bras. Enferm.; 2009;62(5):753-57.

Ribeiro EC. Hermenêutica, interpretação e distância. *Sapere aude*. 2013; 4(8):254-65.

Rigotto RM. Saúde ambiental & saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(4): 388-404.

Rodrigues RAP, Erdmann AL, Silva IA, Fernandes JD, Araújo TL, Vianna LAC, et al. Educação do doutorado em enfermagem no Brasil. *Revista Latino-am. Enferm.* 2008;16(4):28-34.

Rouquayrol Z. Contribuição da epidemiologia. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 319-73.

Saar SRC, Trevizan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(1):106-12.

Safatle V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*. 2011;9(1):11-27.

Sakata KN, Egry Y, Narchi NZ. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014; 48(N. esp.2): 197-203.

Salles EB, Barreira IA. Formação da comunidade científica de enfermagem no Brasil. *Texto contexto – enferm.* 2010; 19(1):137-46

Salum MJL, Bertolozzi MR, Oliveira MAC. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e discontinuidades da história. In: Organización Panamericana de Salud. *La enfermeira em las Americas*. 1999; 571(s.n.):101-18.

Santana JP, Campos FE, Sena RR. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN; 1999. p. 109-23.

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 15(3):7-11.

Santos RV, Coimbra Jr CEA. *Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Saupe R, Wendhausen ALP, Machado HB. Modelo para implantação ou revitalização de trabalhos de conclusão de curso. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 12(1):109-14.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (N. esp.): 112-20.

Schveitzer MC, Backes VMS, Prado ML, Lino MM, Ferraz F. Grupos de pesquisa em educação em enfermagem: linhas de pesquisa e produção científica em três regiões do Brasil. *Rev. Bras. Enferm*. 2012; 65(2): 332-38.

Scochi CGS, Gelbcke FL, Ferreira MA, Lima MADS, Padilha KG, Padovani NA. et al. Doutorado em enfermagem no Brasil: formação em pesquisa e produção de teses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3): 387-94.

Silva GB, Almeida MCP, Ruffino MC, Steagall Gomes DL. Introdução à análise das transformações na prática de enfermagem no Brasil no período 1920-1978. *Medicina* 1984; 17(1-2): 35-47.

Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez; 1986.

Silveira LC, Vieira NA, Monteiro ARM, Miranda KCL, Silva LF. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. *Esc. Anna Nery Revista Enferm*. 2013; 17(3): 548-54.

Soares ALAG, Dias CP, Vidal EIDO, Coeli CM, Almeida LM, Camargo Júnior KR. Utilização de um serviço de monitoria virtual voltado para o ensino de epidemiologia na graduação médica. *Physis*. 2003; 13(1):39-58.

Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 59-70.

Stotz EM. A Saúde coletiva como projeto científico: teorias, problemas e valores na crise da modernidade. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 273-84.

Tambellini AT, Camara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*. 1998;3(2): 47-59.

Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2001; 6(1): 49-61.

Tonolli EAS, Carvalho V. A enfermagem e a luta da enfermeira moderna no Brasil – de Ancilla Medice a Ancilla Scientia. *Rev Ciência, Cuidado e Saúde*. 2002; 1(1):181-84.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14.

Turci SRB, Guilan MCR, Câmara MCC. Epidemiologia e saúde coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação – 2001 a 2006. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(4): 1967-76.

Turrini RNT, Graziano KU, Vattimo MFF, Cruz DALM. Perfil dos alunos e conhecimentos produzidos no programa de pós-graduação de enfermagem na saúde do adulto. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2005; 39(N. esp.): 570-79.

Vale EG, Silva MJ. A pesquisa em enfermagem e os novos rumos a partir do SENPE. *Rev. Bras. Enferm*. 2015; 68(4): 571-2.

Verderese O. Análisis de la enfermeira em la América Latina *Educ. med. Salud*. 1979; 13 (4):315-340.

Viacava F. Produção científica dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no período 1998-2006. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):1977-88.

Victora CG, Facchini LA, Barros FC, Lombardi C. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990; Campinas. Campinas: ABRASCO; 1990.

Víctora CG. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. *Saúde soc*. 2011; 20(1):104-12.

Weller W. Aportes hermenêuticos no desenvolvimento de metodologias qualitativas. *Linhas críticas*. 2010; 16(31): 287-304.

World Health Organization. National health research systems. Report of an international workshop Cha-am, Thailand 12-15 march 2001. Geneva; 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUADRO ANALÍTICO - TESES

NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE		CONCLUSÕES	
Amamentação na perspectiva de geração (ID4)	Instrumentos e/ou procedimentos técnica de associação livre de palavras, desenho de estória com tema, entrevistas semiestruturadas, <i>software</i> Tri-Deux-Mots e <i>software</i> EVOc; análise de conteúdo, análise fatorial por correspondência	Local Unidade de internação (alojamento conjunto) de um hospital público estadual Itabuna/BA	Sujeitos 21 mulheres amamentam e tiveram mães, filhas, avós ou netas que também amamentaram	Objetivos 1-Apreender representações sociais de mulheres da mesma família ao longo de três gerações sobre a experiência de amamentar; 2-Discutir as representações sociais de mulheres de diferentes gerações sobre a experiência de amamentar, segundo atributos de cor/etnia, escolaridade, estado civil e idade; 3-Analisar as continuidades e descontinuidades intergeracionais da experiência de amamentar entre mulheres da mesma família"	Resultados As mulheres qualificaram a experiência da amamentação por meio dos termos: importante, aprendizado, passagem, família, médico, cuidado, dedicação e alegria. Revelaram o sentido da experiência da amamentação por meio dos termos: alimentação, saúde, amor, cuidado, bom, obrigação, mãe, filha, criança, prevenção de doença, aprendizado, carinho, obrigação, saúde, bom, mãe, criança e forte. As estórias dos desenhos salientaram que a prática de amamentação está ancorada no processo ensino-aprendizagem de distintas gerações. O cuidado ao bebê é o núcleo central que agrega benefícios biopsicossociais presentes nas três gerações.		O estudo permitiu a captação da experiência de amamentar a partir da percepção positiva e/ou negativa das mulheres, do processo ensino-aprendizagem desenvolvido pelas gerações, da influência dos profissionais de saúde e da mídia no cuidado com o bebê. Os profissionais de saúde foram incentivadores da amamentação, especialmente na 3ª geração, devido à maior atuação dos serviços de saúde na propagação dos benefícios da amamentação à mulher e a criança. O estudo permitiu o olhar amplificado, não apenas dos profissionais de saúde e áreas afins, mas para aqueles que pretendem analisar um fenômeno multifacetado e complexo como a amamentação, acrescido das possibilidades inter e/ou transgeracionais, compreendendo-o sob a ótica dos agentes formuladores.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	Sujeitos	RECORTE	Resultados	Conclusões	
Prevenção do câncer de colo do útero - vídeo (ID8)	Instrumentos e/ou procedimentos Entrevista estruturada, testes estatísticos, técnica de Delphi, vídeo educativo Orientação teórica Conceito de avaliação da educação em saúde de Abruzzese Fases de coleta 1) seleção da amostra 2)entrevista no domicílio após 45 dias do período puerperal; 3)desenho para relato da experiência de amamentar	Pontos de apoio comunitário (centro comunitário, salão de igreja, salão de uma ONG). Fortaleza/CE	Sujeitos 162 mulheres maiores de dez anos residentes em área adscrita em uma UBS com ESF	Objetivo geral Avaliar o resultado da utilização de um vídeo educativo para o conhecimento da finalidade, periodicidade, cuidados pré-exame e atitude adequada quanto à prevenção do câncer de colo uterino. Objetivos específicos 1-Elaborar um vídeo educativo acerca da prevenção do câncer de colo do útero; 2-Avaliar o conteúdo e as características técnicas do vídeo educativo quanto aos indicadores: ideia, construção dramática, ritmo, personagens, drama, diálogo, estilo visual, público referente e estimativa de produção; 3-Verificar a associação entre a prática da CO e características sócio-demográficas; 4-Verificar os efeitos da utilização do vídeo educativo na promoção de conhecimento e atitude adequados quanto à prevenção do câncer de colo uterino"	Amostra de mulheres adultas entre 25 e 59 anos (58,6%), média de idade: 40,8 anos, baixa escolaridade (até 9 anos de estudo – 63,7%), baixa renda (até 1 salário mínimo 61,1% das mulheres), donas de casa (50%), casada ou em união estável (57,4%), católicas (66%) e de cor parda (70,4%). Houve prática adequada quanto ao exame de citologia oncológica (81,5%), periodicidade adequada de até três anos entre exames (71,3%) e data de realização do último exame dentro do recomendado pelo Ministério da Saúde (média de 20,3 meses). O conhecimento antes da atividade educativa se mostrou insuficiente quanto às finalidades do exame (32,7%). A atividade educativa mediada pelo vídeo se mostrou eficaz quanto ao aumento do conhecimento sobre a finalidade do exame de citologia oncológica, aumento do relato sobre cuidados pré-exame e periodicidade de realização.	Faz-se necessário a individualização de estratégias que atendam às particularidades de determinadas populações. A capacitação da população por meio de vídeo educativo para a tomada de decisões autônomas, respeitando as diferenças locais/regionais aliada às ações de aumento da cobertura, organização dos serviços, controle de qualidade e adesão às recomendações do governo federal, estadual e do município são fatores fundamentais para que as ações se fortaleçam, coesas, dando respaldo à continuidade do programa. As atividades educativas não são entendidas como trabalho de valor pela população em geral e só procuram atendimento mediante alguma falha biológica. Após uma atividade pontual ocorre decréscimo de conhecimento ou esquecimento ao longo do tempo, sendo importante a constância do aprimoramento das atividades educativas.	

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Tecnologia para incentivo da amamentação – álbum seriado (ID10)	Entrevista estruturada, álbum seriado, testes estatísticos, técnica Delphi <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada Fases de coleta 1) criação do álbum seriado; 2) validação por meio de roteiro; 3) realização das entrevistas (GC) e grupo intervenção (GI); 4) GC recebe intervenções seguindo rotina do serviço; 5) GI recebe intervenção educativa individual com uso de álbum seriado; 6) realização da entrevista antes da alta hospitalar; 7) contato por telefone após 8 semanas do parto para realização da entrevista	201 mulheres a partir de 12 anos no período puerperal imediato, independente da paridade com no mínimo 6 horas de pós-parto, internadas e acompanhadas do RN com boa vitalidade (mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e APGAR maior que 6 no 5º minuto), capacidade de sucção efetiva e controle térmico	Unidade de internação (ajuntamento conjunto) de uma maternidade pública do município de Fortaleza/CE	Construir e validar tecnologia educativa para promoção da autoeficácia materna no ato de amamentar <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar escores de autoeficácia no ato de amamentar de puérperas, em conjunto; 2-Desenvolver e validar álbum seriado sobre autoeficácia em aleitamento materno, quanto ao conteúdo e aparência; 3-Avaliar a incidência de aleitamento materno nas puérperas participantes do estudo, no segundo mês de puerpério, ou seja, com 8 semanas de vida do bebê; 4-Comparar escores de autoeficácia em aleitamento materno nas puérperas que participaram ou não da intervenção educativa”	O GC e o GI são similares, pois a variável idade, tipo de moradia, tabagismo, elitismo, recebe ajuda nas atividades domésticas, espaço reservado para amamentar, existência de pia com água e sabão no banheiro, número de gestações, paridade, número de abortos, tempo de aleitamento materno, entre outros não apresentaram diferença estatística. Ocorreu variação estatística no número de filhos, ocupação e estado civil. Não houve associação significativa entre os grupos na primeira aplicação da escala durante a internação, após a intervenção rotineira do serviço (grupo controle) e após a atividade educativa com álbum seriado (grupo intervenção). Houve diferença significativa nos escores após 8 semanas pós-parto, significando que o álbum seriado favoreceu a auto eficácia materna na amamentação. No grupo intervenção, 100% das mulheres continuavam com a amamentação e houve redução de 41% no grupo controle.
<u>Conclusões</u> Quando a puérpera encontrava-se no domicílio os escores foram maiores no GI do que no GC. Verificou-se que houve auto eficácia materna na amamentação mediante o uso da intervenção educativa proporcionada pelo álbum seriado. Os enfermeiros podem lançar mão de tecnologias e/ou alternativas para se aproximar dos clientes e tentar discutir soluções e meios de enfrentamento diante das dificuldades. A Enfermagem necessita se apropriar dos seus recursos para intervir junto à clientela, pois educação em saúde vai além da instrução ou distribuição de material educativo. Há que se estabelecer uma relação horizontal e dialógica, na qual o cliente possa colocar seus anseios e necessidades e, a partir dessas, o cuidado seja consolidado.					

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados
Controle da infecção HIV/AIDS – roteiro de consulta de enfermagem (ID11)	Entrevista estruturada, testes estatísticos, técnica Delphi <u>Orientação teórica</u> Conceito de processo de enfermagem de Orem Fases de coleta 1) elaboração do roteiro; 2) validação do conteúdo do roteiro; 3) realização das entrevistas para grupo intervenção; 4) realização das entrevistas para grupo controle	96 maiores de 18 anos de ambos os sexos com infecção pelo HIV e diagnóstico de tuberculose	Ambulatório público de hospital referência para doenças infecciosas em Fortaleza/CE	Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem para pacientes com infecção HIV/TB baseado na Teoria de Orem; 2-Avaliar a efetividade da consulta de enfermagem na adesão e qualidade de vida de portadores de HIV/Aids durante o tratamento tuberculoso”	Observou-se déficit principalmente quanto ao apoio social inadequado (66,7%), dificuldade de acesso ao serviço por carência de transporte (60,4%) e falta de conhecimento sobre a doença e tratamento (43,8%). A partir da escala de qualidade de vida, foram encontrados índices baixos e homogêneos entre o grupo controle e grupo intervenção no início do acompanhamento. Ao final do acompanhamento, houve melhora da qualidade de vida no grupo intervenção nos domínios função geral, preocupação com a saúde, aceitação do HIV, satisfação com a vida e confiança no profissional. Na avaliação da dificuldade à adesão, ao final do tratamento, constatarem-se melhores escores no grupo intervenção e menor índice de abandono.
<u>Conclusões</u> A infecção HIV/tuberculose demanda não apenas cuidados clínicos ou farmacológicos, ou seja, ultrapassa o limite do biologicismo. Se impõe à Enfermagem a adequação do cuidar voltado na perspectiva promotora de saúde. Os achados demonstram ter havido interferência positiva do modelo de consulta de enfermagem proposto sobre a qualidade de vida dos sujeitos, na adesão e alta por cura da tuberculose. A amostra pequena (48 sujeitos) necessita de ampliações para subsidiar adaptações às diversas realidades de serviço do país. É necessária a reestruturação física e ampliação do ambulatório para propiciar melhores condições de trabalho e de conforto aos pacientes e redimensionamento do número de enfermeiros diante do aumento da demanda. Além disso, a utilização do espaço de sala de espera para sessões educativas, integração com ONG's para ampliação do alcance do grupo de adesão, implantação da consulta de enfermagem Orem para fornecer assistência sistematizada e melhorar registros no prontuário.					

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Matriciamento em planejamento familiar às mulheres com transtorno mental (ID14)	entrevistas, entrevistas estruturadas, oficinas, método da roda de gestão, análise de conteúdo <u>Orientação teórica</u> Concepção Paúlida Fases de coleta 1)entrevistas na ESF; 2)entrevistas no CAPS; 3)reunião de matriciamento	42 profissionais (enfermeiros e médicos) das unidades básicas com ESF e 8 profissionais do CAPS	11 unidades básicas de saúde com ESF e 1 CAPS do em Fortaleza/CE	Analisar o matriciamento como estratégia para efetivar o planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de planejamento familiar de mulheres com transtorno mental na atenção básica, bem como possíveis fatores que interfiram no atendimento nesse nível de atenção; 2-Verificar percepções da equipe de saúde do CAPS a respeito de demandas de mulheres portadoras de transtorno mental no campo do planejamento familiar; 3-Investigar contribuições de profissionais da ESF e do CAPS que venham a favorecer o atendimento ao planejamento familiar de mulheres com transtorno mental no sistema"	Na ESF foram consideradas condutas adequadas: preocupação com interação medicamentosa e com cuidado materno, indicação de métodos contraceptivos que não exijam controle feminino, responsabilidade do parceiro no planejamento familiar, vigilância ao abuso sexual, entre outros. Por sua vez, as condutas inadequadas na ESF foram o atendimento restrito ao quadro psicopatológico e conduta inadequada ao planejamento familiar de portadora de esquizofrenia. As demandas de planejamento familiar relacionadas pelos profissionais do CAPS foram: lidar com paciente sexualmente ativa, suscetível à violência sexual e à gravidez, com depressão e que fazem uso de carbonato de lítio. As contribuições dos profissionais para favorecer o atendimento às mulheres com transtorno mental são: redução do número de famílias por equipe na ESF, número insuficiente de agentes comunitários, capacitação dos profissionais em saúde mental, disponibilização dos anticoncepcionais, apoio matricial, envolvimento da família e administração supervisionada dos contraceptivos. No exercício de matriciamento ocorreu a problematização sobre a efetivação do planejamento familiar às mulheres portadoras de transtorno mental, integração ESF e CAPS, rastreamento da história reprodutiva e sexual na entrevista clínica inicial, apresentação dos pacientes para os novos profissionais caso ocorra troca na equipe, contracepção supervisionada, entre outros.	Os resultados apontam dificuldade de acesso das mulheres com transtorno mental às ações de planejamento familiar na ESF. As condutas inadequadas dos profissionais da ESF (atendimento restrito ao quadro psicopatológico, exclusão de mulheres com transtorno mental nas ações de planejamento familiar) infringem os direitos à saúde integral. Além disso, é necessária a compreensão de que a mulher com transtorno mental precisa de melhor assistência à sua saúde sexual e reprodutiva. Há necessidade de esforços políticos, que valorizem os preceitos do SUS, no atendimento integral, igualitário e de qualidade, contribuindo para a regularidade da oferta variada de contraceptivos e capacitação da ESF para saúde mental. A percepção dos profissionais de que o assunto é relevante na assistência em saúde da família é essencial. O matriciamento potencializa a coresponsabilização dos profissionais da ESF e CAPS no cumprimento dos direitos à saúde integral e é uma estratégia que favorece a promoção da assistência à contracepção de mulheres com transtorno mental pelas equipes saúde da família.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Características da atuação do enfermeiro no risco de gravidez na adolescência (ID15)	entrevistas, entrevistas estruturadas, teste de associação livre de palavras, entrevistas estruturadas, estatística descritiva <u>Orientação teórica</u> teoria das representações sociais Fases de coleta 1) captura das informações no banco SINASC; 2)captura das informações no banco SIM; 3) com entrevistas com enfermeiros da ESF	96 enfermeiros e 397.060 nascidos vivos residentes em Fortaleza registrados no banco SINASC e/ou SIM (1999-2008)	Unidades básicas de saúde com ESF e centro municipal de vigilância epidemiológica de Fortaleza/CE	Analisar a tendência a riscos da gravidez na adolescência e as representações sociais do enfermeiro acerca da prevenção <u>Objetivos específicos</u> 1-Verificar a tendência da prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce do recém-nascido de mães na adolescência precoce e tardia; 2-Correlacionar a prematuridade o baixo ao nascer, a mortalidade neonatal precoce do recém-nascido de mães adolescentes precoce e tardia e adultas; 3-Descrever as representações sociais de enfermeiros sobre a prevenção da gravidez na adolescência e os riscos para o recém-nascido"	A tendência de nascidos vivos não foi crescente nesse período, no entanto, houve redução dos nascidos vivos na adolescência tardia e um aumento na adolescência precoce, denotando que as adolescentes estão engravidando cada vez mais cedo. Há melhoria nos registros do SINASC. Os nascidos vivos de mãe adolescente apresentaram maiores riscos de nascer com baixo peso, prematuro e morrer antes de completar seis dias de vida do que os de mãe adulta. Esse risco é maior para os filhos de mães de 10 a 14 anos. As adolescentes concentram maiores proporções de nascidos com fatores de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce, constituindo-se a gravidez na adolescência um fator de risco. Os enfermeiros caracterizaram que a prevenção da gravidez na adolescência relaciona-se ao desenvolvimento das habilidades de educação em saúde, advocacia, contracepção, projeto de vida dos adolescentes e coresponsabilização da família, escola e UBS; os motivos para não desenvolvimento das ações são o processo organizacional que não prioriza ações de promoção, sobrecarga de trabalho e equipes incompletas; a utilização dos bancos SINASC e SIM na prática cotidiana não ocorre por dificuldade de acesso; a atenção ao	A gravidez precoce provém da multicausalidade, mas transcende os efeitos biológicos (efeito-idade) e ancora outros fatores de ordem social, econômico e cultural levando em consideração subjetividades – valores, crenças, atitudes e desejos. Os sujeitos relataram que os riscos da gravidez precoce estão vinculados à responsabilidade da ESF no aumento da mortalidade infantil e materna; as ações de prevenção são desenvolvidas na educação em saúde coletiva por meio de grupos na escola, na comunidade e UBS e na consulta de enfermagem. Os bancos SINASC, SIM e outros sistemas de informação podem subsidiar a prática do enfermeiro na ESF. Esperamos que o estudo possa contribuir na área de saúde coletiva suscitando reflexões sobre a prática do enfermeiro na ESF e subsidiando a implementação das políticas públicas de saúde ao adolescente em Fortaleza. Há ainda muito a avançar para se alcançar uma atenção à saúde adequada aos direitos dos adolescentes, expressos na legislação brasileira e nas políticas de saúde, que seja digna, equânime, resolutive, de qualidade, humanizada ao adolescente na perspectiva

						adolescente é prejudicada pelas drogas, falta de adesão do adolescente, condições precárias de trabalho e falta de capacitação.	da promoção da saúde.
--	--	--	--	--	--	---	-----------------------

NÚCLEO SENTIDO	DE	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
		Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados	Conclusões
Ações para enfrentamento da violência ao idoso (ID16)		entrevistas semi-estruturadas, análise do discurso Orientação teórica hermenêutica dialética Fases de coleta 1)entrevista com profissionais que ocupam cargo de gestão no município; 2)entrevista com enfermeiros da ESF; 3)entrevista com agentes comunitários	6 coordenadores de programa de saúde da SMS, 6 enfermeiros da ESF e 5 agentes comunitários	SMS e unidades básicas de saúde Sobral/CE	1-Compreender a atenção à saúde do idoso vítima de violência no sistema de saúde de Sobral/CE; a partir dos discursos de profissionais que integram a gestão e a assistência, considerando o princípio da integralidade”	Na visão dos gestores em saúde: a violência ao idoso é uma problemática complexa que não é vista como prioridade do sistema porque há muita demanda na ESF e dificuldade no diálogo intersetorial; a violência ocorre nos serviços públicos e no contexto familiar, a integralidade é um grande desafio do SUS e a dificuldade de acesso é justificada pela fragmentação da estrutura assistencial na linha de cuidado ao idoso que não favorece o diálogo entre os níveis de atenção e a referência e contra-referência. O diálogo do setor saúde com a assistência social, educação, segurança, moradia, órgãos judiciários e ONG's precisa ser aprimorado e é necessária a construção de ações jurídico-institucionais para o reconhecimento, identificação e acompanhamento dos casos de violência ao idoso. Na visão dos enfermeiros não há continuidade do cuidado ao idoso que é vítima de violência nas outras instâncias do sistema de saúde, serviços com equipe multiprofissional e interdisciplinar potencializam a assistência de qualidade no SUS, não há rede integrada de enfrentamento a violência ao idoso no município, entre outros. Na visão dos agentes comunitários: a violência ao idoso é recorrente no seu trabalho com as famílias, o idoso expressa a ocorrência da violência, mas sente medo e o disque idoso não é eficaz.	A operacionalização das políticas públicas em conformidade com os princípios do SUS é desafiante. O sistema de saúde de Sobral apresenta um modelo de atenção ao idoso que reconhece o aumento dos maus tratos. A atenção ocorre de forma negligenciada nos discursos dos sujeitos entrevistados porque há dificuldades na operacionalização do princípio da integralidade. As políticas do governo federal são contempladas parcialmente no cotidiano dos serviços. Há dificuldade na constituição de uma rede de enfrentamento à violência e não se dispõe de serviços organizados para dar resolutividade aos casos denunciados.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE		
Compreensão das condições de saúde - perfil e distribuição espacial da deficiência visual, auditiva e física (ID17)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Resultados
	entrevistas estruturadas, estatística descritiva, geoprocessamento em saúde <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)realização das entrevistas; 2)capacitação do ACS; 3)entrevistas com gerentes, cuidadores e pessoas com deficiência; 4)identificação do perfil de saúde/doença das pessoas com deficiência que são assistidas pelo ACS; 5)coleta das coordenadas geográficas dos endereços por latitude/longitude; 6)análise espacial por distrito e setor censitário	1427 pessoas com deficiência visual, auditiva e física cadastradas na ESF	Unidades básicas de saúde ESF no município do Crato/CE	
				Conclusões
				Os agentes comunitários carecem de medidas adequadas para o provimento de cuidados mediadores de promoção da saúde. O georreferenciamento teve maior prevalência na zona rural e concentração nas periferias do município. É preciso que as informações georreferenciadas subsidiem a gestão das áreas prioritárias. Os ACS estão sensíveis ao tema, mas é necessário que o restante da equipe da ESF, NASF e média/alta complexidade sejam sensibilizados. O desenvolvimento de linhas de pesquisa na Enfermagem pode potencializar o aprimoramento das condições de cuidado das pessoas com deficiência.

NÚCLEO SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE			Resultados	Conclusões
Compreensão da qualidade dos sistemas de informação - acompanhamento de câncer do colo de útero (ID 23)	Instrumentos e/ou procedimentos estruturados e semi-estruturados Orientação teórica de modelo conceitual de Polit, Beck e Hungler Fases de coleta 1) lista das mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino cadastradas no SISCOLO municipal; 2) lista das mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino que fizeram radioterapia e/ou quimioterapia – APAC-ONCO; 3) lista das mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino que fizeram procedimentos cirúrgicos – AIH; 4) lista das mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino que faleceram – SIM; 5) busca das mulheres no prontuário eletrônico da APS com ESF; 6) entrevista no domicílio	Sujeitos 80 mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino que estão registradas nos sistemas de informação do município em 2008	Local Centro de vigilância epidemiológica do município de Fortaleza/CE	“Objetivo geral Avaliar o seguimento de mulheres com CCU na perspectiva dos sistemas de informação de saúde e de mulheres que não obtiveram registros de seguimento nestes sistemas Objetivos específicos 1-avaliar nos sistemas de informação (SAI/SUS, SIH/SUS e SIM) os procedimentos que caracterizam o seguimento recebido por mulheres com diagnóstico de CCU; 2- conhecer a escolaridade, ocupação e renda familiar de mulheres com CCU, sem registros de seguimento nos referidos sistemas de informação; 3- levantar aspectos relacionados ao recebimento do resultado de exame de Papanicolaou de mulheres com CCU, sem registros de seguimento; 4- identificar aspectos relacionados à realização de encaminhamentos para outros níveis de atenção para as mulheres com CCU, sem identificação de seguimento nos sistemas de informação; 5- verificar o estado atual de seguimento das mulheres com CCU, sem registro de seguimento nos referidos sistemas de informação de saúde”	Ocorreram 80 casos de câncer de colo uterino em mulheres residentes em Fortaleza no ano de 2008 (2,6% abaixo de 25 anos, 61,2% na faixa de 25 a 59 anos e 36,2% acima de 60 anos). O carcinoma epidermóide acometeu 81,2% das mulheres e o adenocarcinoma 18,2% dos casos. Os bancos SIA/SUS, SIH/SUS e SIM caracterizaram seguimento de 50% das mulheres. O prontuário eletrônico identificou seguimento para 16,2% das mulheres e 33,7% não apresentaram seguimento em nenhuma fonte. Foram entrevistadas 20% das mulheres (baixas condições socioeconômicas, o resultado do exame foi entregue em 30 dias, 87,5% receberam encaminhamento para instituição com maior nível de complexidade). Houve evidência de subregistro no SIH.	A maioria das mulheres registradas no sistema público com diagnóstico de câncer de colo uterino estavam entre 25 e 59 anos. Houve ausência de registro de atendimento no prontuário eletrônico (16,2%) e realização de entrevista no domicílio (33,7%). A avaliação de seguimento só foi possível porque foram utilizados os sistemas de mortalidade, internamento hospitalar e autorização de procedimentos de alto custo em oncologia. É importante a adoção de estratégias que fortaleçam o SISCOLO como o único sistema oficial que subsidia as ações de combate ao câncer de colo uterino e facilita o acesso de todas as informações sobre a doença num único sistema. Assim evita-se perda de tempo na busca em outros sistemas e potencializa-se o processo decisório.

UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Resultados	Conclusões
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral		
Cotidiano de saúde dos jovens (ID27)	entrevistas semi-estruturadas	19 jovens de 15 a 24 anos	11 instituições sociais que atendem jovens na área de abrangência de 2 unidades básicas com ESF em Belo Horizonte/MG	Analisar os modos de vida juvenis apreendendo os significados e sentidos que os jovens dão à saúde em seu cotidiano	As ações de cuidado de saúde levam em consideração os recursos presentes no dia a dia e na vivência da condição juvenil. Os discursos dos jovens revelaram que a concepção de saúde prevalente é aquela centrada no comportamento, sendo que o corpo é o foco das práticas de cuidado em saúde. A relação com o corpo, em sua conotação simbólica, biológica e cultural foi destacada pelos jovens como ações de cuidado. Tais ações são construídas nos espaços sociais que fazem parte do seu cotidiano e são transversais em suas vidas. As fragilidades para o cuidado à saúde podem ser superadas por meio da participação, identidade e pertencimento ao bairro com o desenvolvimento local e interação com a condição juvenil em sua heterogeneidade.	<u>Conclusões</u> A promoção da saúde juvenil precisa partir dos modos de vida dos jovens, interagindo com eles no seu cotidiano e desconstruindo a perspectiva tradicional de que as ações de cuidado se materializam em espaços específicos. O serviço de saúde não foi revelado pelos jovens com expectativas para melhoria na condição de saúde. Faz-se necessário construir estratégias de imersão no cotidiano dos jovens para potencializar junto com eles as ações cuidadoras por meio do aporte de informações seguras que demandam seus discursos. As ações de cuidado com a saúde têm, na vida dos jovens, um espaço de invisibilidade que interage com suas prioridades e são marcadoras da sua condição juvenil. A pesquisa poderá contribuir para as práticas cotidianas de cuidado com a saúde dos jovens e como subsídio para a formulação de políticas de saúde voltadas para os jovens de camadas populares.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE	Resultados	Conclusões
Caracterização da violência laboral (ID35)	<p><u>Sujeitos</u> 269 trabalhadores de saúde de todos os setores do hospital (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos e técnicos de radiologia)</p> <p><u>Local</u> Hospital público municipal de Porto Alegre/RS</p>	<p>“Objetivo geral Analisar a violência sofrida por trabalhadores de saúde de um hospital público de pronto socorro e as suas implicações na saúde mental desses profissionais <u>Objetivos específicos</u> 1-identificar a ocorrência da violência no contexto de trabalho em saúde e caracterizá-la quanto ao tipo, suas vítimas e perpetradores; 2- verificar associações e correlações entre violência, síndrome de Burnout e transtornos psíquicos menores; 3- compreender as repercussões da experiência da violência laboral, bem como a influência da organização do trabalho nessas vivências; 4- identificar dispositivos protetores e promotores da saúde no trabalho frente à experiência da violência laboral”</p>	<p>Na amostra prevaleceram mulheres (58,4%), com idade média de 49 anos e experiência de 24,8 anos no setor saúde. Os auxiliares/técnicos de enfermagem representaram 45,4% da amostra, 33,5 % eram médicos, 10% enfermeiros e 11,1% outros profissionais da equipe. A violência no trabalho foi referida por 63,2% dos participantes e prevaleceu no sexo feminino, entre auxiliares/técnicos de enfermagem, com médias inferiores de idade e de anos de escolaridade e maior carga horária semanal. Também foi associada com a violência, os acidentes de trabalho, os dias ausentes, a preocupação com a violência e a insatisfação com o trabalho. A agressão verbal foi o tipo de violência que fez mais vítimas (48,7%), seguida da intimidação/assédio moral (24,9%), da violência física (15,2%), da discriminação racial (8,7%) e do assédio sexual (2,5%). Os pacientes foram os principais perpetradores da violência no trabalho (35,4%) devido aos efeitos de drogas, situação clínica, condição de “bandido” ou decorrência do atendimento precário. A violência nas interações sócioprofissionais expressou o abandono dos trabalhadores diante da precariedade do trabalho. As regras de ofício se mostraram fontes de fragilização das relações por resultar de acordos que negam e racionalizam os constrangimentos do trabalho. Os transtornos psíquicos menores atingiram 17,1% da amostra e associaram-se à violência. O aumento da exposição a cada tipo de violência acresceu em 60% as chances desses transtornos. As dimensões do <i>Burnout</i> tiveram associação com a violência no trabalho. O reconhecimento no trabalho se mostrou menos frequente dentre as vítimas da violência e se associou inversamente à prevalência dos agravos. As medidas de segurança e os espaços coletivos de negociação foram identificados como dispositivos para a promoção da saúde e a proteção à violência no trabalho.</p>	<p><u>Conclusões</u> A abordagem metodológica permitiu constatar a ocorrência da violência de duas maneiras: pela mensuração da violência que acometeu 63,2% dos trabalhadores e, nas entrevistas, pelo sofrimento manifesto nas falas dos trabalhadores. Como principal contribuição deste estudo há a revelação de uma problemática antes obscura, mas com danos progressivos à saúde dos trabalhadores. A violência no hospital tem atingido principalmente as mulheres que ocupam cargos de auxiliares/técnicos de enfermagem atrelado as características das atividades desempenhadas e das horas semanais de trabalho (elas têm mais tempo de trabalho em contato direto com os pacientes). Os malefícios da violência estão atrelados às intercorrências típicas do trabalho como acidentes e absenteísmo, interferindo na satisfação do trabalhador e na vivência da insegurança. Os pacientes foram os principais perpetradores da violência e agiam sob efeito de drogas ou devido aos danos neurológicos. Os trabalhadores revelaram a influência de julgamentos de valores sobre as interações assistenciais às pessoas que sofreram ou perpetraram a violência e aos representantes da exclusão social, como os pobres, dependentes químicos e infratores da lei porque se sentiam inseguros e impotentes diante dessa realidade. A precariedade do trabalho foi geradora de revolta em todos os profissionais envolvidos no trabalho em saúde e sem reelaborar o vivido, os trabalhadores se deixam tomar pelas emoções dos conflitos interpessoais do cotidiano extravasando impaciência, irritabilidade e violência. A análise permitiu aprofundar a compreensão da violência como algo reacional, uma luta diante do aniquilamento da identidade do trabalhador frente à violência estrutural e comportamental.</p>

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	Resultados	Conclusões
Atuação da equipe multiprofissional no cuidado em Diabetes Mellitus (ID37)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivos 1-Analisar cartografias do cuidado no diabetes considerando-se indivíduos, famílias, profissionais e serviços de atenção básica de saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos em contextos de pobreza; 2-Reconhecer as interinfluências do cuidado individual, familiar e profissional de indivíduos com diabetes em situações de pobreza usuários de unidades básicas de saúde; 3-Compreender as relações e mediações estabelecidas entre os saberes de senso comum (culturas individuais, familiares e de gênero) e os saberes “científicos” implicados nos serviços e nas ações profissionais e cuidados de saúde na direção das limitações e da sua eficiência prática”	A maioria dos sujeitos tem entre 50 e 60 anos (60%) não há sistema de coleta de esgoto em 20% dos domicílios e todos tiveram diagnóstico de DM de forma inesperada. Em geral, consideraram a DM como uma doença perigosa. A palavra limites foi repetida por todos os entrevistados, como sendo a pior parte do tratamento. Saber que sempre terão de controlar tudo o que comem e ingerem, é um peso com o qual é difícil conviver. Todas as famílias disseram que a parte financeira é um grande entrave para o tratamento adequado. A precariedade socioeconômica influencia tanto no tratamento das complicações quanto no acompanhamento e prevenção das consequências do DM. A postura dos profissionais frente a isso é de resignação. Os familiares precisam controlar os horários para que as pessoas com DM não esqueçam da medicação. A dificuldade de seguimento da dieta é confirmada pela maioria das famílias. A atitude de reprovação dos profissionais tende a afastar cada vez mais as pessoas com DM do vínculo profissional-indivíduo. A rotatividade na equipe dificulta o vínculo e o desenvolvimento de atendimentos continuados.	O DM é encarado como uma doença limitante, que demanda muitos cuidados e que impõe muitas limitações físicas e sociais. A partir das cartografias foi possível entender lógicas de organização do indivíduo e sua família em relação aos cuidados com o DM e constatar dificuldades impostas pelas condições de vida para a realização dos cuidados em relação à doença. A heterogeneidade de situações em que as famílias estão inseridas mostram a tendência clássica das culturas de gênero na predominância dos agentes femininos no cuidado. Não existe lugar nem estímulo nos serviços de saúde para a participação das famílias no cuidado a pessoa com DM e alguns profissionais disseram que só envolviam a família quando haviam situações de analfabetismo e velhice. Evidenciou-se a fragilidade do sistema de saúde, pois os profissionais não conseguem visualizar as dificuldades enfrentadas no seguimento por causa da sobrecarga de trabalho e da pouca compreensão das situações de vida dos indivíduos. É importante fomentar a realização de ações com processos comunicacionais mais efetivos para fomentar o processo terapêutico e a responsabilização dos profissionais e gestores no cuidado aos indivíduos com DM.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		
Demandas de cuidado não atendidas (ID39)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados	Conclusões
	entrevistas semi-estruturadas, <i>software</i> SPSS e NVIVO, método da teoria fundamentada nos dados	26233 chamadas telefônicas de usuários que pediram socorro ao serviço de atendimento móvel de urgência	serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre/RS	Analisar a construção da demanda ao serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) do município de Porto Alegre considerando não pertinente pelo serviço, tendo em conta os problemas de saúde dos solicitantes	Em 2009, a demanda não pertinente ao SAMU de Porto Alegre representou 33,2% (26.233) das chamadas telefônicas dirigidas ao 192. As chamadas mais frequentes partiram do sexo feminino (53%), faixa etária dos 20 aos 39 anos (32,8%), em domingos e sextas-feiras (15,2%), no mês de julho (10,2%), tipo de socorro clínico (45%) e subtipo de socorro orientação (26%). Os elementos da demanda não pertinente ao SAMU são de natureza biológica, econômica, social e cultural e são produtos e produtores da própria demanda não pertinente. Os doentes crônicos referiram sinais e sintomas conforme a sua experiência como portadores de uma doença e a percepção de gravidade pode ter sido exacerbada quando o evento é novo e de natureza desconhecida. A	Observa-se que a maioria dos pedidos de socorro ao SAMU partiu de moradores dos bairros mais pobres e isso indicou que necessidades socioeconômicas estavam implicadas na composição das demandas não pertinentes (a demanda não pertinente é produto e é produtora de vivências de vulnerabilidade resultando da ação dos sujeitos e da estrutura para atender os agravos de saúde). Esse primeiro resultado direcionou o estudo para argumentar que haviam outras necessidades envolvidas no fenômeno da demanda não pertinente além do agravo de saúde. As necessidades biológicas tiveram origem no agravo e na disponibilidade da rede serviços, as necessidades econômicas estiveram relacionadas à falta de acesso a um transporte até o serviço de saúde, as necessidades sociais tiveram relação com o apoio de uma rede social em circunstâncias de agravo, as necessidades culturais inter-relacionam todas as outras a partir do ideário sobre medicalização, novas tecnologias e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A demanda não pertinente não pode ser vista apenas como o produto de um pedido inadequado de socorro, mas como resultado de um processo
	<u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada			Objetivos específicos		
	Fases de coleta			1-caracterizar a demanda ao SAMU do município de Porto Alegre, no ano de 2009, considerada não pertinente pelo serviço, identificando três bairros de maior número desta demanda e relacionando-a com as variáveis: gerência, tipo de socorro, sexo e idade do solicitante, horário e dia da semana do atendimento; 2-identificar as três gerências de maior frequência de demanda não pertinente, na cidade de Porto Alegre; 3-identificar um bairro com maior frequência de demanda não pertinente pertencente a cada uma das três gerências de maior frequência demanda não pertinente na cidade de Porto Alegre; 4-Conhecer a partir das experiências dos usuários de três bairros do município de Porto Alegre que foram sujeitos das demandas por acesso ao SAMU consideradas não pertinentes pelo serviço, as situações e os motivos		

	telefone (31 pessoas)			que originaram tais demandas; 5-Identificar que problemas de saúde urgentes foram percebidos pelos usuários nas situações referidas, analisando os sentidos de urgência de saúde que embasaram estas percepções e os procedimentos de primeiros socorros adotados”	falta de recursos financeiros para atender à necessidade de transporte adequado em situação de agravo agudo foi reiterado por vários usuários que compuseram a demanda não pertinente ao SAMU.	complexo de interação entre agentes e entre estes e o seu meio, numa série de atividades e práticas exercidas e reproduzidas. Há necessidade de abordagens individuais e coletivas para o estudo do fenômeno da demanda não pertinente.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
Ações de controle da tuberculose e o itinerário terapêutico indígena (ID46)	Instrumentos e/ou procedimentos exame radiológicos e laboratoriais, entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, <i>software</i> EPI-Info e SPSS, testes estatísticos e análise de conteúdo <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)definição da amostra; 2)treinamento da equipe de pesquisadores; 3)realização das entrevistas; 4)realização dos exames; 5)realização das entrevistas	Sujeitos 1213 indígenas de quatro aldeias das populações da etnia Munduruku no estado do Pará (Kaó, Missão São Francisco, Nova Karapana Tuba e Sai Cinza)	Local Quatro aldeias das populações da etnia Munduruku no estado do Pará (Kaó, Missão São Francisco, Nova Karapana Tuba e Sai Cinza)	“Objetivo geral Analisar a magnitude da tuberculose na etnia Munduruku relacionando-a com os itinerários terapêuticos no contexto cultural local Objetivos específicos 1-identificar os sintomáticos respiratórios de interesse para o diagnóstico da tuberculose nas quatro aldeias do estudo; 2-identificar a ocorrência de tuberculose ativa entre os sintomáticos respiratórios; 3-estimar a prevalência de infecção por M. tuberculosis e fatores associados na etnia sob investigação; 4-descrever as características clínicas radiológicas de sintomáticos respiratórios e pessoas com resultado de PT = ou > ou 10 mm; 5-descrever os itinerários terapêuticos empregados para o tratamento da tuberculose no contexto local”	Resultados Verificou-se elevada prevalência de sintomáticos respiratórios e infecção tuberculosa, essencialmente em adultos. Na análise multivariada, o preditor mais fortemente associado com a infecção tuberculosa foi a idade, seguida da história de contato com a doença. A prevalência pontual foi de 82,4 por 100 mil. A análise radiológica confirmou a presença da tuberculose no presente e no passado. A forte associação da idade pode ser atribuída ao intenso contato em outras aldeias e na zona urbana. Os dados qualitativos revelaram as múltiplas explicações Munduruku para o adoecimento, embasadas nas manifestações corporais e na crença religiosa e os itinerários terapêuticos em busca de tratamento para a tuberculose. Nesse percurso valorizam o saber local, mas são fortemente atraídos pela biomedicina e ressaltam o enfermeiro como profissional de referência para a assistência à saúde. O serviço de saúde disponibilizado aos indígenas não contempla as ações de controle da doença nem a singularidade cultural da etnia.	Conclusões Há alto percentual de sintomáticos respiratórios nas aldeias (acima do previsto pelo MS), as condições socioeconômicas favoreceram a disseminação da doença (habitações fechadas, escuras, úmidas, pouca salubridade, baixa renda, difícil acesso à alimentação, desconhecimento das medidas de controle e transmissão da doença, hábito de vida gregária com aglomeração de famílias num único domicílio e alta mobilidade espacial que favorece o contato entre doente e suscetível). É preciso revisão das autoridades sanitárias do governo federal, estadual e municipal em relação às estratégias de identificação do SR, diagnóstico e tratamento dos doentes e controle dos sadios nas comunidades indígenas. O contexto cultural influenciou no adoecimento e na recuperação dos doentes. O expressivo número de sintomáticos respiratórios em todas as idades ratifica a necessidade de reorganização da APS nas aldeias para que a busca sistemática seja feita por toda a equipe de saúde. Não há a rotina de fazer a busca ativa de SR e a coleta do exame de escarro. O indígena se desloca até Jacareacanga para fazer o exame de escarro ocasionando atraso no diagnóstico, intensificação do contágio e alterações na rotina cultural de todos os familiares já que toda a família vai junto com o indígena até a cidade. Um ponto positivo é que os indígenas mundurucus são receptivos à assistência na APS. As diretrizes do PNCT não são operacionalizadas totalmente nas aldeias. Há falta de alinhamento do trabalho em saúde com as bases culturais da etnia. Os indígenas mais escolarizados exibem um discurso distante da sua cultura étnica que fragiliza valores e crenças nativas. O enfermeiro deve desenhar sua ação com foco no cuidado cultural para preservar a cultura étnica já que atua quase que com exclusividade nas aldeias e levar em consideração a participação dos pajés e dos puxadores do peito nos processos de cura. A enfermagem tem priorizado o cumprimento da terapêutica medicamentosa em detrimento das práticas educativas em saúde. É vital o entrelaçamento de outras disciplinas das ciências sociais para a prática resolutiva em saúde coletiva.

NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE		
Percepção do enfermeiro sobre o controle da tuberculose (ID52)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivos 1-Descrever as representações sociais de enfermeiros que atuam na atenção básica sobre a tuberculose; 2-Characterizar os modos de lidar de enfermeiros com a doença e o doente; 3-Discurrir as políticas e a inserção dos enfermeiros nas práticas institucionais de saúde voltadas ao controle da tuberculose e atendimento dos doentes, tomando como base suas representações sociais sobre a doença”	Resultados Há predomínio do sexo feminino, faixa etária acima de 45 anos, cor parda e religião católica. Na linha temática “tuberculose e o ambiente: o medo do contágio” há a vertente clínico-epidemiológica e a do estigma e preconceito. As enfermeiras relatam insegurança ocupacional porque a estrutura física dos consultórios é descrita como lugares insalubres e a grande movimentação na sala de enfermagem dificulta a privacidade do paciente. Por sua vez, na linha temática “doente com tuberculose: estereotipado e temido” há destaque para o uso do superlativo para exemplificar que o paciente está, por exemplo, abatido, apático ou com medo. Além disso, a percepção de que o paciente com tuberculose é perigoso e uma fonte de contaminação. Finalmente, na linha temática “lidar com a doença e o doente: as escolhas” há menção às práticas de biossegurança, a redução do convívio e contato no consultório e ao afeto polarizado de domadora a babá.	Conclusões A percepção das enfermeiras sobre tuberculose agrega o enfrentamento a partir dos conceitos de biossegurança quanto os elementos de sua vivência pessoal que são influenciados pelo contexto do local de trabalho e pela mobilização dos afetos. O doente é visto como um ser perigoso quando não aderem ao tratamento. A tríade doença/doente/quem atende não pode ser vista de forma separada. É importante a criação de grupos que propiciem a convivência entre doentes em tratamento, pessoas que já se curaram e profissionais de saúde porque tais estratégias permitirão a partilha de experiências, a circulação de informações e a reinterpretção da realidade para desmistificar a doença. É necessária a compreensão das subjetividades para poder se intervir na realidade.
	entrevistas semiestruturadas, análise de conteúdo	52 enfermeiros da ESF	23 unidades básicas de saúde com ESF em Belém/PA			
Orientação teórica	teoria das representações sociais					
Fases de coleta	1)captação dos sujeitos;					
2)realização das entrevistas						
NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE		
Compreensão das condições de saúde do idoso - avaliação da capacidade funcional (ID53)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral Avaliar a capacidade funcional de idosos atendidos no programa de controle de hipertensão e diabetes de uma unidade de saúde de Belém/Pará, discutindo as implicações para o cuidado de enfermagem. Objetivos específicos 1-Analisar a associação da capacidade funcional dos idosos com variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas à saúde, condições clínicas e de tratamento, hábitos e comportamento da saúde e de participação em atividades sociais e/ou de apoio social; 2-Comparar a capacidade funcional autorreferida dos idosos com aquela verificada no desempenho em teste de aptidão física; 3-Discurrir as implicações da avaliação da capacidade funcional para o cuidado de enfermagem voltado para esse grupo de idosos”	Resultados Há predomínio do sexo feminino (71%), média de idade de 68,3 anos, 58,2% das mulheres e 52% dos homens referiram HAS, auto percepção considerada boa para própria saúde em 46,7% dos homens e 44,6% das mulheres e há sobrepeso em 46,7% dos homens e 47,3% das mulheres. A maioria dos idosos referiu não ter dificuldade de acesso na obtenção de medicamentos, comparecimento às consultas agendadas e independência para ir sozinho à UBS. Em relação ao teste Mini-Cog há 65,3% dos homens e 67,9% com resultado normal. Por sua vez, no teste do relógio houve melhor desempenho dos homens casados e com mais escolaridade. Nenhum dos idosos alcançou o tempo padrão para as tarefas preconizadas pelo teste de aptidão funcional.	Conclusões A avaliação da capacidade funcional pelo enfermeiro da APS é estratégia útil na atenção ao idoso. Os homens obtiveram melhor desempenho nos testes. O sobrepeso, efeito do anti-hipertensivo na capacidade aeróbica, perda de fibra muscular por causa do envelhecimento, diminuição da flexibilidade, prática inadequada de atividade física e situação socioeconômica desfavorável talvez tenham sido responsáveis pela diferença entre os sexos. É importante que o enfermeiro utilize as informações da caderneta de saúde da pessoa idosa como ponto de partida para suas ações. Existem tecnologias simples na detecção precoce dos riscos físicos e cognitivos aos quais os idosos estão suscetíveis.
	Entrevistas estruturadas, testes estatísticos e software Epi-Info	259 idosos cadastrados no Programa HiperDia do Centro de Saúde Escola	Centro de Saúde Escola do Marco/UEPA e Laboratório de Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UEPA de Belém/PA			
Orientação teórica	Não foi encontrada					
Fases de coleta	1)treinamento da equipe de coletadores (4 alunos do bacharelado em Enfermagem);					
2)identificação dos prontuários no dia anterior a consulta mensal do programa HIPERDIA;						
3)entrevista no CSE;						
4)testes no laboratório da UEPA						
NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE		
Características da atuação do enfermeiro na educação em saúde (ID58)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral Desenvolver em construção coletiva e dialogada com as enfermeiras da ESF, estratégias de educação em saúde com base na realidade-ação vivenciada no distrito Guamá Objetivos específicos 1-Descrever as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras na ESF do distrito Guamá em Belém; 2-Discurrir com as	Resultados Os sujeitos interagem com a comunidade de forma frágil quando são ponte para o médico e de maneira forte como num relacionamento entre grandes amigos quando há aprendizado e respeito mútuo; também relatam que a violência interfere na qualidade da assistência prestada pela enfermeira na ESF. Por sua vez, percebem que ser educador é orientar, trocar conhecimentos e experiências por meio do diálogo e utilizando linguagem clara e acessível; a ação educativa ocorre por meio de palestras, explanações, reuniões e rodas de conversa; e a qualidade da	Conclusões Há uma relativa confusão conceitual entre as enfermeiras sobre as concepções bancária e libertadora da educação. Observa-se interesse pela mudança conceitual, mas há dificuldade na implantação de novas práticas por causa da falta de embasamento
	entrevistas estruturadas, oficinas, análise de conteúdo	9 enfermeiros da ESF	3 unidades básicas de saúde com ESF em Belém/PA			
Orientação teórica	Não foi encontrada					

	Fases de coleta dos sujeitos; 2)realização das entrevistas; 3)realização das oficinas			enfermeiras da ESF do distrito Guamá as ações de educação em saúde com base nas diretrizes pedagógicas de Paulo Freire e na teoria de aprendizagem de Piaget; 3-Analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras da ESF em Belém”	ação educativa é comprometida pela falta de recursos e apoio gerencial e administrativo. Finalmente, ação dialógica é definida por uma dinâmica de conversa, onde há, troca de informações e manifestações de emoções, sentimentos e cultura que ocorre durante as orientações e visitas domiciliares na comunidade. Tais ações educativas podem ser reconstruídas com a utilização de perguntas que promovam a reflexão numa roda de conversa sobre o conhecimento acerca da comunidade, das experiências e da valorização da cultura local.	teórico. A articulação entre o pensamento de Paulo Freire e o de Jean Piaget pode favorecer o desenvolvimento das ações educativas das enfermeiras em qualquer instância do sistema de saúde.	
NÚCLEO SENTIDO	DE	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		
Características da atuação do enfermeiro na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (ID59)		<u>Instrumentos e/ou procedimentos</u> entrevistas semi-estruturadas; análise do discurso <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos da pesquisa; 2)realização das entrevistas	<u>Sujeitos</u> 20 enfermeiros da ESF	<u>Local</u> 13 unidades básicas de saúde com ESF em Juiz de Fora/MG	<u>Objetivos</u> 1-Identificar a atuação da enfermeira em grupos voltados para direitos sexuais e reprodutivos na atenção básica; 2-Analisar a atuação da enfermeira nos grupos de educação em saúde em direitos sexuais e reprodutivos; 3-Discutir a atuação da enfermeira na educação em saúde para grupos voltados para direitos sexuais e reprodutivos na atenção básica à luz do referencial teórico da es em vista da promoção da saúde”	<u>Resultados</u> Os grupos são realizados principalmente nas dependências da UBS tanto na sala de reuniões quanto na copa, recepção e consultórios. Há predominância da coordenação pelas enfermeiras que são as responsáveis pelo acompanhamento dos usuários após o grupo para o preenchimento dos termos necessários aos métodos definitivos de contracepção e/ou acesso à contracepção hormonal. As enfermeiras relatam que a troca de saberes está vinculada às possibilidades de compartilhamento do conhecimento e que se sentem qualificadas para prestar orientações. A relação profissional com o usuário visa à normatização de comportamentos e atitudes e é fundamentada na supremacia do saber científico. Referem que o usuário é alheio à participação e a expectativa deles é assimilar as informações sem questionamento. Há carência de conhecimento para desenvolver intervenções grupais. A concepção de direito sexual e reprodutivo está atrelada à responsabilização individual e afirmam que os usuários tem precária assimilação do discurso sobre conquistas femininas.	<u>Conclusões</u> Não há efetiva integralidade na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e a consideração de que as enfermeiras são agentes de mudanças nesse processo na ESF. As concepções educativas estão pautadas em sua maioria na transmissão de conhecimentos com normatização dos comportamentos. A percepção fragmentada das enfermeiras sobre os direitos da mulher acaba por responsabilizando-a pela escolha dos métodos. É relevante que as enfermeiras se posicionem junto aos usuários, estando atentas a todas as faixas etárias, incluindo os homens. A revisão sobre a culpabilização da mulher no processo de escolha dos métodos contraceptivos permitirá a reorganização dos grupos de educação em saúde voltados aos direitos sexuais e reprodutivos.
NÚCLEO SENTIDO	DE	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		
Ações da equipe multiprofissional e o processo decisório (ID60)		<u>Instrumentos e/ou procedimentos</u> Oficinas, análise de conteúdo <u>Orientação teórica</u> Teoria do pensamento complexo de Morin <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das oficinas	<u>Sujeitos</u> 5 usuários e 2 equipes de saúde da família	<u>Local</u> 1 unidade básica de saúde com ESF em Ananindeua/PA	<u>Objetivo geral</u> Promover a ação-reflexão das equipes saúde da família e usuários quanto a avaliação como base orgânica do processo decisório <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar saberes e práticas avaliativas dos usuários e das equipes de saúde da família; 2-Analisar os fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais; 3-Contribuir com as equipes de saúde família na ressignificação da avaliação como processo”	<u>Resultados</u> Os principais problemas identificados durante as oficinas (e que fizeram parte da construção do diagnóstico no modelo de avaliação participativa) foram: baixa qualificação dos trabalhadores, falta de recursos humanos, avaliações não usuais e pouco sistêmicas no trabalho das equipes, necessidade de esclarecimentos sobre a ESF para empoderamento do grupo e demanda excessiva por consulta médica que sobrecarrega as agendas de atendimento. O problema prático escolhido para ação pelo grupo foi a necessidade de qualificação. A maioria referiu que não teve qualificação para trabalhar na ESF e que por não fazerem avaliação do próprio trabalho, não conseguem refletir sobre a realidade em que atuam. O ciclo de debates teve como temas: trabalhando em equipe; compreendendo a ESF e; desenvolvendo as práticas avaliativas no trabalho. Os debates ajudaram na superação do medo e da insegurança durante o desenvolvimento do trabalho na ESF e a percepção de que é importante a participação dos usuários para legitimação das ações e do processo de trabalho na ESF. Em relação à percepção sobre avaliação na ESF, o grupo referiu que a avaliação é algo espontâneo, serve para a identificação de problemas, busca de soluções e evita imprevistos no trabalho. Por sua vez, a prática avaliativa é referida como algo que é feito sem qualquer método ou modelo, de forma casual e assistemática. Finalmente, os determinantes para as práticas avaliativas não usuais estão relacionados às condições que fogem da governabilidade, como por exemplo, sobrecarga de trabalho, falta de condições materiais, falta de apoio das instâncias superiores, entre outros.	<u>Conclusões</u> É importante o empoderamento dos sujeitos no processo de avaliação e o processo avaliativo possibilitou a descoberta dos papéis desempenhados pelos diversos atores na ESF. Detectou-se que os enfermeiros assumem atividades assistenciais e administrativas e que é o único que consegue elaborar um plano com os agentes comunitários para o atendimento às reclamações dos usuários. Além disso, o processo avaliativo pode ser instrumento de apoio para o aprimoramento da reorganização do serviço, envolvendo o usuário e a equipe na cultura democrática de atuação frente aos problemas de saúde.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Governabilidade do enfermeiro na tomada de decisão (ID67)	Instrumentos e/ou procedimentos de observação, não-participante, entrevistas estruturadas	Sujeitos 10 enfermeiros da ESF	Local 10 unidades básicas de saúde com ESF em município médio porte da região sul do Brasil	Objetivo geral Analisar o governo do trabalho da enfermeira no que diz respeito a tomada de decisão e gestão das atividades cotidianas, na Estratégia Saúde da Família, a partir do discurso exposto em suas ações, na relação dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real	Resultados A agenda das enfermeiras está pautada prioritariamente pelas prescrições do gestor municipal, quais sejam a reorganização da atenção pela lógica do acolhimento, aumento da cobertura para controle do câncer de colo de útero e de mama, aumento da cobertura vacinal dos adultos e idosos e ações programáticas em saúde da mulher, criança, adulto, idoso e outros agravos. A atividade assistencial que mais ocupa a enfermeira é o acolhimento e por ser a coordenadora da equipe saúde da família, exerce assistência e gestão com um grande volume de trabalho. Há a tentativa de conciliar o cuidado direto com a coordenação da equipe por meio de objetivos amplos como promover a saúde, mas sem o acompanhamento de meios para sua realização. O acolhimento é visto como um dispositivo potente para transformar o modelo assistencial clínico/biológico em direção à racionalidade holística do ser humano e a integralidade. O direito universal aos serviços de saúde, a perspectiva da integralidade e a responsabilidade na produção da saúde dos usuários, são valores que orientam as microescolhas das enfermeiras nas práticas de acolhimento. A deteriorização das condições de trabalho – falta do médico, do ACS, do auxiliar administrativo e as modalidades contratuais – produzem dificuldades na operacionalização do conceito de integralidade e na utilização da sistematização da assistência de enfermagem.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Governabilidade do enfermeiro na tomada de decisão (ID67)	Instrumentos e/ou procedimentos de observação, não-participante, entrevistas estruturadas	Sujeitos 10 enfermeiros da ESF	Local 10 unidades básicas de saúde com ESF em município médio porte da região sul do Brasil	Objetivo geral Analisar o governo do trabalho da enfermeira no que diz respeito a tomada de decisão e gestão das atividades cotidianas, na Estratégia Saúde da Família, a partir do discurso exposto em suas ações, na relação dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real	Resultados A agenda das enfermeiras está pautada prioritariamente pelas prescrições do gestor municipal, quais sejam a reorganização da atenção pela lógica do acolhimento, aumento da cobertura para controle do câncer de colo de útero e de mama, aumento da cobertura vacinal dos adultos e idosos e ações programáticas em saúde da mulher, criança, adulto, idoso e outros agravos. A atividade assistencial que mais ocupa a enfermeira é o acolhimento e por ser a coordenadora da equipe saúde da família, exerce assistência e gestão com um grande volume de trabalho. Há a tentativa de conciliar o cuidado direto com a coordenação da equipe por meio de objetivos amplos como promover a saúde, mas sem o acompanhamento de meios para sua realização. O acolhimento é visto como um dispositivo potente para transformar o modelo assistencial clínico/biológico em direção à racionalidade holística do ser humano e a integralidade. O direito universal aos serviços de saúde, a perspectiva da integralidade e a responsabilidade na produção da saúde dos usuários, são valores que orientam as microescolhas das enfermeiras nas práticas de acolhimento. A deteriorização das condições de trabalho – falta do médico, do ACS, do auxiliar administrativo e as modalidades contratuais – produzem dificuldades na operacionalização do conceito de integralidade e na utilização da sistematização da assistência de enfermagem.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Estratégia de integração ensino-serviço permanente (ID68)	Instrumentos e/ou procedimentos de observação, não-participante, entrevistas estruturadas	Sujeitos 56 membros titulares e suplentes representantes do ensino, gestão, serviços e controle social das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço do Colegiado de Gestão Regional	Local Divisão Educação Permanente da SES do estado de Santa Catarina	Objetivos gerais 1-Analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política; 2-Estimular a ação-reflexão-ação no processo de trabalho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, a partir dos temas geradores que surgiram, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire	Resultados O estado de Santa Catarina contempla a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço desde sua criação em 2003. Todavia ainda persistem fragilidades na participação de diferentes esferas do governo e o envolvimento dos sujeitos que respondem por essas ações em nível local. Segundo os sujeitos da presente pesquisa há necessidade de revisão do plano regional, do regimento interno e da infraestrutura e divulgação das ações. Além disso, os sujeitos indicam que para promover a articulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em seus espaços de atuação, é importante que ocorra uma problematização sobre a referida Política porque há muitos que desconhecem ou têm conhecimento limitado. Também referiram que é necessária a mudança de postura e engajamento dos participantes das Comissões para que a atuação nas reuniões seja um espaço democrático exemplar de aprendizado coletivo.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Estratégia de integração ensino-serviço permanente (ID68)	Instrumentos e/ou procedimentos de observação, não-participante, entrevistas estruturadas	Sujeitos 56 membros titulares e suplentes representantes do ensino, gestão, serviços e controle social das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço do Colegiado de Gestão Regional	Local Divisão Educação Permanente da SES do estado de Santa Catarina	Objetivos gerais 1-Analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política; 2-Estimular a ação-reflexão-ação no processo de trabalho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, a partir dos temas geradores que surgiram, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire	Resultados O estado de Santa Catarina contempla a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço desde sua criação em 2003. Todavia ainda persistem fragilidades na participação de diferentes esferas do governo e o envolvimento dos sujeitos que respondem por essas ações em nível local. Segundo os sujeitos da presente pesquisa há necessidade de revisão do plano regional, do regimento interno e da infraestrutura e divulgação das ações. Além disso, os sujeitos indicam que para promover a articulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em seus espaços de atuação, é importante que ocorra uma problematização sobre a referida Política porque há muitos que desconhecem ou têm conhecimento limitado. Também referiram que é necessária a mudança de postura e engajamento dos participantes das Comissões para que a atuação nas reuniões seja um espaço democrático exemplar de aprendizado coletivo.

Conclusões

As enfermeiras transitam entre as exigências da política de produtividade, necessidades prementes demandadas pelos usuários e, mais timidamente, pelos contornos legais da profissão. A presente pesquisa revelou que as enfermeiras se aproximam dos valores e princípios éticos de defesa da vida, mas não se orientam igualmente para o exercício da prática. No confronto permanente entre as normas técnicas, profissionais e valores, a atividade de acolhimento é “atravessada” pelas prescrições do gestor local. Isto remete às relações hierárquicas de poder na operação das renormalizações, reproduzindo a dialética entre o singular e o geral, a micro-gestão do trabalho e o macro-contexto econômico e social dominante em determinado momento histórico. Há necessidade de negociação dos objetivos assistenciais com os profissionais médicos e os gestores para potencializar a organização do trabalho e a aproximação do que é prescrito pela Política Nacional da Atenção Básica.

Conclusões

As Comissões de Integração Ensino-Serviço desenvolvem ações limitadas porque há dificuldade no envolvimento e compromisso dos gestores com a educação permanente em saúde em nível local. É necessária a realização de avaliações quanti-qualitativas das ações desenvolvidas nas Comissões para defender a continuidade dos investimentos financeiros e humanos na educação permanente em saúde. As políticas públicas não podem ser reduzidas aos programas de ação estatal, pois, em essência são um processo social que demanda a problematização dos distintos sujeitos sociais que estão envolvidos efetivamente na sua operacionalização em nível local, regional e estadual.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Sujeitos	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Acessibilidade da pessoa com deficiência (ID69)	Instrumentos e/ou procedimentos: entrevistas semi-estruturadas e estruturadas	18 idosos com deficiência física, 3 profissionais (médicos e enfermeiros), 17 gestores de vários níveis hierárquicos	2 unidades básicas de saúde com ESF e SMS de Florianópolis/SC	“Objetivo geral Investigar a acessibilidade aos idosos com deficiência física nos serviços de saúde da atenção primária, no município de Florianópolis, na perspectiva destes, dos profissionais de saúde e dos gestores Objetivos específicos 1-Investigar as barreiras de acesso aos serviços de saúde na atenção primária enfrentadas pelos idosos com deficiência física, sob a perspectiva destes, dos profissionais e dos gestores de saúde; 2-Conhecer os significados, atribuídos pelos idosos com deficiência física, às suas experiências de acesso aos serviços de saúde na atenção primária; 3-Identificar as percepções dos profissionais de saúde e dos gestores sobre a acessibilidade aos idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária”	A média de idade dos usuários idosos foi de 76 anos, prevalência do sexo feminino, média de escolaridade de 2,3 anos de estudo e 28% analfabetos. Em relação aos gestores, a média de idade foi de 38 anos, prevalência do sexo feminino, a categoria profissional de maior destaque foi a de enfermeiros e o tempo de atuação profissional foi de 13 anos. Por sua vez, os profissionais de saúde tiveram média de idade de 39 anos, prevalência do sexo feminino e o tempo de atuação profissional de 10,6 anos. Os gestores evidenciaram limitações para a implementação das diretrizes da APS no atendimento ao idoso com deficiência física por causa das barreiras arquitetônicas e da estrutura física nas unidades básicas de saúde. Os idosos relataram que a APS não atende suas necessidades de saúde e que se sentem desrespeitados em sua condição de cidadão. Há grande dificuldade de acesso a especialistas, bens de consumo, exames de alta complexidade e transporte. Alguns profissionais de saúde e gestores mencionaram que a deficiência faz parte do processo de envelhecimento e que é uma ocorrência natural. Além disso, salientaram que o acesso depende essencialmente se a equipe está completa, se eles conseguem realizar visitas domiciliares regularmente e se o usuário idoso aceita que os familiares façam o agendamento das consultas.	Diante da complexidade do fenômeno envelhecimento, gestores e profissionais salientaram que é importante o trabalho intersetorial. Todavia, muitas vezes, as próprias pessoas com deficiência desconhecem seus direitos e os profissionais de saúde não se sentem preparados para os atendimentos. Há fragilidade na formação acadêmica e escassez de capacitações às equipes da ESF sobre atenção à saúde do idoso. Ressalta-se a deficiente rede de suporte em saúde para idosos e a vigência do modelo biomédico na APS. As fragilidades encontradas no atendimento aos idosos com deficiência física na APS contrariam os princípios do SUS. A APS deve configurar-se como porta de entrada desses idosos ao sistema de saúde e sugere-se a utilização de instrumentos que estratifiquem os riscos dessa população, a organização de fluxos de referência e contra referência, fóruns de discussão técnica, entre outros.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Sujeitos	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Características do processo de trabalho do enfermeiro com idosos (ID72)	Instrumentos e/ou procedimentos não-estruturadas, análise de conteúdo Orientação teórica Não encontrada Fases de coleta dos sujeitos; 2)realização das entrevistas	17 unidades básicas de saúde com ESF em Florianópolis/SC		“Objetivo geral Conhecer o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF no município de Florianópolis/SC Objetivos específicos 1-Descrever o processo de trabalho da enfermeira da ESF na atenção ao idoso; 2-Identificar os desafios que emergem no contexto da ESF para concretizar o trabalho da enfermeira na atenção ao idoso; 3- Apresentar as percepções e expectativas da enfermeira da ESF acerca da promoção da saúde do idoso na atenção básica; 4-Analisar o processo de trabalho da enfermeira na atenção à saúde do idoso na ESF, com vistas a compreender a conformação do seu trabalho dirigido a esse grupo etário”	Os enfermeiros relataram que a consulta de enfermagem ora é centrada na doença por meio dos programas de controle da HAS e DM e ora é centrada no idoso com o objetivo de acompanhar o processo de envelhecimento, independente de haver ou não algum problema de saúde. Em relação aos grupos educativos nos quais os enfermeiros participam, aqueles que ocorrem no interior da UBS estão vinculados às patologias e dispensação do medicamento associado à frequência do idoso nas reuniões. Os grupos externos (que ocorrem em pontos do território) tem como foco a convivência comunitária. Nas visitas domiciliares, são desenvolvidas ações de promoção e prevenção com a percepção de que a violência ao idoso tem forte relação com o cuidado prestado no domicílio. O enfermeiro se sente impotente em relação à violência intrafamiliar e demonstra preocupação em dar visibilidade ao problema com apoio dos serviços disponíveis no município.	A atuação do enfermeiro na atenção ao idoso ocorre de forma assimétrica e algumas vezes em contradição com a proposta da ESF. O reconhecimento das políticas de saúde do idoso é um dos passos para o direcionamento das práticas profissionais. É importante que o enfermeiro que atua na ESF se conscientize que o cuidado efetivo exige aproximações sistêmicas das orientações políticas e do contexto sociocultural e histórico no qual o idoso está inserido. O enfermeiro carrega um triplo desafio na ESF: 1)consolidar seu espaço de trabalho – que exige um exercício de aproximação das políticas de saúde e das práticas específicas à sua categoria; estabelecer relações mais próximas com as políticas de saúde locais; 3)sensibilizar aqueles que não se identificam com o trabalho voltado ao idoso. A superação de tais situações pode contribuir para a ampliação da atuação do enfermeiro na atenção ao idoso na ESF.

UNIDADE DE CONTEXTO					RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos não-estruturados, análise de conteúdo	Sujeitos 14 enfermeiros da ESF	Local 5 unidades básicas de saúde em ESF em Belém/PA	Objetivos 1-Conhecer e analisar a percepção das enfermeiras da ESF do distrito administrativo Guamá em Belém/PA, sobre o contexto de atuação, as condições de trabalho e os conhecimentos técnicos que possibilitam, ou não, atender as necessidades de saúde do idoso em âmbito familiar e comunitário"	Resultados Os sujeitos relataram que fazem o atendimento ao idoso e às suas famílias por meio das consultas de enfermagem e das visitas domiciliares. Fazem uso dos conhecimentos obtidos durante a formação universitária e sentem que há insuficiente capacitação sobre o tema. Criam estratégias integradas de saúde por meio da articulação entre idosos, familiares, comunidade e serviços presentes na área adscrita e gerenciam a fragmentação da assistência. Apesar da Política de Saúde da Pessoa Idosa, o idoso não é tido como prioridade na ESF e perpetua o modelo biomédico centrado na queixa-conduta. A atuação no domicílio é prejudicada pela violência territorial (precária segurança pública) e, consequentemente, a jornada de trabalho tende a se concentrar quase totalmente no interior da UBS. Os sujeitos relataram que o tipo mais frequente de violência é a negligência dos filhos em relação aos pais idosos e a constatação da violência tem como encaminhamentos possíveis: 1) não denunciar o familiar como perpetrador da violência e sim buscar consenso com a família para evitar reincidências; 2) denunciar quando não há diálogo mesmo correndo o risco de represálias; 3) notificar suas condutas à autoridade local de saúde como recurso preventivo de defesa.	Conclusões Apesar dos problemas no processo de trabalho, os enfermeiros gerenciam os cuidados de enfermagem e criam estratégias específicas para cada caso contornando a fragmentação das ações na ESF. As estratégias para enfrentamento da violência são pontuais, circunstanciais e isoladas, carecendo da corresponsabilidade dos gestores municipal, estadual e de ações institucionais e intersetoriais. Quanto à imunização, só há vacina por ocasião da campanha e os enfermeiros só alcançam a meta quando fazem busca ativa e vacinação em domicílio. Os três níveis de atenção estão trabalhando isoladamente e há desarticulação entre os serviços de baixa, média e alta complexidade. A presente pesquisa trouxe luz à compreensão de que existe pouco avanço na integralidade do atendimento ao idoso apesar da responsabilidade profissional, ética e social do enfermeiro na ESF.
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos Entrevistas estruturadas, revisão estatística descritiva Orientação teórica Não foi encontrada Fases de coleta 1) seleção dos sujeitos; 2) realização das entrevistas	Sujeitos 1232 mulheres que morreram por causas associadas ao câncer de colo uterino no estado de Santa Catarina no período 2000-2009 e 10 artigos com ações de enfermagem de caráter clínico às mulheres que receberam ação ou intervenção visando à detecção precoce do câncer de colo uterino	Local Centro de vigilância epidemiológica do estado de Santa Catarina, biblioteca COCHRANE, base CINHALH e bancos MEDLINE e LILACS	Objetivo geral Analisar o câncer de colo uterino (CCU) como problema social e as contribuições da Enfermagem na realização de testes para a detecção precoce do câncer de colo uterino. Objetivos específicos 1-Analisar o CCU como problema social; 2-Descrever a mortalidade por CCU, no Estado de Santa Catarina no período compreendido entre 2000 e 2009, para analisar o câncer de colo de útero como problema social; 3-Apresentar as contribuições da Enfermagem na realização de testes para a detecção precoce do câncer de colo uterino"	Resultados O câncer de colo uterino é um problema social mundial que afeta as mulheres dos países em desenvolvimento tanto quanto dos países desenvolvidos. Em 2008 foi estimada a ocorrência de 529 828 casos novos e 275.128 mortes no mundo dos quais 85% e 88% respectivamente nos países em desenvolvimento. As mulheres dos países em desenvolvimento tendem a apresentar maior risco de adoecimento. No período 2000-2009, as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino no estado de Santa Catarina foram prevalentes entre as mulheres com 60 anos ou mais de vida. Por sua vez, a maioria dos estudos encontrados apresenta baixo nível de evidências segundo a classificação STROBE e importantes lacunas metodológicas.	Conclusões A construção adequada das informações metodológicas nos estudos produzidos pelos enfermeiros pode conferir maior reconhecimento da profissão no meio científico. A análise dos registros mundiais de incidência e mortalidade sistematizados em GLOBOCAN-2008 confirma que existem diferenças na magnitude de como a doença afeta as mulheres do mundo e confirma a suspeita de que o câncer de colo uterino é o tipo de câncer que mais reflete as desigualdades sociais. Os achados ratificam que é imperativo aos serviços de saúde a captura e acompanhamento das mulheres em risco ao câncer de colo uterino. Os enfermeiros tem a responsabilidade social de incluir sua participação nas pesquisas científicas de forma planejada, com bom nível de evidência e de tal forma que seus resultados sejam incorporados na prática profissional e contribuam à prevenção e controle do câncer de colo uterino.

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local		
Atuação da equipe multiprofissional e a carga de trabalho em saúde (ID78)	entrevista semi-estruturada, grupo focal, <i>software</i> Atlas Ti, entrevistas estruturadas, análise de conteúdo	22 profissionais de saúde (11 de equipes ESF e 11 da equipe atenção primária tradicional)	Unidades básicas de saúde com ESF e unidade básica de saúde tradicional do estado do Paraná	Objetivo geral Analisar a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a ESF e o modelo tradicional, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes	
				Objetivos específicos 1- Caracterizar as instituições e serviços que tipificam os dois modelos assistenciais no âmbito da atenção básica (ESF e modelo tradicional), contextualizando o cenário histórico-social da região sudoeste do Paraná; 2- Identificar em que sentido os aspectos inovadores constantes na organização e gestão do trabalho no modelo da ESF têm contribuído para aumentar ou diminuir as cargas cotidianas de trabalho, permitindo a realização de um trabalho com menor ou maior desgaste físico e emocional, causando mais satisfação e/ou insatisfação para os profissionais de saúde; 3- Identificar as características da organização e gestão do trabalho no modelo tradicional relacionando-o com o modelo da biomedicina e identificando os fatores geradores de aumento ou de diminuição das cargas de trabalho dos profissionais envolvidos”	
				Resultados As equipes ESF relataram que o aumento nas cargas de trabalho estão diretamente associadas ao excesso de demanda, pouco preparo dos profissionais para o trabalho na ESF, implantação deficiente do acolhimento, foco centrado na consulta médica, agressões verbais por parte dos usuários, contato cotidiano com a violência urbana, entre outros. As fontes de satisfação na ESF que podem contribuir na redução das cargas de trabalho relacionam-se ao trabalho em equipe, proximidade dos profissionais com a realidade dos usuários e famílias, presença do agente comunitário, flexibilidade na organização do trabalho, vínculo empregatício por concurso público e menor exposição às cargas biológicas. Por sua vez, as equipes do modelo tradicional na APS relataram menor contato com a realidade dos usuários, foco na assistência curativista, tarefas repetitivas, falta de profissionais, acesso restrito aos demais serviços da rede assistencial, entre outros. Observou-se que nos dois modelos há problemas organizacionais e de gestão da assistência, excesso de demanda e baixa resolutividade.	
				Conclusões Na APS tradicional, a ênfase se volta para o indivíduo, assistido, no espaço físico da UBS e com foco prioritário nos aspectos biológicos e patológicos. Na ESF as dificuldades ocorrem por causa das lacunas entre o que é prescrito e o que de fato é realizado. O excesso de demanda é a principal fonte de aumento das cargas de trabalho nos dois modelos assistenciais. Em ambos, há foco excessivo na consulta médica, baixa resolutividade, forte influência político-partidária na gestão dos serviços, falta de recursos para a assistência, poucos investimentos na qualificação dos profissionais e problemas no relacionamento interpessoal com os usuários, familiares e dentro da própria equipe.	

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local		
Compreensão das condições de saúde – fatores de risco para baixo peso ao nascer (ID84)	entrevistas estruturadas, revisão sistêmica	12 estudos de coorte prospectiva e retrospectiva, estudos de caso-controle e estudos transversais; independente do idioma e da forma de publicação	Brasil e América Latina nos bancos LILACS e PubMed	Objetivos gerais 1- Identificar os fatores de risco maternos não patológicos para o baixo peso ao nascer na América Latina; 2- Determinar a influência do baixo peso ao nascer na mortalidade infantil na América Latina.	
	Orientação teórica de modelo analítico de Scolowitz e Santos			Objetivos específicos 1- Avaliar se os fatores de risco maternos não patológicos como: duração da gestação, paridade, tipo de parto, idade materna, grau de instrução, condições sócio econômicas, número de consultas pré-natal, peso pré e pós-gestacional e inserção no mercado de trabalho podem influenciar o baixo peso ao nascer; 2- Avaliar se o baixo peso ao nascer influencia na mortalidade infantil (incluindo a neonatal e pós - neonatal) na América Latina.”	
	Fases de coleta 1) escolha dos bancos de dados e critérios de inclusão e exclusão; 2) captação dos documentos			Resultados A amostra teve 90% dos estudos que apontaram a idade materna (< 20 anos) como fator de risco importante para recém-nascido com baixo peso ao nascer. Foi escassa a existência de estudos sobre a influência do baixo peso ao nascer na mortalidade infantil com metodologias rigorosas que possibilitam a aplicação da metanálise. As evidências sugerem que o desfecho mortalidade infantil quando associado ao baixo peso ao nascer é significativo. A presença de Apgar no 1º e 5º minuto e o pertencimento a classe social proletariada não foram submetidos a metanálise porque não eram foco da presente pesquisa.	
				Conclusões Apesar da variável baixo peso ao nascer ter sido estudada em abundância na América Latina, e principalmente no Brasil, o que foi verificado no presente estudo é que há número extenso de estudos com pouco rigor metodológico por meio do uso da ferramenta STROBE. É importante que os pesquisadores tenham rigor na realização dos projetos e melhor definição das estratégias de pesquisa que são reconhecidas mundialmente como de boa qualidade. Assim, evita-se a utilização de metodologias regionais que dificultam a avaliação dos estudos de revisão sistemática da literatura.	

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Ações para enfrentamento da violência às crianças e adolescentes (ID121)	Entrevistas estruturadas Orientação teórica hermenêutica-dialética Fases de coleta dos direitos violados nos relatórios mensais e encaminhamentos do Conselho Tutelar; 2)entrevistas (conselho tutelar, instituições públicas e sociedade civil)	50 sujeitos da rede de proteção à infância-juvenil	Conselho tutelar/defesa, instituições da sociedade civil/terceiro setor, serviços de assistência social básica e de média complexidade), saúde (atenção primária e secundária), secretaria de saúde e de justiça em Uberaba/MG	Conhecer e analisar sob a ótica dos sujeitos sociais (do Conselho Tutelar, profissionais de instituições de saúde e de assistência social e integrantes do Sistema Justiça) a atuação da rede de proteção social à criança e ao adolescente no município de Uberaba/MG Objetivos específicos 1-Identificar e classificar os direitos violados atendidos pelo Conselho Tutelar em relação ao Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA); 2- Caracterizar a rede de atendimento à criança e ao adolescente quando da violação de direitos; 3- Avaliar, sob a ótica dos sujeitos sociais, os avanços e desafios da rede de proteção social no município de Uberaba/MG"	Os atendimentos do conselho tutelar ocorrem, em sua maioria, de forma emergencial e há a tipificação de 32 violências em 6450 atendimentos no período entre julho/2007 e junho/2010. A violação do direito à convivência familiar (conflitos familiares) responde por 19,6% das ocorrências e os atos infracionais (comportamento irregular) por 15,3%. Observou-se que as barreiras para a convivência familiar são: desemprego, litígio, etilismo e uso de drogas. As entrevistas evidenciaram a permanência de ações fragmentadas face à agudização das vulnerabilidades e, por vezes, relações hierarquizadas entre os integrantes das redes de responsabilização, de defesa e de atendimento. As equipes do Centro de Referência de Assistência Social e da Estratégia Saúde da Família indicaram o volume de demandas, a extensão dos territórios e a falta de efetividade do contrareferenciamento como obstáculos à continuidade da atenção às crianças, aos adolescentes e aos arranjos familiares nos territórios. Há sedimentação no fluxo entre as instituições por ocasião dos casos agudos de violência, especialmente entre CREAS, SEDS e Ministério Público. Também observou-se forte tendência à individualização das violências e vulnerabilidades manifesta na responsabilização do indivíduo ou da família e nas dificuldades para estruturação das ações preventivas. Houve forte presença da expressão "famílias desestruturadas" que historicamente se converteram em alvo das intervenções científicas dos profissionais da assistência social, saúde, da educação, entre outros. O conjunto das intervenções dos muitos sujeitos coletivos termina por enquadrar o arranjo familiar ao conjunto normativo de saúde, de lazer, de educação, de diversão, entre outros.	Os conflitos familiares assistidos expressam processos violentos de vulnerabilização e chama a atenção dos sujeitos da rede de proteção à criança e ao adolescente a atuação na agudização das condições de vida. Há um agudo cenário de abandono de crianças e adolescentes nos territórios com maiores indicadores de vulnerabilidade. A rede ante as manifestações agudas da violência revelou-se fragmentada aos olhos dos muitos sujeitos e para a sua efetivação é mister o exercício do referenciamento e do contra-referenciamento (que carrega entraves históricos, profissionais e institucionais). No setor saúde, os profissionais esbarram na cultura biomédica que reforça a fragmentação das ações e a cultura do isolamento político dos usuários. Contrapõe-se ao apreço pela lei orgânica da saúde e as suas ações são imediatistas (mesmo que o atendimento seja referenciado, não há garantias do contra-referenciamento entre assistência social e saúde). Os sujeitos coletivos referem que a venda da força de trabalho e o consumo é visto como panaceia, "inclusão" social, e não contempla a totalidade das necessidades humanas (e quando isso se efetiva nas camadas subalternizadas, há respostas violentas nos territórios de maior vulnerabilidade que são prontamente alvo da repressão). A efetivação da rede requer a compreensão da totalidade dos determinantes da violência e a compreensão de sua dinâmica territorial. O Conselho Tutelar ocupa lugar estratégico na rede porque pode contribuir com a construção da interseccionalidade na medida em que superar, dialeticamente, seu próprio isolamento, seja nas relações autoritárias de poder, sobre os sujeitos do terceiro setor; seja no mero encaminhação de fatos aos setores da saúde e da assistência social, ou ainda, no isolamento político em relação ao Conselho de Direitos.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados	Conclusões
Atuação multiprofissional e a prática da integralidade (ID122)	diário de campo, oficinas Orientação teórica Construcionismo social Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das oficinas	11 profissionais (agente comunitário, recepcionista, médica, técnica de enfermagem, gerente)	1 unidade básica de saúde com ESF em Passos/MG	1-Descrever os sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde da família, em conversas grupais sobre o cotidiano de suas práticas na atenção à saúde"	Os entrevistados referem que a integralidade enquanto atributo das práticas pressupõe que o trabalhador veja além do âmbito biológico, integrando a vida e às necessidades do usuário por meio da escuta (superar a forma curativa porque o remédio não faz milagre). Por sua vez, quando os entrevistados utilizam a integralidade como atributo da organização dos serviços de saúde, o usuário é considerado um sujeito portador de necessidades que precisam ser satisfeitas pelo serviço. Assim, o gestor, os trabalhadores e os usuários precisam conjuntamente aprender, elaborar e implementar respostas às necessidades. Além disso, é importante a articulação entre os vários serviços da rede para fortalecer a comunicação e os mecanismos de referência e contra referência.	A reflexão sobre as práticas possibilitou a desconstrução da visão fragmentada de homem no modelo tradicional de assistência. A partir do discurso dos entrevistados nota-se que a integralidade precisa ser vista tanto de forma técnica quanto de forma política envolvendo postura de abertura dos trabalhadores em relação aos usuários. É importante que existam relações horizontalizadas na apreensão das necessidades e que ocorra a articulação entre os serviços para formação da rede continuada de cuidados.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados	Conclusões
Competências do educador físico na APS	Entrevistas estruturadas, análise de conteúdo, técnica Delphi	31 profissionais educadores físicos,	6 SMS (Curitiba/PR, Ribeirão Preto/SP, Aracaju/SE, Belo	Elaborar e analisar as competências requeridas do profissional de educadores físicos no âmbito da APS. As	Foram elaboradas 58 competências pertinentes aos educadores físicos no âmbito da APS. As	Os sujeitos elencaram competências vinculadas aos

(ID 125)	<p>Orientação teórica Não foi encontrada</p> <p>Fases de coleta dos programas municipais brasileiros que desenvolvem ações de incentivo à prática de educação física na APS tendo o educador físico como protagonista: 2) captura das competências do educador físico na APS – percepção do coordenador; 3) captura das competências do educador físico na APS – percepção do professor;</p>	12 coordenadores auxiliares, 4 coordenadores gerais e 6 pesquisadores)	Horizonte/MG, Recife/RN e Vitória/ES) e 6 instituições de ensino superior (Programa de Integração Comunitária, Programa Academia de Cidade, Programa Curritativa e Serviço de Orientação ao Exercício)	<p>educação física para atuar na atenção básica à saúde, a partir de profissionais que trabalham em programas de promoção das práticas corporais/atividades físicas, vinculadas a rede básica de atenção à saúde do SUS e de pesquisadores que estudam o tema educação física e SUS</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1-Organizar as competências profissionais indicadas pelos sujeitos da pesquisa, nas três dimensões das competências profissionais: conhecimentos, habilidades e atitudes; 2-Analisar os limites e as potencialidades das competências elaboradas com ênfase em princípios e diretrizes da atenção básica à saúde"</p>	<p>competências estão organizadas por meio dos eixos: conhecimentos, habilidades e atitudes. No eixo conhecimentos há o domínio conceitual, procedimental e contextual dos conteúdos científicos. Por exemplo, o conhecimento acerca dos determinantes sociais de saúde, principalmente daqueles que afetam diretamente a comunidade de referência, deve fazer parte da especificidade de atuação do educador físico na APS. Por sua vez, no eixo habilidades há o planejamento, comunicação, avaliação, incentivação e gestão. Por exemplo, ser capaz de prestar primeiros socorros em caso de mal súbito ou de acidente ocorrido durante a realização das atividades é tão importante quanto saber encaminhar a vítima para o serviço especializado e conhecer os recursos de referência do serviço da APS. Finalmente, no eixo atitudes há o comportamento diante das diversas situações corriqueiras na APS e a exposição dos seus valores éticos p. ex. durante uma discussão matricial, reunião técnica, mediação de conflitos, entre outros.</p>	<p>conhecimentos que são usuais na formação acadêmica do educador físico. No entanto, observou-se que a consolidação da atuação na APS requer que a formação acadêmica e profissional pautada por conteúdos biológicos numa visão curativa do processo saúde-doença seja ampliada. A prática do educador físico na APS justifica-se pela urgência na promoção e prevenção de agravos à saúde. O entendimento de quais práticas corporais são mais resolutivas no contexto local estão relacionadas com as necessidades de saúde mais prevalentes no território adscrito pelo serviço da APS.</p>
----------	--	--	--	---	---	--

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE		
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos		Sujeitos	Local	Resultados	Conclusões
	Entrevistas estruturadas, laboratoriais, testes estatísticos	Orientação teórica	78 domicílios e 23 unidades básicas de saúde do município de Ribeirão Preto/SP	domicílios e unidades básicas de saúde do município de Ribeirão Preto/SP		
Qualidade da água para consumo humano (ID 126)	Não foi encontrada					
	<u>Fases de coleta</u> 1)cálculo do N amostra de água; 2)seleção das UBS's; 3)seleção dos domicílios (sorteio por setor censitário); 4)observação sobre limpeza e manutenção dos reservatórios domésticos (N = 78) e coleta da amostra de água; 5)análise bacteriológica (técnica de tubos múltiplos com substrato cromogênico) e, parasitológica (método de sedimentação) no Laboratório de Ecotoxicologia e Parasitologia Ambiental da EERP/USP e dosagem de metais (espectroscopia com plasma induzido e espectroscopia de massas) no Laboratório de Toxicologia y Salud Ambiental da Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Universidad Rovira i Virgili – Reus/Espanha; 6)leitura dos valores de cloro e pH					

UNIDADE DE CONTEXTO					RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Características do processo de trabalho do enfermeiro por meio da validação de desempenho (ID 127)	observação participante, entrevistas, estruturas, análise de conteúdo	13 enfermeiros da ESF, 4 gestores municipais da atenção básica	13 unidades básicas de saúde com ESF e SMS de Ribeirão Preto/SP	Analisar e validar os desempenhos presentes nas ações das enfermeiras da atenção básica com foco na ESF, em relação ao cuidado individual, cuidado coletivo, organização e gestão para o cuidado <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar as ações desenvolvidas pela enfermeira no contexto da ESF em um cenário específico; 2-Identificar e analisar os desempenhos da enfermeira no desenvolvimento das ações no modelo de atenção operado na atenção básica, especificamente na ESF; 3-Identificar e analisar possíveis determinantes dos desempenhos da enfermeira na atenção básica, mais especificamente na ESF; 4-Validar os desempenhos da enfermeira da saúde da família na perspectiva das enfermeiras que atuam na atenção básica"	Os entrevistados relataram que o trabalho de gestão do enfermeiro envolve ações de supervisão, trabalho em equipe, controle social, organização do trabalho, coordenação e planejamento. O controle do horário e da jornada de trabalho dos agentes comunitários, médicos residentes e auxiliares de enfermagem foram falas recorrentes. Por sua vez, no cuidado individual e coletivo há ações relacionadas à consulta de enfermagem, visita domiciliar, avaliação com classificação de risco, monitoramento e avaliação de vacina/reação adversa à vacina, atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis e vigilância epidemiológica. O exame físico desenvolvido pela maioria dos sujeitos relaciona-se apenas à verificação de peso, estatura e sinais vitais. A consulta de enfermagem foi direcionada principalmente às mulheres e crianças e há dificuldades de entendimento de como agir em relação aos usuários com HAS e DM.	O presente estudo pretendeu descrever situações do cotidiano que traduzissem o processo de trabalho "das enfermeiras" na ESF. A identificação das ações e a análise dos desempenhos foram contextualizados para o município de Ribeirão Preto. Durante as oficinas ocorreram relatos de estranhamento em relação à tomada de decisão de forma centralizada, manejo das relações de poder e execução do exame físico restrito nas estratégias de cuidado. Há a percepção de que falta formação em semiologia e sistematização da assistência. A articulação do mundo do trabalho com a formação e o desenvolvimento de práticas profissionais é fundamental para a competência que considera o contexto, os valores e a ética e pode contribuir para a implementação efetiva dos princípios e diretrizes do SUS por meio da ESF.
UNIDADE DE CONTEXTO					RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Formação para o SUS (ID129)	entrevistas, estruturas, análise de conteúdo	6 alunos e 7 professores de um curso de bacharelado em Enfermagem	1 instituição de ensino superior federal na região centro-oeste do Brasil	Apreender junto aos docentes e discentes de uma instituição federal de ensino superior, da região centro-oeste do Brasil, a compreensão sobre a formação crítico-reflexiva, assim como as estratégias para essa formação no contexto da enfermagem <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar e analisar na proposta pedagógica da Escola de Enfermagem de uma instituição de ensino superior do país, os elementos textuais que indicam o desenvolvimento da formação crítico-reflexiva no ensino de enfermagem universitário; 2-Analisar a compreensão dos docentes e discentes de enfermagem sobre o significado da formação crítico-reflexiva e transformadora do enfermeiro; 3-Verificar, junto aos docentes e discentes, indicativos da existência de aspectos diferenciais, vivenciados por esses sujeitos, que contribuíram para a reflexão e transformação profissional em direção ao enfermeiro crítico e reflexivo"	Os docentes entrevistados têm idade média de 47 anos, um apenas o grau de mestre e um do sexo masculino. A identidade profissional e pessoal dos docentes é reformulada na entrada da carreira (1º ciclo – dois ou três anos), na estabilização institucional (2º ciclo – de quatro a seis anos), na fase de experimentação (3º ciclo – de sete a 25 anos) e preparo para vivência de outras escolhas pessoais e profissionais que antecedem à aposentadoria (4º ciclo – 27 a 40 anos). Em relação ao papel do docente na formação crítico-reflexiva, há menção de que além da transmissão de conteúdos e demonstração da competência técnica, o docente é aquele que ajuda o aluno a descobrir o caminho do trabalho e atua como mediador entre teoria e prática e na compreensão do papel social que o aluno irá desempenhar no futuro. Na IES analisada há incentivo do aluno na preparação à pesquisa e utilização de diversas metodologias ativas, seminários, grupos e estudos de caso. Para os docentes a formação crítico-reflexiva dos futuros enfermeiros é vista de forma subjetiva, como uma "politicidade do cuidado". Finalmente, para os alunos a formação crítico-reflexiva ressalta o uso da criatividade progressiva porque o profissional irá trabalhar numa situação que não é ideal e é importante o processo de tomada de decisão para o desenvolvimento da autonomia e promoção da mudança da realidade.	Os sujeitos da presente pesquisa identificaram que as políticas públicas para formação de recursos humanos primam pelo aprimoramento das práticas nos serviços de saúde, construção da autonomia dos sujeitos e valorização da vida. Além disso, identificaram a dinâmica organizacional da instituição em que estão inseridos e que se aproxima das necessidades concretas da população rumo ao fortalecimento do SUS. Ocorreu a desmistificação da ideia de que o enfermeiro tem que trabalhar na assistência hospitalar para ser considerado pessoa com perfil para ser enfermeiro e, consequentemente, profissional competente. O professor poderá formar enfermeiros crítico-reflexivos quando passar pelo mesmo processo de crítica e conhecimento da sua realidade. Deverá estar consciente que o respeito e a abertura ao outro são aspectos essenciais no processo de troca que se dá no ato de aprender e ensinar.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Bioagentes patogênicos no esgoto (ID 133)	Entrevistas estruturadas, testes estatísticos <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada Fases de coleta 1) escolha da Estação de Tratamento de Esgoto; 2) coleta das amostras na entrada e saída da Estação de Tratamento de Esgoto; 3) análise laboratorial do material coletado	Amostras de esgoto bruto e tratado da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto ETE-RP	Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto do município de Ribeirão Preto/SP	Analisar a prevalência de bioagentes patogênicos de relevância sanitária em águas residuárias antes e depois do tratamento biológico por lodos ativados <u>Objetivos específicos</u> 1-Analisar a ocorrência de cistos de <i>Giardia</i> spp., no esgoto (bruto e tratado) do sistema de tratamento de esgoto da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto; 2-Analisar a ocorrência de oocistos de <i>Cryptosporidium</i> spp., no esgoto (bruto e tratado) do sistema de tratamento de esgoto da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto; 3-Analisar a ocorrência de ovos e larvas de helmintos e cistos de protozoários, no esgoto (bruto e tratado) do sistema de tratamento de esgoto da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto; 4-Analisar a presença/ausência de coliformes totais e termotolerantes, assim como, quantificar esses elementos no esgoto (bruto e tratado) do sistema de tratamento de esgoto da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto; 5-Analisar a ocorrência de vírus (<i>Adenovirus</i> e <i>Rotavirus</i>) no esgoto (bruto e tratado) do sistema de tratamento de esgoto da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto; 6-Implementar a técnica de detecção e quantificação de cistos de <i>Giardia</i> spp. e oocistos de <i>Cryptosporidium</i> spp. pelo Método 1623 desenvolvido pela Agência de Proteção Ambiental dos EUA no Laboratório de Ecotoxicologia e Parasitologia Ambiental/EERP/USP; 7-Implementar o teste de Elisa para detecção de Adenovirus e Rotavirus em amostra de esgoto bruto e tratado no Laboratório de Ecotoxicologia e Parasitologia Ambiental/EERP/USP"	<p>Resultados A concentração de <i>Giardia</i> spp no esgoto bruto variou de 120 a 2200 cistos/L e no esgoto tratado de 0,45 a 3,5 cistos/L. Por sua vez, os oocistos de <i>Cryptosporidium</i> spp no esgoto bruto variaram de não detectável a 28,9 oocistos/L e no esgoto tratado de não detectável a 1,05 oocistos/L. O lodo ativado na estação de tratamento removeu parcialmente os parasitas de 18,2 a 100% para <i>Endomolix nana</i>, <i>E. coli</i>, <i>E. histolytica</i>, <i>Ancylostoma</i> sp., <i>Ascaris</i> sp., <i>F. hepática</i> e <i>S. stercoralis</i>. Houve remoção parcial dos coliformes totais e termotolerantes (indicadores de poluição de origem fecal) por lodos ativados de 18,2% a 100% das amostras. Houve diferença estatística significativa entre o número de coliformes totais e termotolerantes no esgoto bruto e tratado. Houve redução dos vírus após tratamento do esgoto por lodos ativados.</p> <p>Conclusões O controle das doenças infecciosas prevalentes e emergentes necessita do combate à pobreza, fortalecimento da utilização adequada dos recursos públicos e priorização na área da educação, saúde pública e saneamento do meio. O presente estudo observou que não houve correlação entre cistos de <i>Giardia</i> spp. e coliformes totais e termotolerantes (há necessidade de mais estudos para substituir o grupo dos coliformes como indicadores de microorganismos resistentes). A quantidade de <i>Adenovirus</i> e <i>Rotavirus</i> no esgoto bruto e tratado foi comprovada e releva a sua capacidade de disseminação no meio ambiente. As análises do presente estudo confirmam a persistência de bioagentes patogênicos e a contaminação dos recursos hídricos. A implementação de técnicas analíticas em regiões menos favorecidas do nosso país necessita de alto investimento de recursos financeiros para aquisição dos materiais e equipamentos e profissionais especializados. Há necessidade de mais investimentos em programas de monitoramento da qualidade da água, potável e residual, para avançarmos na identificação de bioagentes patogênicos de relevância sanitária no Brasil.</p>

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Interações por condições sensíveis à APS – crianças e problemas respiratórios (ID 134)	Entrevistas semi-estruturadas, mapa falante, entrevistas estruturadas, prontuários <u>Orientação teórica</u> conceito de vulnerabilidade em saúde, vulnerabilidade e cuidado Fases de coleta da morbidade hospitalar de 2005 a 2009; 2) identificação dos prontuários das crianças internadas que atendiam aos critérios de seleção; 3) entrevistas/mapa falante com acompanhante;	11 acompanhantes de crianças menores de cinco anos internadas com diagnóstico de doença respiratória não crônica, 11 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da APS e 2 profissionais de saúde (enfermeiros) da atenção terciária (hospitalar)	Unidade de interação pediátrica de um hospital universitário público estadual em Cascavel/Paraná	<p>Objetivo geral Apreender os atributos da atenção básica em saúde a partir do indicador de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial, mediante a análise do caminho percorrido nos serviços de saúde por famílias de crianças menores de cinco anos, hospitalizadas com doenças respiratórias</p> <p>Objetivos específicos 1-Analisar as causas de hospitalização de crianças de zero a quatro anos no alojamento conjunto pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no município de Cascavel/Paraná no período de 2005 a 2009; 2-Identificar o cuidado recebido pelas crianças com problemas respiratórios nos diferentes serviços nos quais recebeu atendimento em saúde, anteriormente à hospitalização, a partir dos</p>	<p>Resultados Os familiares e os profissionais da APS remetem a falha ao acesso (conseguir atendimento e resolução do cuidado) e a baixa densidade tecnológica dos exames de apoio diagnóstico e tratamento medicamentoso. Foram facilitadores do acesso à disponibilidade das consultas médicas, serviços de apoio diagnóstico e fluxo ágil de encaminhamento da unidade de pronto atendimento até o serviço hospitalar. Foram dificultadores no acesso número limitado de consultas, demora no atendimento, consulta agendada para dia diferente da demanda da família, demora no apoio diagnóstico, agenda única para casos agudos e consultas de rotina na APS. O cuidado</p> <p>Conclusões A realidade empírica confirmou o pressuposto de que quando os atributos da APS são eficazes há diminuição das hospitalizações por causas sensíveis à atenção ambulatorial. Os dados epidemiológicos confirmam que as doenças respiratórias foram a principal causa de hospitalização para crianças menores de cinco anos. A vinculação das famílias se mostrou presente apenas com alguns profissionais da APS e não com a organização do serviço. Houve cuidado integral na APS por causa das características pessoais de alguns profissionais. Os profissionais relataram desconhecimento do agravamento da evolução da doença.</p>

Diagnósticos e intervenções para consulta de enfermagem (ID 135)	4) identificação dos locais citados pela família como primeira escolha para o atendimento aos primeiros sintomas; 5) observação do funcionamento do serviço de primeira escolha aos primeiros sintomas – PACTool; 6) análise dos prontuários; 7) entrevista com o gerente e profissionais de saúde		relatos dos familiares e dos profissionais; 3- Identificar os elementos que tornam a assistência eficaz/inefcaz para evitar a internação hospitalar de crianças com problemas respiratórios, cuja assistência poderia ocorrer de forma resolutiva nos serviços de atenção básica; 4- Compreender como se dá a relação de cuidado na perspectiva de acolhimento, vínculo e responsabilização no encontro entre sujeitos, a partir dos relatos de familiares e profissionais e da observação dos serviços”	no hospital e na UBS foram procedimentos e seguiram a racionalidade técnica. As famílias passaram por unidades básicas de saúde, unidades de emergência, ambulatórios de hospitais privados e de hospital público num intervalo de consultas que variou de três consultas em locais diferentes no mesmo dia até uma ao dia por três dias consecutivos. Tal fato ocasionou insatisfação com a atenção recebida, pois a hospitalização não foi evitada.	A cada nível do sistema é uma nova porta de entrada, não há fluxo eficaz de referência e contra referência. A organização da APS não está centrada no acolhimento das demandas espontâneas. Recomenda-se a adoção do acolhimento com foco no usuário, reorganização do processo de trabalho dos profissionais e deslocamento do eixo médico centrado do cuidado para a equipe multiprofissional.
RECORTE					
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos árvore informatizada CIPESC®, entrevista estruturada, estudo de caso	Sujeitos 28 enfermeiros da APS	Local Unidades básicas de saúde com ESF em Curitiba/PR	Objetivo geral Conhecer as possibilidades e limites da CIPESC para reconhecer e enfrentar as necessidades de saúde da população infantil	Resultados Os resultados mostraram que as condições demográficas, de saneamento básico, educação e políticas de saúde são favoráveis à superação dos agravos à saúde. A organização da atenção à saúde tem alcançado bons indicadores epidemiológicos, mas ainda está pautada em referenciais de risco, na contramão do que propõe a Saúde Coletiva e a epidemiologia social, com consultas individualizadas e focadas nos problemas biológicos do sujeito. A CIPESC® mostrou potencialidade para reconhecimento das necessidades por meio dos diagnósticos e intervenções de sua nomenclatura, mas também limites no reconhecimento dessas necessidades. Observou-se que diagnósticos das consultas de enfermagem em saúde da criança traziam um conteúdo extenso de puericultura que destacava o fortalecimento do indivíduo (ingesta alimentar, crescimento, desenvolvimento e estado vacinal adequado) em detrimento aos desgastes frente aos processos saúde-doença. As intervenções mais prevalentes estavam relacionadas com o verbo Informar, seguidas de Ensinar e Explicar.
	Teoria da intervenção prática da enfermagem em saúde coletiva			Objetivos específicos 1-Descrever o perfil demográfico e epidemiológico da população curitibana com destaque para os indicadores relativos às crianças, seu crescimento, desenvolvimento e ocorrência de violência infantil; 2-Identificar as políticas e os programas de saúde adotados pelo município e o sistema de informação em saúde; 3-Analisar o potencial da nomenclatura CIPESC Curitiba no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde, a partir dos diagnósticos e intervenções; 4-Verificar as potencialidades e os limites do uso da CIPESC na consulta de enfermagem à criança”	Conclusões O prontuário eletrônico na APS desfavorece a atenção à família visto que os registros são feitos individualmente e as informações não são compartilhadas entre os membros da família. Por outro lado, o sistema informatizado favorece a assistência de enfermagem, pois possibilita a geração de relatórios e perfis, a implantação de ações para grupos vulneráveis, caracterizando desde as micro áreas até o município. As categorias classe social, gênero, etnia e geração não foram abordadas nos diagnósticos e nem complementadas pelos entrevistados que analisaram os estudos de caso. A lógica das necessidades humanas básicas não permite a abordagem de situações que envolvem violência ou contextos de desigualdade e vulnerabilidade social. Há uma contradição entre a proposta da nomenclatura e a sua formatação porque alguns diagnósticos apontam para processos familiares, mas ao final da consulta os dados não são compartilhados nos prontuários dos demais membros da família. A nomenclatura CIPESC® Curitiba por ter diagnósticos e intervenções apresentados e formulados de forma fixa não permitem concomitantemente a aplicação às mulheres, idosos e crianças. Há intervenções que não remetem claramente ao diagnóstico ao qual estão relacionadas. O uso da ferramenta requer conhecimento prévio do processo de enfermagem, da sistematização da assistência, dos marcos teóricos da saúde coletiva e dos conteúdos técnico-científicos específicos da assistência do enfermeiro na APS.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados
Ações da equipe multiprofissional em saúde mental (ID 136)	entrevistas semi-estruturadas, análise de discurso	14 profissionais (2 médicos, 2 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem e 8 agentes comunitários)	1 unidade básica de saúde com ESF em Maringá/PR	1-Identificar as ações desenvolvidas pela equipe saúde da família junto às pessoas com transtornos mentais; 2-Analisar as representações sociais da equipe de saúde da família sobre o processo saúde/doença mental; 3-Compreender as necessidades da equipe saúde da família para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade; 4-Identificar as atribuições da equipe saúde da família, relacionadas às pessoas com transtornos mentais; 5-Identificar possibilidades e dificuldades na colaboração da universidade com a equipe saúde da família, a partir dos discursos da equipe"	Os discursos revelam que, mesmo o profissional sem formação específica (agente comunitário), utilizando-se dos conhecimentos de vida, do senso comum e de sua prática profissional, percebe a doença como expressão de sinais e sintomas. A necessidade de enfrentamento do adoecimento de um usuário com doença mental possibilitou o aprendizado da equipe saúde da família e implicou na tomada de consciência das próprias pressuposições e pré-juízos de valores. A oferta de serviços para a saúde mental ainda está centrada na consulta médica, individualizada, em que a prescrição de medicamento é o instrumento básico de atendimento. As famílias se fragilizam frente à doença mental, pois deprimem, cansam e não sabem conduzir o sofrimento psíquico, necessitando de estímulo e apoio dos profissionais da ESF. Há dificuldade para realização do processo de trabalho necessário ao enfrentamento da doença mental porque existe precarização da rede de serviços, pouco acesso ao médico psiquiatra, o matriciamento ocorre sem qualquer treinamento na área de psiquiatria, entre outros.
	Orientação teórica materialismo histórico dialético				Conclusões
	Fases de coleta de dados: 1)seleção do local de coleta; 2)seleção dos sujeitos; 3)entrevistas com profissionais				A prática dos profissionais baseou-se no diagnóstico psiquiátrico, impregnado pelo modelo tradicional de assistência, com intervenção medicamentosa e falta de acesso aos outros níveis da rede especializada. Ocorreu a reprodução dos arcaicos processos de tratamento da psiquiatria tradicional e a ausência da promoção, prevenção e reabilitação do indivíduo com transtorno mental. O desvelamento da necessidade biopsicossocial do sujeito no domicílio ocasionava angústia ao profissional frente ao enfrentamento da difícil resolutividade da rede de serviços. Deveria haver um treinamento em massa para todos os profissionais de saúde da rede pública, tendo como eixo o SUS e a ampliação dos conhecimentos na área de saúde mental.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos gerais	Resultados
Ações de controle da tuberculose e a atuação para busca ativa de casos (ID 137)	Entrevistas estruturadas, testes estatísticos	108 agentes comunitários de saúde	Unidades básicas de saúde com ESF em João Pessoa/PB	1-Identificar a busca de sintomático respiratório desempenhada pelo ACS na APS do distrito sanitário III – João Pessoa/PB	Observou-se que 43 (81,1%) unidades de saúde da família tinham livro de sintomáticos respiratórios, 48 (90,6%) dispunham de formulário para BK, 43 contavam com potes para a coleta e nenhum serviço tinha local exclusivo para o acondicionamento do escarro. Em relação aos agentes comunitários, 77,6% eram mulheres e 71,3% mencionaram que nunca foram capacitados sobre tuberculose. O desempenho dos agentes comunitários que não receberam capacitação foi insatisfatório e daqueles que receberam capacitação foi regular para as seguintes variáveis: comunica ao enfermeiro quem tosse a mais de 3 semanas, realiza visita domiciliar após às 18h, leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área, ensina o usuário a coletar o escarro e ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro.
	Orientação teórica Não foi encontrada			Objetivos específicos	Conclusões
	Fases de coleta de dados: 1)identificação do distrito mais populoso de João Pessoa/PB (53 UBS's); 2)cálculo da amostra de ACS; 3)avaliação da estrutura do serviço; 4)entrevista com ACS			1-Identificar os recursos estruturais disponíveis nas unidades de saúde da família para a realização da busca de sintomáticos respiratórios; 2-Avaliar o desempenho da busca de sintomáticos respiratórios pelo ACS na família e comunidade segundo a capacitação recebida em tuberculose; 3-Analisar o apoio técnico dos laboratórios para as baciloscopias no período de 2009-2010"	Há boa estrutura quantitativa de material e de pessoas nas unidades básicas, mas o desempenho do ACS é limitado e desarticulado da equipe e da comunidade, revelando lacunas no processo de gestão local e na formação profissional. A capacitação em tuberculose não influi no desempenho da busca ativa ou não e se sobrepõe à lógica de organização do processo de trabalho no serviço. É necessário o desenvolvimento de estudos que analisam a micro-gestão das unidades básicas e um forte processo de educação permanente para reorientar as práticas da APS. A falta de registro da baciloscopia e as dificuldades de acesso em algumas unidades básicas devido a sua localização geográfica prejudicaram o desenvolvimento da presente pesquisa e a captura das informações sobre a busca ativa realizada pelos ACS's.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
Ações de controle da tuberculose e a atuação para busca ativa de casos (ID 143)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados	Conclusões
	Entrevistas estruturadas, testes estatísticos	108 agentes comunitários de saúde	38 unidades básicas de saúde em ESF Natal/RN	Analisar segundo a visão do ACS a busca de sintomático respiratório em Natal/RN	A maioria dos agentes comunitários era do sexo feminino, com ensino médio e trabalhavam nas unidades saúde da família com tempo médio de atuação de 122 meses. Consideraram como bom o trabalho na comunidade, julgaram regular a remuneração, sempre/quase sempre recebem capacitação em tuberculose. Em relação a estrutura dos serviços, haviam condições satisfatórias para formulários e potes, mas deficiências (regular) em geladeira ou caixa térmica para armazenamento do material coletado (escarro). O agente comunitário sentiu-se preparado para identificar o caso suspeito de tuberculose, orientar sobre a doença e a baciloscopia, mas não suspeita que a tosse pode ser tuberculose. Em relação ao número de baciloscopias solicitadas, observou-se que menos da metade da população (11,2%) que seria sintomático respiratório tiveram baciloscopia solicitada pelos profissionais de saúde.	A ausência de formação técnica, política e social para atuar na comunidade, a capacitação em tuberculose de forma pulverizada e lacunas na estruturação dos serviços são algumas das dificuldades vivenciadas pelo ACS. Torna-se essencial o preparo do ACS pois seu duplo papel de agente e sujeito é um elemento dificultador para a realização da busca de sintomático respiratório.
	Orientação teórica	Não foi encontrada		Objetivos específicos		
	Fases de coleta			1- Caracterizar a estrutura dos serviços de saúde de APS para a realização da busca de sintomático respiratório e deficiências de tuberculose; 2- Identificar as ações desenvolvidas pelo ACS para a busca de sintomático respiratório; 3- Analisar o número de baciloscopias para diagnóstico da tuberculose no ano de 2009”		
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
Interações por condições sensíveis à APS e o perfil de hospitalização (ID 144)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados	Conclusões
	entrevistas estruturadas, entrevistas semiestruturadas, prontuários, testes estatísticos, <i>software</i> Alceste	816 prontuários de pessoas que foram internadas, 26 profissionais da atenção primária e 7 usuários pós-internação	3 unidades básicas de saúde (2 com ESF e 1 com modelo tradicional) e 1 hospital municipal da microrregião de Cidade Ademar no município de São Paulo/SP	Analisar e compreender as possibilidades da Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para avaliar a APS da microrregião de saúde de Cidade Ademar, no município de São Paulo/SP	As Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) seguem tendência de redução e as pneumonias bacterianas (20,86%), hipertensão arterial (11,83%) e infecção do rim e trato urinário (11,79%) são as causas mais frequentes de internação entre 2006 e 2008, com maior frequência no sexo feminino e na faixa etária igual ou maior de 65 anos. Observa-se na fala dos usuários que a APS não tem sido a porta preferencial de entrada do sistema, tanto pela dificuldade de acesso quanto pela falta de resolutividade dos problemas de saúde. Por sua vez, para os profissionais de saúde, a APS encontra dificuldades na referência, particularmente para a realização de exames e consultas especializadas. O processo de trabalho é organizado, basicamente, em função do que o agente comunitário traz para as reuniões de equipe.	As ações desenvolvidas aos idosos da microrregião Cidade Ademar estão direcionadas basicamente para aqueles que buscam o serviço da UBS. Porém, a faixa etária que mais teve Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foi justamente a dos idosos com 65 ou mais anos de vida. E entre eles, os idosos com mais de 80 anos, possivelmente por não serem beneficiados por essas ações, seja pela dificuldade de deslocamento para ter acesso à UBS e/ou pela ausência de um cuidador no domicílio. Observou-se que a avaliação da APS é desvinculada da avaliação do sistema local de saúde, da qualidade da informação dos prontuários e do papel dos determinantes sociais. O uso da lista das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária aponta fragilidades do sistema local de saúde e do processo de trabalho das equipes, apontando dificuldades de acesso e pode contribuir à discussão sobre a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.
	Orientação teórica			Objetivos específicos		
	conceito de acesso, processo de trabalho e determinantes sociais da APS			1- Descrever o perfil das ICSAP e demais causas que ocorreram no hospital de referência do território selecionado; 2- Validar o Sistema de Informação Hospitalar estimando sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) com relação às ICSAP e demais causas de interações, tendo como padrão ouro o prontuário; 3- Descrever as interações segundo a CID, a partir da organização do banco de dados para o estudo de validação e analisar a qualidade da informação; 4- Identificar as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das interações por ICSAP do ponto de vista dos usuários e profissionais da APS no território selecionado”		
	Fases de coleta					
	1) seleção da microrregião;					
	2) identificação das interações realizadas no hospital entre 2006 e 2008;					
	3) seleção dos prontuários;					
	4) seleção das UBS's;					
	5) seleção dos sujeitos;					
	6) realização das entrevistas					

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados	Conclusões
Ações da equipe multiprofissional no cuidado de idosos em situação de final de vida (ID 148)	1) fotografias, entrevistas semi-estruturadas, método comparativo constante, teoria fundamentada nos dados Orientação teórica: interacionismo simbólico Fases de coleta: 1) seleção das UBS's; 2) seleção dos profissionais; 3) realização das fotografias; 4) realização das entrevistas	14 profissionais da ESF (2 médicos, 3 enfermeiras, 3 auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde)	6 unidades básicas de saúde com ESF em Botucatu/SP	1-Compreender o processo de cuidar de famílias de idosos em situação de final de vida para a equipe da estratégia saúde da família; 2-Identificar os significados que a equipe da estratégia saúde da família atribui à experiência de cuidar destas famílias; 3- Construir um modelo teórico representativo do processo de cuidar de famílias de idosos em situação de final de vida para a equipe da estratégia saúde da família."	Observou-se que cuidar da família do idoso na fase de final de vida é uma experiência que envolve a identificação do fenômeno como sendo uma situação problemática, o planejamento de uma estratégia de cuidado, a implementação das atitudes de gerenciamento do cuidado e a avaliação da experiência. Tal ação ocorre num contexto de acentuada precariedade social e econômica (desemprego, violência, alcoolismo, espaço físico limitado dos domicílios, falta de recursos financeiros das famílias) e é percebido pelos profissionais como algo que requer a utilização rigorosa dos recursos de tecnologia leve como p. ex. o exame clínico. Quando a equipe consegue cumprir ou ficar satisfeita com a implementação da trajetória de cuidado, há reconhecimento da identidade profissional e reconhecimento profissional.	Oferecer cuidado à família e ao idoso, durante o processo de morrer, significa que o profissional precisa superar desafios para acolhê-los com honestidade, comunicação aberta, disponibilidade e manutenção do vínculo conquistado. As fotografias foram de grande valia para ajudar a relembrar os fatos vividos e suscitar emoções sobre as vivências pessoais e profissionais que envolvem a morte e o morrer. Observou-se que em algumas unidades saúde da família, a APS é vista como tendo foco apenas na prevenção de agravos. Os profissionais devem adquirir habilidades clínicas para atuar no cuidado à família e ao idoso na fase de final de vida. É fundamental que as políticas públicas, os processos de trabalho e os gestores apoiem e acolham o sofrimento de seus profissionais para que eles sejam capazes de fazer o mesmo com as famílias que têm idosos em fase final de vida.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Adesão ao uso de preservativo entre mulheres soropositivas – roteiro para avaliação dos fatores de impacto (ID 154)	1) entrevistas estruturadas, técnica Delphi, testes estatísticos Orientação teórica: Não foi encontrada Fases de coleta: 1) validação do roteiro; 2) seleção dos sujeitos; 3) realização das entrevistas	201 mulheres com HIV/Aids	1) ambulatório municipal especializado em DST/Aids em São Paulo/SP	Discriminar fatores de impacto que influenciavam as ações de mulheres soropositivas ao HIV/Aids para o uso de preservativos Objetivos específicos: 1- Construir um instrumento para avaliação de fatores de impacto relacionados à adesão aos preservativos por mulheres soropositivas com HIV/Aids; 2- Identificar fatores de impacto, relacionados ao uso de preservativos, que atuam sobre as ações da mulher soropositiva com HIV/Aids; 3- Associar a situação sócio-demográfica da mulher soropositiva ao HIV/Aids às variáveis de maior influência nas ações de adesão aos preservativos"	Nota-se que 41,3% das mulheres tinham entre 31 e 40 anos, 32,3% de 5 a 8 anos de estudo e todas sabiam ler e escrever. Foram identificados no presente estudo a existência de 10 fatores de impacto que influenciavam na adesão aos preservativos da mulher com HIV/Aids: relações de gênero, cultural, comportamental, cognitivo, drogadição, religioso-sentimental, intencional, socioeconômico, protetor e fidelidade. As mulheres apresentam dificuldade na decisão em aderir ao preservativo, mesmo recebendo orientações sobre sua necessidade pelo serviço de assistência especializada.	Os comportamentos de prevenção não são praticados, pelas mulheres, na maioria das situações, mesmo sabendo como se proteger (vulnerabilidade individual). As desigualdades de renda e gênero interferem na busca de informações e na tomada de decisão para a prevenção da Aids (vulnerabilidade social). A assistência à mulher com HIV/Aids precisa contemplar orientações sobre o uso dos preservativos em quaisquer relações sexuais, preferencialmente com o casal e priorizar suas dúvidas e dificuldades. O apoio deve ser contínuo para fortalecer e incentivar a adesão ao preservativo. Sugere-se que o instrumento utilizado na presente pesquisa seja validado junto a outros grupos de mulheres com HIV/Aids.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Prevenção ao HIV/Aids – jogo educativo (ID 157)	1) entrevista estruturada, análise de discurso, testes estatísticos, jogo educativo Orientação teórica: Conceito de promoção da saúde, teoria social cognitiva Fases de coleta: 1) seleção dos sujeitos; 2) distribuição no grupo controle	145 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos	1 unidade básica de saúde com ESF em São Paulo/SP	Propor uma ação educativa voltada à promoção de saúde sobre HIV/Aids para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família Objetivos específicos: 1- Adaptar e implementar um jogo educativo sobre HIV/Aids para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família; 2- Analisar as informações sobre HIV/Aids de mulheres	O grupo controle foi composto por 95 mulheres (média de idade 62,74 anos) e o grupo intervenção por 50 mulheres (média de idade 62,46 anos), ambos com baixa escolaridade, reduzida renda <i>per capita</i> , comportamento monogâmico, não adoção do preservativo em suas relações sexuais e praticantes de alguma religião. Os resultados obtidos evidenciaram a influência do perfil das mulheres na aprendizagem social, percepção acerca da infecção pelo HIV e modulação do comportamento para prevenção e convívio com portadores do HIV.	A utilização do jogo educativo possibilitou a exposição das informações, crenças e valores que as mulheres tinham sobre HIV/Aids. Há persistência de falha nas informações sobre o assunto tanto no GC quanto no GI, como a crença sobre a existência de pessoas curadas da infecção pelo HIV pela vontade de Deus, imagem distorcida da aparência e cotidiano das pessoas infectadas e dúvidas sobre as corretas vias de transmissão da doença. O jogo se adequa à realidade das equipes Saúde da Família e devido a

	(GC) e no grupo intervenção (GI); 3)preenchimento instrumento GC; 4)preenchimento instrumento GI pós-jogo educativo; 5)preenchimento do instrumento após 2 meses para GC e GI.			com idade igual ou superior a 50 apresentadas durante jogo educativo; 3-Avaliar se um jogo educativo sobre HIV/Aids, direcionado a mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, atendidas pela Estratégia Saúde da Família, atua sobre seu conjunto de informações sobre HIV/Aids?	Observou-se que o GI reconheceu de forma estatisticamente superior ao GC que a população idosa não está imune à infecção pelo HIV e houve ganhos imediatos que foram obtidos com a ação educativa.	sua simplicidade pode ser utilizado por um profissional dentro ou fora da UBS. É possível que o fornecimento de informações sobre HIV/Aids tenham alcance positivo por meio de ações simples como a utilização de um jogo educativo na APS às mulheres com idade igual ou superior a 50 anos.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE				
Inclusão social (ID 158)	<p><u>Instrumentos e/ou procedimentos</u> entrevistas semi-estruturadas, mapa de redes, prontuários, análise de discurso</p> <p><u>Orientação teórica</u> teoria sobre cotidiano de Heller</p> <p><u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas; 3)preenchimento do mapa de redes; 3)seleção de pessoa da rede do sujeito; 4)realização das entrevistas com as pessoas da rede</p>	<u>Sujeitos</u> 17 usuários do ambulatório e 12 pessoas de sua rede de apoio social	<u>Local</u> 1 ambulatório municipal de saúde mental - CAPS de São Paulo/SP	<p><u>Objetivos</u> 1-Analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos usuários de CAPS e pessoas da rede social dos usuários; 2-Identificar o cotidiano dos usuários do CAPS na perspectiva da inclusão social, enquanto fenômeno multidimensional; 3-Identificar a rede social de suporte dos usuários do CAPS; 4-Analisar as estratégias existentes nos CAPS que auxiliam na construção do cotidiano e na inserção social do usuário"</p>	<p><u>Resultados</u> A idade dos usuários variou entre 29 e 71 anos e a maioria era solteiro, homem, estava em regime intensivo de cuidado, com ensino médio incompleto e não tinham profissão definida. Utilizavam o CAPS como principal espaço de atuação na vida cotidiana, num ir e vir em liberdade, aonde são estabelecidos os relacionamentos primários e é favorecida a inclusão social. Observou-se que são dificuldades no processo de inclusão social, a exclusão dos usuários nos espaços da comunidade, a história de vida com anos de internação que promoveram o rompimento dos laços afetivos e o aumento do estigma social, entre outros. Por sua vez, os avanços na inclusão social decorreram da maior participação dos usuários com transtorno mental na circulação pela cidade, experiências de participação nas bibliotecas, SESC, entre outros.</p>	<p><u>Conclusões</u> Os usuários não estão mais sozinhos e isolados, eles estão unidos, se fortalecendo uns aos outros, constituindo uma rede de ajuda mútua com apoio do CAPS. Todavia, o serviço ainda precisa colocar em prática as ações que promovam o fortalecimento da rede social de inclusão dos usuários no território. A existência dos CAPS é um dos posicionamentos da sociedade em relação à loucura que promove a abertura de espaço à articulação de possibilidades, conflitos e tensões, mas não deve cumprir o papel de "resolver" essa mesma relação. A promoção da inclusão social deve contemplar políticas públicas sociais, resgate da história de vida da pessoa, participação da equipe de saúde na constituição do projeto terapêutico individual, apoio na defesa dos seus direitos, entre outros.</p>
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE				
Compreensão das condições de trabalho e consumo – índice de reprodução social (ID 160)	<p><u>Instrumentos e/ou procedimentos</u> entrevistas estruturadas, testes estatísticos</p> <p><u>Orientação teórica</u> reprodução social</p> <p><u>Fases de coleta</u> 1)definição das variáveis empíricas; 2)seleção do local de coleta; 4)realização das entrevistas; 5)construção do índice de reprodução social</p>	<u>Sujeitos</u> 589 famílias de 2463 jovens	<u>Local</u> 8 escolas estaduais e 3 colégios privados para jovens de 15 a 18 anos, 2 clubes e 1 escola técnica para jovens de 19 a 24 anos de Santo André/SP	<p><u>Objetivo geral</u> Averiguar a capacidade das variáveis de trabalho e vida de mostrar as diferenças de reprodução social das famílias nos espaços do bairro e das ruas</p> <p><u>Objetivos específicos</u> 1-Levantar por meio de inquérito domiciliar variáveis de reprodução social de famílias que vivem em diferentes espaços sociais de uma cidade da RMSP; 2-Analisar o comportamento dessas variáveis de reprodução social quanto à sua capacidade para formar grupos com semelhantes formas de trabalhar e de viver; 3-Construir um índice de reprodução social capaz de mostrar as diferenças de reprodução social entre as famílias no micro-espaco (rua, setor censitário, bolsões de favela, ocupações de terreno)"</p>	<p><u>Resultados</u> Foram identificadas por meio dos dados secundários do IBGE a existência de 4,4% das famílias no grupo social central, 14,4% no grupo quase central, 42,3% no grupo quase periférico e 38,9% no grupo periférico. Por sua vez, a partir das variáveis formas de trabalhar e de viver, que compuseram o Índice de Reprodução Social da presente pesquisa, existem 24,3% famílias no grupo I - mais estabilidade nas formas de trabalhar e nas formas de viver, 42,4% no grupo II, 17,3% no grupo III e 16% no grupo IV.</p>	<p><u>Conclusões</u> A presente pesquisa operacionalizou o conceito de classe social por meio da Epidemiologia Crítica para captar o caráter de produção e consumo no processo de acumulação capitalista. A exposição dos elementos que compõem cada grupo social pode favorecer a previsão de desgastes no processo saúde-doença. O estudo contém limitações porque só foram estudadas famílias com jovens de 15 até 24 anos e a ocupação ou posse de bens não define de forma estática a posição das classes sociais na relação de exploração capitalista. Todavia, os serviços de saúde podem utilizar o Índice de Reprodução Social para mapear os grupos sociais em seu território adscrito e planejar intervenções voltadas diretamente às necessidades de saúde de cada grupo encontrado.</p>

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos de entrevistas estatísticas	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Eficiência do serviço no diagnóstico de tuberculose (ID 163)	<p>Orientação teórica</p> <p>Modelo avaliativo de Starfield</p> <p>Fases de coleta</p> <p>1) seleção dos sujeitos; 2) realização das entrevistas</p>	101 pessoas com tuberculose e 101 prontuários	1 ambulatório municipal de Foz de Iguaçu/PR	<p>“Objetivo geral</p> <p>Avaliar a eficiência do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente (ABS, SE, PA) para o diagnóstico de TB no município de Foz de Iguaçu/PR</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1-Verificar qual foi o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, considerando os diferentes tipos de serviços de saúde no município (AB, SE e PA) e qual a unidade de saúde em que realizou diagnóstico da TB; 2-Avaliar a eficiência das ações de diagnóstico da TB realizadas pelo primeiro serviço de saúde procurado pelo doente (AB, SE e PA); 3-Verificar o número de vezes que o doente procurou o serviço de saúde entre o primeiro atendimento até o diagnóstico de TB; 4-Verificar o tempo decorrido entre o primeiro contato do doente com o serviço de saúde e a realização do diagnóstico da TB”</p>	<p>A idade média dos entrevistados foi de 37,2 anos, maioria do sexo masculino (65,3%), branco (45,5%), com baixa escolaridade (61,3%) e sem atividade profissional remunerada (44,6%). O primeiro serviço procurado pelos entrevistados foi o pronto atendimento, o local que mais diagnosticou tuberculose foi o serviço especializado e 70% conseguiram consulta no mesmo dia da primeira procura de atendimento. As pessoas que buscaram a APS foram mais vezes aos serviços para conseguir o diagnóstico.</p>	<p>O serviço de primeira escolha não apresentou eficiência esperada e é necessário a implementação da capacidade diagnóstica desse serviço tanto em recursos materiais/tecnológicos quanto na capacitação de recursos humanos. Os serviços especializados tiveram maior eficiência no diagnóstico devido à qualificação e comprometimento da equipe na suspeita de tuberculose demonstrando que a densidade tecnológica e a especialização foram decisivas na elucidação do caso. Recomendou-se a criação de mecanismos de gestão para alocação de recursos estruturais e complementares aos profissionais de saúde, prioritariamente na APS, para ampliar a capacidade resolutiva das equipes de saúde e garantir maior eficiência no diagnóstico de tuberculose.</p>
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos de entrevistas estatísticas	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Compreensão das condições de saúde – perfil da mortalidade feminina (ID 168)	<p>Orientação teórica</p> <p>Não foi encontrada</p> <p>Fases de coleta</p> <p>1) captura dos óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos no Sim do RS; 2) distribuição espacial dos óbitos maternos</p>	845 mulheres entre 10 e 49 anos que morreram entre 1999 e 2008	Departamento de Informática do SUS (DATASUS) – banco de dados do Rio Grande do Sul	<p>“Objetivo geral</p> <p>Caracterizar as razões da mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul entre o período de 1999 a 2008</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1-Descrever a evolução temporal da razão da mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul e nas suas sete macrorregiões de 1999 a 2008; 2-Identificar a razão da mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, de acordo com as variáveis demográficas, de ocorrência e obstétricas dos óbitos maternos de 1999 a 2008; 3-Identificar a razão da mortalidade materna nas sete macrorregiões do estado do Rio Grande do Sul de acordo com as variáveis demográficas, de ocorrência e obstétricas dos óbitos maternos de 1999 a 2008; 4-Analisar a distribuição espacial da razão da mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul e nas suas sete macrorregiões nos anos de 1999 a 2008; 5-Conhecer a evolução da mortalidade materna a partir da implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no estado do Rio Grande do Sul”</p>	<p>A razão de morte materna no Rio Grande do Sul foi considerada baixa, mas nas macrorregiões estudadas todos os anos analisados tiveram valores acima do recomendado pelo Ministério da Saúde. As macrorregiões com classificação moderada para risco de óbito materno conforme a OMS em 2008 foram Missioneira (125,5 mortes em 100 mil nascidos vivos) e Serra (103,89 mortes em 100 mil nascidos vivos). As mortes ocorreram principalmente nas mulheres entre 30 e 49 anos, com baixa escolaridade, menos de três anos de estudo e tendo como causas a hipertensão arterial e a hemorragia. Houveram muitas perdas de informação por falha no registro. O período mais crítico para risco de óbito é entre o momento do parto até 42 dias de puerpério.</p>	<p>O estudo correlacionou mortalidade materna com condições econômicas da população e qualidade do pré-natal, parto, aborto e puerpério. Observou-se que as políticas públicas não impactaram em melhoria da saúde materna e reprodutiva das mulheres. É preciso que ocorra a revisão das ações pertinentes ao pré-natal. A proteção da vida das mulheres em idade reprodutiva é um dever do Estado e uma obrigação dos profissionais que atendem essas mulheres.</p>

NÚCLEO SENTIDO	DE	UNIDADE DE CONTEXTO	Sujeitos	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Alimentação e autocuidado em Diabetes Mellitus (ID 169)		Instrumentos e/ou procedimentos: entrevistas semi-estruturadas, entrevistas estruturadas, exames laboratoriais, análise de conteúdo Orientação teórica Teoria das representações sociais Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas; 3)leitura dos exames bioquímicos, medidas antropométricas, dados clínicos e sócio-demográficos	34 usuários com DM2	1 unidade básica de saúde com ESF em Belo Horizonte/MG	“Objetivo geral Analisar a relação entre representações identitárias, as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico das pessoas com DM2 Objetivos específicos 1-Characterizar o contexto sócio-demográfico das pessoas com DM2; 2-Identificar as representações identitárias das pessoas com DM2; 3-Identificar as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2; 4-Relacionar as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2 conforme representam a identidade; 5-Relacionar o controle glicêmico e metabólico com os dados clínicos das pessoas com DM2 conforme representam a identidade e a alimentação”	A maioria dos entrevistados tem acima de 50 anos (97%), é casado (76,5%), com ensino fundamental incompleto (79,4%) e renda de 2 a 3 salários mínimos (58,8%). Alguns se julgam <i>normais</i> porque conseguem realizar com equilíbrio as atividades de autocuidado e autocontrole e outros referem <i>aceitar a doença</i> , pois integram a condição crônica ao estilo de vida. Por sua vez, alguns referiram que <i>tem uma vida carregada de dificuldades</i> porque tentam colocar em prática os comportamentos desejados de autocuidado e autocontrole e outros se sentem <i>inconformados</i> , pois reagem ou reclamam da submissão às normas para controle da doença. Quando os entrevistados referiram <i>comer normal</i> foram atribuídos diferentes sentidos como, por exemplo, comer como antigamente, comer sem exagero e comer poucas refeições ao dia.	Conclusões A representação social da alimentação e da identidade possibilitou a captura da percepção acerca do autocuidado e controle glicêmico que é realizada de fato no cotidiano das pessoas entrevistadas. Considerar-se <i>normal</i> ou <i>doente</i> converteu-se em potencialidade para o desenvolvimento de um modo de vida sadio ou não. As orientações alimentares pautadas no uso correto da palavra <i>não</i> precisam ser repensadas para apontar afirmações que levam em consideração o aspecto emocional e a percepção acerca do autocuidado e autocontrole da pessoa com DM. Os obstáculos para o autocuidado precisam ser compreendidos pela equipe de saúde multidisciplinar que atua na APS. É preciso o desenvolvimento de abordagens pedagógicas que incidam na dimensão cognitiva e intelectual, mas também na sua dimensão afetiva, responsável pela produção de novos modos de subjetivação.
Características da vulnerabilidade programática em DST/Aids (ID 179)		Instrumentos e/ou procedimentos: Entrevista estruturada, estatística descritiva Orientação teórica Conceito de vulnerabilidade e integralidade Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização da entrevista	328 unidades básicas de saúde de São Paulo/SP	Local: 328 unidades básicas de saúde de São Paulo/SP Sujeitos: 328 gerentes	RECORTE	Resultados Foram entrevistados 74,2% dos gerentes do município de São Paulo. Observou-se que 40,9% dos gerentes entrevistados eram de unidades básicas tradicionais, mais da metade enfermeiros e 55,8% das OSS eram do tipo “Associação”. Há vulnerabilidade com falta de materiais para as atividades educativas, baixa oferta de testes de detecção de sífilis às gestantes, teste anti-HIV no pré-natal, demora no retorno do exame anti-HIV, baixa indicação do tratamento com Penicilina Benzatina ao parecer da gestante com diagnóstico de sífilis, não realização da abordagem consentida para solicitação de teste HIV à gestante ou para a população em geral, falta de capacitação para abordagem síndrome das DST e aconselhamento na oferta do teste HIV e falta de contrarreferência.	Conclusões O estudo mostrou que há vulnerabilidade quanto ao âmbito programático da Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na atenção às DST/HIV/aids. A integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade apresenta encaminhamento da UBS, mas baixo retorno das informações à unidade. É necessário investimentos em educação permanente para promoção e prevenção das DST/HIV/aids e a inclusão do assunto nos currículos de formação dos profissionais da saúde para que se consiga realmente a consolidação do SUS. A efetivação da integralidade necessita de processos dialógicos entre os atores sociais envolvidos para busca de soluções às vulnerabilidades programáticas.

NÚCLEO SENTIDO	DE	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE	Resultados	Conclusões
Características da vulnerabilidade programática em DST/Aids (ID 179)		<p><u>Local</u> 328 unidades básicas de saúde de São Paulo/SP</p> <p><u>Sujeitos</u> 328 gerentes</p> <p><u>Instrumentos e/ou procedimentos</u> Entrevista estruturada, estatística descritiva</p> <p><u>Orientação teórica</u> Conceito de vulnerabilidade e integralidade</p> <p><u>Fases de coleta</u> dos sujeitos; da entrevista</p>	<p><u>Objetivo geral</u> Analisar a vulnerabilidade programática na atenção às DST/HIV/Aids nas UBS's da secretaria municipal de saúde (SMS) de São Paulo/SP/Brasil para efetivação do princípio da integralidade</p> <p><u>Objetivos específicos</u> 1- Caracterizar as UBS's, segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), as Supervisões Técnicas de Saúde (STS), os modelos de organização da atenção à saúde, as organizações sociais de saúde (OSS) em contratos de gestão ou convênios na co-gestão da saúde com a SMS de São Paulo e a formação profissional do gerente; 2- Identificar o grau de vulnerabilidade programática de estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e de operacionalização das ações na atenção às DST/HIV/Aids, das UBS's, segundo as CRS, os modelos de organização da atenção à saúde, as organizações sociais de saúde (OSS) em contratos de gestão ou convênios na co-gestão da saúde com a SMS de São Paulo; 3- Discutir a vulnerabilidade programática das UBS's de estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e de operacionalização das ações na atenção às DST/HIV/Aids, segundo componentes: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, enfoque familiar, profissionais de saúde e</p>	<p>Foram entrevistados 74,2% dos gerentes do município de São Paulo. Observou-se que 40,9% dos gerentes entrevistados eram de unidades básicas tradicionais, mais da metade enfermeiros e 55,8% das OSS eram do tipo "Associação". Há vulnerabilidade programática para efetivação da integralidade com falta de materiais para as atividades educativas, baixa oferta de testes de detecção de sífilis às gestantes, teste anti-HIV no pré-natal, demora no retorno do exame anti-HIV, baixa indicação do tratamento com Penicilina Benzatina ao parecer da gestante com diagnóstico de sífilis, não realização da abordagem consentida para solicitação de teste HIV à gestante ou para a população em geral, falta de capacitação para abordagem síndrome das DST e aconselhamento na oferta do teste HIV e falta de contrarreferência.</p>	<p>O estudo mostrou que há vulnerabilidade quanto ao âmbito programático da Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na atenção às DST/HIV/Aids. A integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/Aids e maternidade apresenta encaminha da UBS, mas baixo retorno das informações à unidade. É necessário investimentos em educação permanente para promoção e prevenção das DST/HIV/Aids e a inclusão do assunto nos currículos de formação dos profissionais da saúde para que se consiga realmente a consolidação do SUS. A efetivação da integralidade necessita de processos dialógicos entre os atores sociais envolvidos para busca de soluções às vulnerabilidades programáticas.</p>

NÚCLEO DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO SENTIDO	DE	UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE	
Captção de vulnerabilidade individual – para assistência às DST/AIDS (ID 185)	da	Instrumentos e/ou procedimentos técnicos Delphi, revisão sistêmica, entrevista estruturada	Sujeitos e/ou validação de conteúdo - 5 enfermeiras e 1 médico	Local CIN/ANL, PubMed, OVID, Web of Science, LILACS, Banco de Teses CAPES, Dedalus/USP e São Paulo/SP	<p>Objetivo geral Validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV para serem aplicados na atenção básica à saúde</p> <p>Objetivos específicos 1-Analisar a revisão sistêmica sobre elementos de vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV; 2-Selecionar marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, correntes na literatura, para serem aplicados na atenção básica à saúde, que identifiquem elementos de vulnerabilidade que podem limitar a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual</p> <p>Resultados Observou-se que há cinco elementos que contribuem para a definição da vulnerabilidade de mulheres à DST/AIDS: abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção, percepção sobre DST/AIDS, descon sideração da vulnerabilidade às DST/AIDS, reconhecimento de si própria como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos e ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção de DST/AIDS.</p> <p>Conclusões Os marcadores são ferramentas importantes para a operacionalização do conceito de vulnerabilidade na atenção básica à saúde e, particularmente à Enfermagem. Podem contribuir no planejamento das ações de prevenção, ultrapassando o repasse de informações e possibilitando a troca de saberes, crenças e valores sobre como a mulher vive a própria sexualidade. Avalia-se que este instrumento requer processos de trabalho inter e multidisciplinares e inter e multisectoriais.</p>
Estratégias de descentralização e regionalização (ID 187)	de	Instrumentos e/ou procedimentos semi-estruturados, análise de conteúdo, <i>software</i> NVIVO	Sujeitos e/ou gestores municipais de saúde e 3 ex-gestores municipais de saúde	Local 13 municípios da Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (Amaral Ferrador, Arambarê, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Guaíba, Mariana Pimental, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes)	<p>Objetivo geral Analisar as estratégias (institucionais e programáticas) e a configuração de poder que se estabelecem no planejamento relativo à regionalização, compreendido no espaço geográfico dos municípios que compõem a Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) Centro-Sul no estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de atores sociais</p> <p>Objetivos específicos 1-Analisar as estratégias e as ações de organização e planejamento regional ascendente dos municípios estudados, relativos à regionalização; 2-Identificar as redes de atenção à saúde, estabelecidas pela regionalização, no espaço geográfico da região Centro-Sul e a tomada de decisão nas referências formadas pelos municípios; 3-Analisar as perspectivas dos atores, no jogo social, a respeito das tomadas de decisão, relativas ao planejamento da regionalização na área em estudo e no estado; 4-identificar e analisar as configurações de poder existentes entre os atores sociais envolvidos no processo de regionalização, especialmente no espaço de decisões da ASSEDISA Centro-Sul”</p> <p>Resultados Os sujeitos referiram que o financiamento das ações de média complexidade e a organização do Sistema de Saúde são os principais problemas enfrentados no processo de descentralização. Há o receio de aumentar a responsabilidade a partir da assinatura do Pacto de Gestão porque eles já repassam além do mínimo constitucional. A discussão sobre fluxos no território de saúde demonstrou a dificuldade dos atuais recortes espaciais que compõem os municípios. Os vereadores e deputados são referidos como pessoas que levam conquistas para o município, mas não planejam a manutenção do sistema de saúde e as vezes até o prejudicam. A programação pactuada e a regulação oriunda do Pacto de Gestão foram consideradas medidas para efetivação dos fluxos que são influenciados pelo jogo de distribuição do poder político.</p> <p>Conclusões O Ministério da Saúde é o protagonista da arena decisória, centralizando o poder e orientando o eixo das políticas públicas no Brasil. Os municípios são influenciados pelos espaços decisórios que configuram a distribuição territorial fragmentada da organização do sistema de saúde. Há necessidade de revisão da consolidação da microrregião (13 municípios do Rio Grande do Sul), a partir da análise situacional, local e regional, bem como da reorganização do Sistema de Saúde.</p>

NÚCLEO SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Características do processo de trabalho no ensino superior (ID 193)	Entrevistas estruturadas, entrevistas não estruturadas, análise de discurso <u>Orientação teórica</u> materialismo histórico e dialético Fases de coleta 1)seleção das IES's; 2)seleção dos sujeitos; 3)realização das entrevistas	24 docentes universitários	Faculdades públicas e privadas do estado de São Paulo	“Objetivo geral Analisar o processo de trabalho do docente de Enfermagem em instituições de ensino superior de diferentes contextos institucionais do estado de São Paulo Objetivos específicos 1-Descrever o perfil e as condições de trabalho docente em diferentes contextos institucionais; 2-Analisar as práticas docentes nos diferentes contextos”	Há um processo de precarização e intensificação do trabalho docente. No contexto empresarial, o regime de trabalho tende a ser horista (hora-aula), com predomínio de mestres, dificuldade de efetivação do plano de carreira, infraestrutura material e humana escassa, pouca inserção nas atividades de pesquisa ou extensão e o trabalho é voltado basicamente para o ensino em sala de aula. Por sua vez, no contexto misto, o regime de trabalho predominante é parcial, com plano de carreira formalizado, infraestrutura satisfatória, trabalho docente voltado ao ensino de graduação, atividades práticas desde as séries iniciais do curso e grande desgaste físico e mental na articulação entre sala de aula-campo de estágio. Finalmente, no contexto acadêmico, o regime de trabalho é integral, exclusivo, com plano de carreira explícito, infraestrutura satisfatória, supervisão das atividades administrativas, de pesquisa e de pós-graduação em detrimento do ensino de graduação e da extensão e a imprevisibilidade das ações dos serviços de saúde geram insegurança no ensino prático.	Embora os docentes estejam inseridos no mesmo contexto estrutural do ensino superior, o processo de trabalho ocorre de forma distinta no que se refere às práticas organizativas e didáticas. Nos contextos empresarial e misto, a assistência é tida como importante para a prática docente, conferindo diferencial valorizado por estudantes e docentes. Por sua vez, no contexto acadêmico, os docentes são valorizados por meio da pesquisa que realizam e se sentem pressionados em conseguir atingir as metas institucionais de publicação. A mudança de cenário requer, entre outros aspectos, um processo de profissionalização docente voltado à análise e construção das formas de enfrentamento que reconhecem como ponto de partida a heterogeneidade do trabalho em Enfermagem.
NÚCLEO SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Qualidade do ar e atmosférica (ID 208)	Entrevistas estruturadas, testes estatísticos, banco de dados epidemiológicos municipais <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada Fases de coleta 1)seleção das regiões do município; 2)utilização das mudas biomonitoras da poluição atmosférica; 3)captura dos parâmetros ambientais, fisiológicos, anatômicos e de crescimento das mudas; 4)análise das interações por morbidade respiratória com indicadores ambientais	24 mudas de <i>Tibouchina pulchra</i> e 24 mudas de <i>Tradescantia pallida</i>	3 regiões urbanas do município de Ribeirão Preto/SP	“Objetivo geral Avaliar a qualidade do ar no município de Ribeirão Preto/SP por meio de biomonitoramento vegetal relacionando ao quadro de morbidade por doenças respiratórias da população Objetivos específicos 1-Analisar parâmetros ambientais (MP ₁₀ , NO ₂ , CO, O ₃ , temperatura, umidade, radiação solar) durante os períodos de experimento com os biomonitores vegetais <i>Tibouchina pulchra</i> e <i>Tradescantia pallida</i> ; 2-Analisar parâmetros fisiológicos, anatômicos e de crescimento nas plantas de <i>Tibouchina pulchra</i> e <i>Tradescantia pallida</i> , expostas em três regiões do município; 3-Comparar os resultados quanto aos tratamentos de luminosidade: plantas expostas a pleno sol e plantas expostas a 50% de sombreamento; 4-Analisar a composição química foliar das plantas de <i>Tibouchina pulchra</i> e <i>Tradescantia pallida</i> , expostas em três regiões selecionadas no município; 5-Comparar os resultados das análises nas plantas com os parâmetros ambientais registrados durante os dois períodos de experimento, realizados em diferentes épocas do ano; 6-Analisar a composição química do solo coletado no final de cada período de experimento; 7-Relacionar o número de internações por doenças respiratórias da população residente em Ribeirão Preto/SP com indicadores ambientais de poluição atmosférica, durante o período de janeiro/2009 a dezembro/2011”	Os níveis de poluentes atmosféricos, no período estudado, comprometeram a capacidade fotossintética das plantas, afetando significativamente o seu crescimento. Apesar da qualidade do ar ter sido considerada boa na maioria dos dias do ano, foi possível mensurar indicadores de estresse nas plantas, que apresentaram respostas diferentes em cada região estudada. Houve correlação positiva moderada entre a taxa de internação por doenças respiratórias e a concentração mensal de poluentes atmosféricos, principalmente entre crianças menores de cinco anos de idade, no período mais seco e frio do ano.	Os parâmetros avaliados nas plantas mostraram-se sensíveis aos poluentes de baixa concentração na atmosfera. Os achados poderão subsidiar elementos para novos padrões de qualidade do ar, revelando indicadores de estresse nas plantas que são causados pela exposição aos poluentes atmosféricos. O biomonitoramento para avaliação da qualidade do ar pode ser uma ferramenta complementar ao monitoramento físico-químico. A informação sobre os indicadores de saúde que estão relacionados à poluição do ar são de especial interesse da vigilância ambiental.

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Prevenção do câncer de colo do útero – fita lembrança e manual educativo (ID 216)	<u>Entrevista estruturada</u> , testes estatísticos, técnica Delphi, manual educativo <u>Orientação teórica</u> Círculos de investigação de Freire <u>Fases de coleta</u> 1)seleção de sujeitos para o grupo intervenção educativa (GIE), grupo intervenção comportamental (GIC) e grupo controle (GC); 2)realização da entrevista; 3)realização da intervenção; 4)realização da entrevista na consulta de retorno para GIE, GIC e GC	775 mulheres que realizaram exame de prevenção do câncer de colo uterino	1 unidade básica de saúde com ESF em Fortaleza/CE	Testar os efeitos das intervenções comportamental e educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico Objetivos específicos 1-Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres em relação ao exame colpocitológico; 2-Avaliar a taxa de retorno entre os grupos após utilização das intervenções educativas e comportamentais; 3-Identificar os fatores relacionados ao não comparecimento à consulta de retorno;	<u>Resultados</u> A idade das mulheres variou entre 13 e 78 anos, com média de sete anos de estudo e início da vida sexual por volta dos 16 anos de idade. Apesar de 98,5% terem ouvido falar sobre o exame colpocitológico, em 72,3% há inadequação do conhecimento e 58,6% sabiam que a finalidade era a prevenção do câncer de colo uterino. O grupo intervenção educativa apresentou melhor taxa de retorno para receber o resultado do exame (82%), seguido do grupo controle (77%) e do grupo intervenção comportamental (66%). O intervalo entre o exame e o agendamento da consulta de retorno variou entre 45,4 dias (grupo intervenção comportamental), 42,7 dias (grupo controle) e 41,4 dias (grupo intervenção educativa).
<u>Conclusões</u> A intervenção comportamental utilizada nesta pesquisa (fita lembrança) não se mostrou eficaz, uma vez que as mulheres do grupo intervenção comportamental tiveram menores percentuais de comparecimento à consulta de retorno e o fizeram num intervalo maior quando comparado aos outros grupos. Outra limitação foi o fato de apesar de ser um direito, não haver consulta de retorno garantida na instituição pesquisada. A mulher morar distante do posto de saúde não teve relação estatística com o não retorno para retirar o resultado do exame. É indicado que em outros estudos sejam garantidas as consultas de retorno e testadas novas intervenções comportamentais, com reforço em menor intervalo de tempo como, por exemplo, ligação telefônica ou mensagem de celular, dias antes da consulta de retorno.					

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Características do trabalho rural feminino e a situação de vida e adoecimento (ID 217)	<u>procedimentos</u> entrevistas semi-estruturadas, diário de campo, história oral, análise de conteúdo <u>Orientação teórica</u> Habermas teoria sócio-crítica de <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas	10 cortadoras de cana-de-açúcar	Sindicato Rural de Guariba/SP	Evidenciar o contexto de vida e trabalho de mulheres cortadoras de cana-de-açúcar Objetivos específicos 1-Identificar aspectos demográficos das trabalhadoras rurais do corte de cana-de-açúcar; 2-Identificar condições de vida e trabalho das cortadoras de cana-de-açúcar; 3-Identificar situações de sofrimento e prazer no contexto da vida cotidiana destas trabalhadoras; 4-Identificar estratégias defensivas no contexto de vida destas trabalhadoras; 5-Identificar perspectivas futuras das trabalhadoras do corte de cana-de-açúcar”	<u>Resultados</u> Observou-se que 70% das entrevistadas são pardas, 70% casadas, 40% têm dois filhos e 90% têm ensino fundamental incompleto. A maioria é migrante e está nos canaviais paulistas em busca de melhores perspectivas de vida. Os seus relacionamentos familiares tendem a ser agressivos e algumas mencionaram apanhar dos maridos. Referiram que já trabalharam no canavial quando eram crianças, adolescentes e gestantes. Em relação ao ambiente de trabalho, há animais peçonhentos, o instrumento para cortar a cana que pode feri-las, chuva, calor, transporte coletivo sujo de barro e esforço físico excessivo. As principais alterações de saúde mencionadas foram cansaço, dores, câimbras, angústia, alterações de tendões e problemas de tontura. Foram mencionados vários tipos de sofrimento (filhos que eram deixados em casa enquanto saiam para trabalhar, adoecimentos, o próprio trabalho, abandono dos maridos, doação de filhos, falta de dinheiro, presença de animais peçonhentos e morte ou prisão de familiares).
<u>Conclusões</u> A história de vida das mulheres que trabalham com o corte manual da cana de açúcar agrega um contexto complexo em que a organização do trabalho influencia diretamente no modo de sobrevivência. O trabalho infanto-juvenil fez parte do histórico e a migração foi necessária para tentar superar a pobreza. Há falta de articulação das políticas públicas na garantia dos direitos e deveres que conciliam vida profissional com vida familiar. Os profissionais não podem naturalizar as alterações de saúde das mulheres cortadoras de cana de açúcar. É necessário o desenvolvimento de políticas sociais de atenção para essa minoria excluída que é essencial à construção do país.					

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE	Resultados	Conclusões
Caracterização da violência por parceiro íntimo (ID 219)	Instrumentos e/ou procedimentos entrevistas estruturadas, prontuários, testes estatísticos Orientação teórica Não foi encontrada Fases de coleta 1) rastreamento e seleção das mulheres para grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI); 2) aplicação de entrevistas estruturadas para coleta em prontuários; 3) entrevistas com mulheres GI; 4) seleção e entrevistas com mulheres GC	Local 2 maternidades públicas do ABC paulista <		

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Conclusões
	Instrumentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados	
Relacionamento estável no contexto da AIDS (ID 227)	entrevistas procedimentos e/ou semi-estruturadas, método da teoria fundamentada nos dados Orientação teórica Interacionismo simbólico Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas	21 mulheres com idade igual ou maior de 18 anos	Lugares de grande circulação (praças públicas, praias, centros comerciais e ruas) no Rio de Janeiro/RJ	1-Identificar os significados das características de relacionamento estável para as mulheres; 2-Descrever o processo de interação social da mulher em relacionamento estável no contexto da Aids, a partir dos significados por ela atribuídos; 3-Analisar e interpretar o processo de interação social feminina com base nos princípios do interacionismo simbólico; 4-Elaborar um modelo teórico explicativo do processo de interação social da mulher em relacionamento estável no contexto da epidemia de Aids"	O relacionamento estável foi percebido pelas entrevistadas como algo que é confiável, leal e com atitudes de afeição constante. O advento da AIDS trouxe insegurança e desconflança porque não é possível controlar o parceiro. Todavia algumas não sentem o risco de contrair o HIV porque estão num relacionamento estável, fazem exames médicos regulares e não usam drogas.	As entrevistadas revelaram significados simbólicos que estão em contradição com os requisitos necessários para prevenção ao HIV/AIDS. Apesar da emancipação feminina, muitas ainda vivem o amor romântico e não reconhecem a magnitude da epidemia de HIV/AIDS. É importante o desenvolvimento de intervenções específicas para as mulheres com relacionamento estável e o aprofundamento dos estudos acerca da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Conclusões
	Instrumentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	
Ações da equipe multiprofissional para conservação de vacinas (ID 233)	entrevistas procedimentos e/ou semi-estruturadas, testes estatísticos e análise de conteúdo Orientação teórica Não foi encontrada Fases de coleta 1)captura do grau de qualidade das salas de vacina; 2)seleção das salas de vacina; 3)realização das entrevistas com auxiliares/técnicos de enfermagem e profissionais responsáveis técnicos pela sala de vacina	261 salas de vacina e 30 profissionais (12 enfermeiros, 13 auxiliares/técnicos de enfermagem e 5 responsáveis técnicos)	261 unidades básicas de saúde de 55 municípios do estado de Minas Gerais	Avaliar a qualidade da conservação de vacinas nas unidades de atenção primária à saúde da região centro-oeste do estado de Minas Gerais Objetivos específicos 1-Analisar a estrutura de conservação das vacinas nas unidades de atenção primária à saúde, tendo como base as orientações e normas técnicas do PNI; 2-Analisar o processo de conservação de vacinas nas unidades de atenção primária à saúde, tendo como base as orientações e normas técnicas do PNI; 3-Determinar o grau de qualidade de conservação de vacinas das salas de vacina da região centro-oeste de Minas Gerais; 4-Compreender os fatores que dificultam o processo de conservação de vacina nas unidades de atenção primária à saúde da região centro-oeste de Minas Gerais"	O grau de qualidade na conservação das vacinas nas salas de vacina é predominantemente inadequado (59,3%) e crítico (26,9%). Os municípios de pequeno porte concentram as piores salas e em 100% das salas avaliadas não há profissional atualizado. A organização do refrigerador quanto à termoestabilidade apresentou pior escore de qualidade. Há desconhecimento dos enfermeiros e dos auxiliares/técnicos de enfermagem sobre os efeitos da baixa temperatura às vacinas. O elemento condutas frente à alteração de temperatura não foi bem avaliado, pois grande parte dos trabalhadores não cumpre as orientações governamentais e há escassa supervisão das atividades cotidianas. Os enfermeiros referiram que não estão fazendo atividades educativas aos trabalhadores de nível médio e que as atividades de capacitação são restritas às equipes de nível central das secretarias municipais e/ou estadual da saúde.	A deficiência na qualidade de conservação das vacinas pode ser explicada pela insuficiência de recursos humanos capacitados, ausência de supervisão sistematizada, falhas na organização do refrigerador, monitoramento da temperatura e cumprimento das orientações em caso de alteração de temperatura. Apesar dos avanços do PNI, o uso do refrigerador doméstico é predominante na região centro-oeste de Minas Gerais. O enfermeiro responsável direto pela equipe de enfermagem precisa inserir, em seu cotidiano, supervisão planejada e é importante a revisão do seu processo de trabalho. Os gestores precisam avaliar o trabalho do enfermeiro na ESF e considerar a quantidade de atribuições que inviabilizam a qualidade da assistência ofertada à população. Tal estudo pode potencializar a tomada de decisão que melhora os níveis de eficiência e eficácia dos serviços e socializar o conhecimento sobre a manutenção da rede de frio em nível local.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Resultados	Conclusões
	Instrumentos	procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral		
Desempenho do serviço no diagnóstico de tuberculose (ID 251)	entrevistas estruturadas, testes estatísticos	orientação teórica Modelo avaliativo de Starfield	99 pessoas maiores de 18 anos com tuberculose	Unidade básica de saúde com ESF em São José do Rio Preto/SP	Analisar o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado (porta de entrada) para o diagnóstico da tuberculose em São José do Rio Preto/SP em 2009 na percepção do doente Objetivos específicos 1- Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos doentes de tuberculose; 2- Identificar o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas e o serviço de saúde que realizou o diagnóstico da tuberculose; 3- Analisar a estrutura do primeiro serviço de saúde procurado pelos doentes de tuberculose para o diagnóstico; 4- Analisar o processo de atenção aos doentes de tuberculose para o diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado.	Há predomínio de casos novos de tuberculose pulmonar entre homens (63,6%) com idade média de 44,3 anos. O principal serviço procurado para diagnóstico foi o pronto-atendimento. No entanto o serviço que mais diagnosticou a doença foi o hospital, seguido das unidades básicas de saúde. Os serviços especializados foram aqueles que apresentaram melhor desempenho para o diagnóstico de casos extrapulmonares. A maior proporção de baciloscopias de escarro ocorreu nos serviços especializados, seguido pelas unidades básicas de saúde. A capacitação acerca da tuberculose está restrita no município aos profissionais da atenção básica.	Há a existência de um perfil de vulnerabilidade para adoecimento por tuberculose no sexo masculino em idade produtiva e reprodutiva. Para o controle efetivo da tuberculose, todos os serviços considerados porta de entrada devem estar preparados para a suspeição e diagnóstico, determinando os fluxos no sistema de saúde, fortalecendo a referência e contra referência e integrando os serviços públicos e privados para que seja assegurada a continuidade da assistência. É necessária a revisão das estratégias de qualificação e educação permanente e o envolvimento de novos atores como, por exemplo, os profissionais do NASF.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Resultados	Conclusões
	Instrumentos	procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral		
Uso problemático de álcool e outras drogas (ID 252)	entrevistas estruturadas, análise de conteúdo	orientação teórica necessidades de saúde segundo Heller, processo saúde-doença segundo Egry, teoria dos campos de Pierre Bordieu	1 aluno de PG e 6 alunos de graduação que residiram ou residem	Conjunto residencial de uma universidade pública/SP (CRUSP)	Identificar e analisar os limites e possibilidades do serviço social, durante o acompanhamento pelo projeto "Na Boca do CRUSP - Prevenção e Acolhimento", quanto ao atendimento das necessidades de alunos e ex-alunos, com uso problemático de álcool e outras drogas, que são ou já foram residentes na moradia estudantil na Universidade de São Paulo Objetivos específicos 1- Caracterizar a trajetória histórica de formação do projeto de atendimento do serviço social da COSE/AS a alunos com uso problemático de álcool e outras drogas que residem no CRUSP; 2- Descrever os atendimentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas; 3- Conhecer de que forma a intervenção do serviço social contribuiu para a recuperação dos alunos atendidos; 4- Identificar necessidades atendidas e demandas, na concepção dos alunos acompanhados pelo projeto do serviço social, analisando limites e possibilidades de atendimento.	Observou-se que os entrevistados referiram orgulho por ser aluno da USP, ter a USP como possibilidade de ascensão social e serem, em geral, os primeiros membros da família que chegam ao ensino superior. O uso excessivo de drogas foi minimizado por discursos que referem o incentivo do consumo de álcool a partir das campanhas publicitárias. O trabalho do Serviço Social e da área de segurança foi significativo para a capacitação dos sujeitos ao Projeto. As intervenções promoveram melhoria na qualidade de vida, viabilizando o acesso aos processos que podem potencializar a saúde. Na concepção dos alunos, o Projeto atende necessidades necessárias para a manutenção da vida como casa, comida e atendimento médico. As necessidades não atendidas relacionavam-se a cobrança de resultados e a atuação exclusiva de assistentes sociais aos moradores com uso problemático de álcool e outras drogas. Não foram reconhecidas as necessidades que implicavam na articulação das políticas públicas de saúde e de educação.	O Projeto foi responsável pelo início do tratamento de mais da metade dos alunos entrevistados, revelando sentimentos de acolhimento e segurança, durante o acompanhamento e a consciência de que estavam usando um serviço que tinham direito. A recuperação dos alunos acompanhados pelo Projeto pode favorecer o empoderamento individual e coletivo para que eles se tornem sujeitos de suas decisões e consigam recuperar o controle e a independência de suas vidas. Tais reflexões contribuem na problematização das políticas públicas que atendem dependentes de álcool e outras drogas no meio universitário.

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados
Trabalho em equipe para saúde bucal (ID 256)	diário de campo, entrevistas estruturadas, método da cartografia Orientação teórica socioanalise de Lapassade e Loureau Fases de coleta 1)seleção do serviço; 2)captação das informações nas reuniões administrativas e de discussão de caso; 3)validação das informações captadas com os sujeitos	1 equipe saúde da família (1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários)	1 unidade básica de saúde com ESF em Rboirão Preto/SP	1-Cartografar a experiência de uma equipe saúde da família com relação às possibilidades da construção de um campo de conhecimento e responsabilidade para a práxis de saúde bucal"	Observou-se que há construções e desconstruções no processo de trabalho da equipe que são determinadas pelas tensões do serviço entre o modelo hegemônico (cunho assistencialista) e o da clínica ampliada. Tal tensão influencia a compreensão dos trabalhadores sobre seu objeto de trabalho, percepção sobre o trabalho em equipe, desejos de compor interações de saberes e articulações de ações, entre outros. Há desenccontro entre oferta/demanda, valorização excessiva do aparato tecnológico da saúde e pouca formação para o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.
Conclusões					
O método cartográfico possibilitou o acompanhamento processual da equipe e deu visibilidade às tensões que estavam presentes no processo de trabalho. É indicado que os usuários sejam envolvidos no processo de análise e autogestão das equipes para que as ações entre oferta e demanda sejam amplamente discutidas. A ocorrência das doenças bucais precisa ser explorada em relação aos determinantes sociais para que o impacto das práticas seja mais bem avaliado.					

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Características do trabalho feminino e condições de saúde (ID 263)	Entrevistas estruturadas, testes estatísticos Orientação teórica Não foi encontrada Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas pré-intervenção; 3)realização da intervenção (orientação e entrega de folders); 4)realização da entrevista pós-intervenção	48 mulheres dos mercados livres, galpões permanentes e administrativo	Central Abastecimento Hortifrutigranjeiro de Campinas/SP	1-Objetivo geral Avaliar a capacidade para o trabalho, aspectos de saúde e condições de trabalho para intervir por meio da promoção da saúde com mulheres que atuavam na Central de Abastecimento Hortifrutigranjeiro de Campinas/SP Objetivos específicos 1-Characterizar o perfil sociodemográfico e avaliar aspectos de saúde pré e pós-intervenção das mulheres participantes da pesquisa; 2-Avaliar as pontuações do índice de capacidade para o trabalho e percepção de fadiga; 3-Avaliar aspectos de saúde que interferiram na capacidade para o trabalho na pré e pós-intervenção; 4-Analisar as atividades de trabalho em relação às condições de trabalho em subgrupo de mulheres que atuavam em diferentes locais da Central de Abastecimento Hortifrutigranjeiro de Campinas/SP; 5-Realizar intervenção após a primeira entrevista propondo alternativas saudáveis para amenizar aspectos de saúde inadequados; 6-Avaliar a efetividade da intervenção sobre os aspectos de saúde das mulheres na pós-intervenção"	A maioria das mulheres era casada (62,5%), com filhos (60,4%), 11 anos ou mais anos de estudo (64,5%), tinham de 30 a 40 anos de idade (31,2%) e não praticavam atividade física (62,5%). Referiram sentir dor na região da coluna lombar (46%), membros superiores (28,6%) e membros inferiores (23%). A dupla jornada de trabalho estava presente para a maioria das mulheres, com tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, sobrepeso e baixa frequência de atividade física. Houve relato de pouca fadiga e sem alterações significativas na pré e pós-intervenção.
Conclusões					
Os temas alimentação saudável, atividade física/alongamentos, higiene do sono, relaxamento e bem estar foram trabalhados durante a intervenção. Todavia, não houve diferença estatisticamente significativa na pré e pós-intervenção. Foram recorrentes a menção de movimentos repetitivos e posições inadequadas durante o trabalho, como por exemplo, trabalhar em pé, sentada, curvada e agachada por muitas horas seguidas. Há necessidade de mais estudos de promoção da saúde sobre a manutenção da capacidade para o trabalho e das condições de saúde das mulheres trabalhadoras na CEASA.					

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Demandas de cuidado às crianças e adolescentes ex-trabalhadoras infantis (ID 266)	Instrumentos e/ou procedimentos: entrevista estruturada, oficinas Orientação teórica teoria crítica do discurso de Fairclough Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)entrevista dos cuidadores; 3)realização das atividades em grupo com as crianças e adolescentes	Sujeitos 17 familiares cuidadores (3 tias, 3 avós e 11 mães) e 30 crianças/adolescentes entre 6 e 15 anos	Objetivos 1-Delinear as necessidades sociais em saúde e as demandas de cuidados demarcadas nas práticas discursivas de crianças e adolescentes inscritos no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil de Santarém/PA e de seus familiares; 2-Descrever as práticas discursivas e sociais que determinam as necessidades sociais em saúde e as demandas de cuidados de crianças e adolescentes com estresse pós-trabalho infantil; 3-Interpretar as implicações dos saberes de Enfermagem e interdisciplinares na integralidade do cuidado em saúde de crianças e adolescentes do Programa	Resultados As famílias são monoparentais, chefiadas principalmente por mulheres, com grande número de crianças e adolescentes em comparação ao número de adultos, os homens quando saem da relação não mantêm vínculo com os filhos e as ocupações requerem pouca qualificação. O discurso dos cuidadores revela que as crianças sofrem alterações do humor, sono, relações sociais, condições de saúde, entre outros. Por sua vez, as crianças relatam vergonha, situações de humilhação, medo, raiva, conformismo e aceitação pela exploração. Há ausência de criticidade de que o trabalho é fonte de estresse e de doença.	Conclusões O trabalho infantil é uma forma de violência e um espaço de adoecimento das crianças e adolescentes que é invisível na assistência à saúde. A exploração da mão de obra infantil não é escolha voluntária das famílias, mas sim a imposição de uma realidade social excludente. Os achados apontam que estão entre os determinantes da exploração da mão de obra infantil a presença da pobreza, baixa escolaridade e subemprego. É necessário que sejam criadas estratégias viáveis de intervenção, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem com vistas à integralidade.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Ações para enfrentamento da violência às mulheres (ID 268)	Instrumentos e/ou procedimentos: entrevistas semi-estruturadas, diário de campo, entrevistas estruturadas, análise de conteúdo, técnica da associação livre, software NVIVO e EVO Orientação teórica Teoria das representações sociais Fases de coleta 1)captura da estrutura organizacional dos serviços; 2)seleção dos sujeitos; 3)realização das entrevistas	Sujeitos 56 trabalhadores (8 gestores municipais, 5 responsáveis pela saúde da mulher no município e 14 enfermeiras, 9 médicos, 1 psicóloga e 19 agentes comunitários que atuam na zona rural) Local Unidades básicas de saúde de 8 municípios do Rio Grande do Sul (Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul)	Objetivos 1-Conhecer e analisar, em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul, as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde e as influências dessas representações na implementação de decisões políticas e técnicas em ações de saúde; 2-Analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais, na perspectiva dos gestores e dos planos municipais de saúde; 3-Analisar, por meio do domínio epistemológico das relações de gênero e das representações sociais balizadas pelo princípio da integralidade (SUS), as formas concretas de atenção às mulheres rurais vítimas de violência e o potencial de efetividade do enfrentamento local, considerando-se o contexto rural e as pequenas municipalidades	Resultados No período investigado ocorreram 10 tentativas de homicídio de mulheres residentes em áreas rurais. Os entrevistados relataram que as mulheres sentem sobrecarga de trabalho, opressão, desrespeito e que há consentimento, resignação e culpa. Expressaram que o contexto rural dificulta a problematização sobre violência porque é um problema do espaço privado e não do setor saúde. A mulher rural é considerada sob a ótica da subordinação, obediência, atrelando-lhe a responsabilidade pela reprodução biológica, cuidado do lar, dos afazeres domésticos e da lavoura. Por sua vez, há referência de que elas não têm o direito de expressar ou relatar sentimentos e sofrimentos.	Conclusões Há invisibilidade das situações de trabalho, vida e adoecimento das mulheres residentes em zona rural. Os serviços de saúde tendem a naturalizar ou banalizar a relação assimétrica de gênero. Há necessidade de produzir rupturas nas formas arraigadas de cuidado em saúde. A atuação profissional às mulheres em situação de violência requer a utilização de novos elementos na concepção homem/mulher. Constatou-se a fragilidade de gestão das políticas, dos recursos e despreparo dos municípios para conduzir as diretrizes e princípios do SUS. A vulnerabilidade programática na área rural evidenciou a ausência de agenda local direcionada à problemática da violência. A presente pesquisa pode potencializar o debate acerca dos comportamentos e processos violentos com vistas ao alcance da concretização da saúde como direito de cidadania.

NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Resultados	Conclusões
Características do processo de trabalho do enfermeiro na assistência e gerência (ID 272)	Instrumentos procedimentos Entrevistas estruturadas, diário de campo, análise de conteúdo, estatística descritiva <u>Orientação teórica</u> Não encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas; 3)realização da observação	Sujeitos 47 enfermeiros	Local 4 Unidades de Saúde de Pronto Atendimento em Porto Alegre/RS	“Objetivo geral Analisar a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) <u>Objetivos específicos</u> 1-Analisar as atividades dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), descrevendo a constituição da dimensão assistencial e gerencial no seu processo de trabalho; 2-Identificar o objeto do cuidado e a finalidade do trabalho dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 3-Identificar os saberes tecnológicos e o conjunto de instrumentos utilizados pelos enfermeiros na produção de cuidado nesse cenário de trabalho”	“Objetivo geral Analisar as atividades assistenciais mais frequentes no seu processo de trabalho, o acolhimento com avaliação e classificação de risco (66%) e o registro dos dados clínicos em prontuários (70%) que partem da queixa relatada, mas as intervenções de enfermagem não extrapolam as necessidades biológicas. Por sua vez, as atividades gerenciais mais citadas são a distribuição de tarefas entre a equipe de enfermagem (61,7%) e o dimensionamento de pessoal da enfermagem (48,9%). A finalidade do seu trabalho é o encaminhamento de usuários aos níveis adequados de assistência no próprio serviço ou para outros serviços da rede (70%). Os instrumentos mais utilizados são o julgamento, tomada de decisão clínica, escuta, vínculo, acolhimento, conhecimento clínico e protocolo que orienta a classificação de risco.	Conclusões São utilizados saberes tecnológicos na resolução de problemas do cotidiano, garantindo a infraestrutura e a manutenção do cuidado. As ações de prevenção não são foco do trabalho, a resolução de problemas ocorre sem referência ao seu trabalho, o volume de atendimento dificulta o desenvolvimento do trabalho e raramente há atividades de educação permanente planejadas à equipe de enfermagem. Existe o reconhecimento de que o cuidado pode ser gerenciado, mas é necessário avançar na inclusão dos demais trabalhadores e usuários nesse processo. É necessário ampliar a discussão sobre os desafios no desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros em unidades de pronto atendimento, lugar aonde a demanda deve ser acolhida com agilidade, escuta qualificada e aprofundamento clínico das queixas.		
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE		Resultados	Conclusões	
Processo de adoecimento em tuberculose (ID 277)	Instrumentos procedimentos entrevistas estruturadas, diário de campo, <i>software</i> Atlas.ti, análise de discurso <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas	Sujeitos 16 pessoas internadas com diagnóstico de tuberculose com idade igual ou maior que 18 anos	Local 1 unidade de internação de um hospital público de João Pessoa/PB	“Objetivos 1-Investigar como os discursos sobre a tuberculose afetam a desconstrução identitária do sujeito, que perpassa as constituições subjetivas em seu processo de adoecimento”	Os contextos de reprovação e pouca aceitação social repercutem na desconstrução identitária do sujeito adoecido por tuberculose como usuário do SUS. O adoecimento é originado dos comportamentos excessivos, alcoolismo, fraqueza, drogadição e vida urbana. Os objetos simbólicos remetem ao imaginário coletivo de adoecimento como um processo de exaustão. Em razão do estigma, os entrevistados se sentem desacreditados socialmente e não se aceitam. O discurso biomédico é visto como autoritário e administrador de sentidos que não permitem nada fora da linha.	O fortalecimento do imaginário social da tuberculose acentua a visibilidade do sujeito afetado como desviante e torna pouco perceptível os efeitos ideológicos que promovem a manutenção dos estigmas (tratamento diretamente observado, incentivos sociais, entre outros). O doente de tuberculose como usuário do SUS é passivo, sem direitos reclamados, sofrendo apagamento e interdição nas formações discursivas. O discurso investido no diagnóstico e tratamento não são um problema em si, mas o uso que é feito como símbolos do estigma e que sustenta a sua legitimação social. Assim, é profícua a problematização dos discursos institucionalmente legitimados no campo biomédico.		

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Ações do serviço no diagnóstico de tuberculose (ID 278)	Instrumentos <u>procedimentos</u> entrevistas estruturadas, testes estatísticos Orientação teórica Modelo avaliativo de Starfield Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas; 3)captura de dados no SINAN, TBWEB, prontuários, fichas de notificação e ficha de registro e acompanhamento de casos	Sujeitos 158 profissionais de saúde: 90 da APS (27 médicos, 17 enfermeiros e 46 auxiliares/técnicos de enfermagem) e 68 da UPA (22 médicos, 11 enfermeiros e 35 auxiliares/técnicos de enfermagem)	“Objetivo geral Avaliar os serviços de porta de entrada para o diagnóstico da TB pulmonar em Ribeirão Preto/SP em 2009 <u>Objetivos específicos</u> 1-Analisar a estrutura dos serviços de AB e PA para o diagnóstico da TB pulmonar; 2-Analisar a atenção proporcionada pelos serviços de AB e PA para o diagnóstico de TB pulmonar; 3-Analisar a relação entre a estrutura e a atenção proporcionada pelos serviços de porta de entrada (AB/PA) para o diagnóstico de TB pulmonar”	A amostra têm predomínio de profissionais do sexo feminino (70,9%) e média de 10 anos de trabalho nos serviços municipais de saúde. Na APS há formulário para solicitação de baciloscopia (100%), pote para coleta de escarro (96,4%), geladeira para armazenamento de escarro (54,3%) e nenhum aparelho de raios x. Por sua vez, no Pronto-Atendimento, há formulário de solicitação da baciloscopia (91,7%), pote para coleta de escarro (96,6%), geladeira para armazenamento de escarro (94,8%) e aparelho de raios x (63,6%). Os profissionais se sentem preparados para identificar um caso suspeito na APS (73,3%) e no Pronto-Atendimento (69,1%). A APS têm mais sintomáticos respiratórios avaliados do que o Pronto-Atendimento.	Nas unidades de Pronto-Atendimento há deficiências de provisão de materiais, gestão de recursos humanos, o atendimento é voltado à queixa do usuário, o diagnóstico é centrado no médico e há pouca utilização de recursos com maior densidade tecnológica. Por sua vez, na APS existe falta de responsabilização pela população da área de abrangência e baixa resolutividade no exame de sintomáticos respiratórios. É necessário a organização do trabalho em rede, visto que os serviços não dispõem da totalidade de recursos necessários ao diagnóstico da tuberculose, bem como ao atendimento dos problemas e das necessidades de saúde da população.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Atuação do enfermeiro na defesa dos direitos à saúde da criança (ID 280)	Instrumentos <u>procedimentos</u> entrevistas semi-estruturadas, análise de conteúdo Orientação teórica Hermenêutica de Gadamer Fases de coleta 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas	Sujeitos 14 unidades básicas de saúde com ESF em Passos/MG	“Objetivo geral Compreender as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde, buscando novos subsídios para a constituição de práticas e saberes no contexto da atenção primária em saúde da criança <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar e analisar narrativas de enfermeiros que mostram momentos de defesa da saúde da criança na prática assistencial em unidades de saúde da família do município de Passos/MG; 2-Compreender as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família do município de Passos/MG, apreendendo fortalezas e fragilidades à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde da criança na atenção primária em saúde”	A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com tempo de formação entre 1 e 13 anos e atuação na Estratégia Saúde da Família entre 1 e 11 anos. Relataram várias experiências na defesa da saúde da criança, como por exemplo, avaliação clínica, identificação de situações vulneráveis, observação e intervenção no domicílio, identificação das situações de privação ou uso de álcool ou drogas pelos familiares, entre outros. A relação entre a área da saúde e do direito foi destacada para potencializar o empoderamento das crianças. As práticas de puericultura, visita domiciliar e as parcerias profissionais vinculadas à maternidade, área da educação, direito, serviço social, entre outros, são vistas como essenciais. Os transtornos psíquicos e a dependência química dos pais ou familiares relacionados à suspeita ou confirmação de maus-tratos são de difícil abordagem e tratamento.	A interseccionalidade captada nas entrevistas constrói e consolida a integralidade das ações no SUS, mas há divergências de propósitos entre os serviços estudados. Não há menção de ações relacionadas à participação popular e controle social. Existem lacunas nos casos de suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar com pouca sistematização dos procedimentos a serem seguidos, fragmentação das ações, insegurança dos profissionais, entre outros. O cuidado de enfermagem precisa ampliar os saberes que promovem êxito técnico e sucesso prático, superar a visão tecnicista e de aplicação instrumental, avançando na reconstrução humanizadora das ações em saúde. Os enfermeiros podem ser agentes públicos imbuídos de observação e intervenção que respeitam, protegem e efetivam os direitos humanos na proteção integral e longitudinal da saúde da criança.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	RECORTE	Resultados	Conclusões
Compreensão das condições de saúde – perfil nutricional e determinantes da anemia (ID 284)	Instrumentos <u>procedimentos</u> Entrevistas exames laboratoriais, exames antropométricos, <i>software</i> SPSS, testes estatísticos Orientação teórica	Sujeitos 5915 mulheres de 15 a 49 anos (mães) e 4558 crianças menores de 5 anos (filhos)	“Objetivo geral Investigar a situação da anemia e seus determinantes em mães e filhos no Brasil, considerando o contexto familiar <u>Objetivos específicos</u> 1-Estimar a ocorrência de anemia em mães, filhos e mães e filhos e analisar	A maior parte das mães e seus filhos residiam em área urbana (62,5%), das classes B2 e C (52,2%) e metade das famílias apresentou algum grau de insegurança alimentar. A ocorrência de anemia foi de 36,8% em mães e/ou filhos. As mães e/ou filhos das regiões nordeste e	A anemia em mães e/ou filhos é maior nas microrregiões menos desenvolvidas e em famílias com insegurança alimentar, o que evidencia a determinação social dessa carência nutricional. Embora as mães e filhos estejam expostos aos mesmos determinantes sociais e ambientais que

	Não foi encontrada	2006/Brasil	associação; 2-Analisar a ocorrência de anemia em mães e filhos segundo determinantes socioeconômicos, segurança alimentar e características individuais de cada grupo”	centro-oeste apresentaram chance 2,24 e 1,70 maior, respectivamente, em relação à região sul. Nas crianças, a anemia associou-se com insegurança e consumo alimentar, sendo que aquelas que ingeriram multímistura e leite fresco com água nas últimas 24 horas apresentaram maior chance, assim como crianças que não realizaram lanche da tarde no dia anterior e que consumiram arroz menos de 4 vezes na última semana.	aumentam a suscetibilidade à anemia, as restrições alimentares ocasionadas por condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis têm maior impacto nas mães, em virtude da maior necessidade orgânica de ferro na mulher em idade fértil. É importante o desenvolvimento de políticas públicas que garantem o acesso universal à alimentação saudável de toda a família, aliada às orientações nutricionais voltadas à prevenção e tratamento da anemia.	
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE				
Compreensão das condições de saúde – perfil de saúde e qualidade de vida do idoso (ID 291)	Instrumentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados	Conclusões
	procedimentos estatísticos	1031 idosos residentes sem sintomas depressivos	Coorte do Banco de Estudo Longitudinal Saúde, Bem-estar e Envelhecimento de 2006 em São Paulo/SP	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos por meio do SF-12 e de variáveis que contemplam as características peculiares dessa faixa etária Objetivos específicos 1-Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos do estudo SABC a partir dos componentes físico e mental do “The Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey”/SF-12; 2-Analisar a associação entre as variáveis em estudo (dados sociodemográficos, dados relacionados à saúde, relacionamento/apoio e bem-estar subjetivo) e os escores dos componentes físico e mental do “The Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey”/SF-12”	Houve predomínio do sexo feminino (59,3%), idade igual ou superior a 70 anos (60,3%), casados (52,8%) e referiram não morar sozinhos (82,9%). Apenas 18,9% relataram ausência de morbidades, 78,7% fazem uso de dois ou mais medicamentos por dia, 90,6% não necessitam de ajuda na realização das atividades básicas da vida diária, 24,9% referiram ter dificuldade para acessar o serviço de saúde e 92,4% têm boa funcionalidade familiar e se sentem amados pela família a maior parte do tempo.	Houve influência das categorias sócio demográficas na relação entre saúde e bem-estar subjetivo. É importante a elaboração de políticas públicas direcionadas aos idosos na faixa etária estudada e o planejamento/implementação de estratégias de intervenção à saúde e formação de recursos humanos que visam a melhoria da qualidade de vida na velhice.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	RECORTE				
Adesão ao tratamento de tuberculose – marcadores para APS (ID 301)	Instrumentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados	Conclusões
	procedimentos estatísticos	89 pessoas com diagnóstico de tuberculose	Unidades básicas de saúde em São Paulo/SP	Propor um instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose, operacionalizável em unidades de APS Objetivos específicos 1-Descrever o perfil epidemiológico de doentes assistidos em unidades básicas de saúde, da região centro-oeste do município de São Paulo/SP; 2-Identificar seus escores relacionados aos marcadores de adesão ao tratamento em duas etapas do tratamento: por volta dos primeiros 30 dias e por volta dos 90 a 140 dias; 3-Verificar a ocorrência de mudanças nos escores da primeira para a segunda fase da coleta de dados; 4-Verificar diferenças de escores entre o grupo de doentes que aderiu e que não aderiu ao tratamento; 5-Identificar os marcadores com maior potência para medir a adesão ao tratamento da tuberculose”	Os conceitos atribuídos pelos especialistas aos marcadores tiveram índice de validade de conteúdo de 86,7%. Os pacientes entrevistados tiveram tempo de tratamento para tuberculose entre zero e 47 dias, eram do sexo masculino (75,3%), de 36 a 45 anos (29,2%), com ensino fundamental incompleto (47,2%), tuberculose pulmonar (91%), renda pouco suficiente ou insuficiente (64,1%), recorreram a apenas uma unidade de saúde até o diagnóstico (53,9%) e demorou menos de 30 dias até o diagnóstico (74,2%). A modalidade ESF estava presente em 64% dos serviços. A não adesão esteve relacionada principalmente aos homens, com baixa escolaridade, trabalho sem vínculo empregatício, em situação de rua, com doenças associadas, faltas no seguimento do tratamento e sem apoio da família no enfrentamento da doença.	O presente estudo aponta que é necessária a interação qualificada do profissional com a pessoa diagnosticada com tuberculose. Trata-se de repensar a forma de agir em saúde e considerar o processo de adesão ao tratamento por meio de marcadores que apoiem o paciente. Assim, pode ocorrer de forma mais eficaz o direcionamento das iniciativas singulares (indivíduo), programáticas (serviços de saúde – profissionais e gestores) e estruturais (políticas públicas de saúde). O instrumento proposto é uma tecnologia leve, voltado à APS e sua utilização exige processos de trabalho baseados na integralidade e acessibilidade ao cuidado com maior disponibilidade da rede de apoio.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Prevenção do câncer de mama – manual educativo (ID 303)	Entrevistas estruturadas, <i>software</i> SPSS, testes estatísticos, técnica de Delphi, manual educativo <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1) validação de conteúdo do manual educativo; 2) seleção dos sujeitos para grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC); 3) realização de entrevista no dia da consulta ginecológica; 4) realização de atividade educativa para GI; 5) realização de entrevista na consulta de retorno	294 mulheres que realizaram exames de detecção precoce do câncer de mama (mamografia e exame clínico)	1 unidade básica de saúde em ESF Fortaleza/CE	“Objetivo geral Avaliar os efeitos da aplicação de um manual educativo relacionado aos exames de detecção precoce do câncer de mama (mamografia e exame clínico) de mulheres <u>Objetivos específicos</u> 1-Identificar os principais fatores de risco para câncer de mama presentes nas mulheres participantes 2-Identificar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama (mamografia e exame clínico) antes e depois da intervenção educativa comparando o grupo controle e o grupo de intervenção 3-Identificar os fatores relacionados a não realização do exame clínico das mamas”	Foram entrevistadas 147 mulheres no GI e 147 no GC durante a aplicação do questionário pré-teste. Em relação ao perfil sócio demográfico, o GC apresentou faixa etária prevalente de 41 a 72 anos (38,1%), com companheiro (66,7%), de 12 a 15 anos de estudo (42,9%), desempregadas (42,2%) e católicas (53,7%). O uso de anticoncepcional hormonal foi relatado em 66,7% do GC e 20,5% do GI. Durante a coleta do instrumento pré-teste, as mulheres que tinham ouvido falar sobre exame clínico de mamas eram 68,7% do GC e 45,6% do GI. Por sua vez, na coleta do instrumento pós-teste, as respostas variaram em 68,7% no GC e 100% no GI.	<u>Conclusões</u> O presente estudo observou que as mulheres do GI tiveram melhores níveis de conhecimento, atitude e prática em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama. O diagnóstico precoce está associado ao acesso à informação, busca pelo exame clínico e mamografia. O estudo notou que a maior barreira encontrada no acesso foi a pouca atuação do profissional de saúde. A equidade do acesso requer capacitações frequentes, motivação e apoio direto dos profissionais de forma articulada e integrada nos serviços de saúde. A informação sobre realização do exame clínico de mamas que foi obtida por entrevista, pode ter tido o viés de memória. O desconhecimento sobre a doença pode provocar dificuldades no controle e as estratégias educativas de prevenção potencializam a diminuição dos diagnósticos tardios e a promoção da saúde mamária.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
Integralidade no ensino de saúde da criança (ID 304)	Entrevistas estruturadas, análise de conteúdo <u>Orientação teórica</u> Conceito de integralidade de Paim <u>Fases de coleta</u> 1) captura dos planos de ensino; 2) realização das entrevistas	16 professores universitários envolvidos com o ensino de saúde da criança	4 instituições de ensino públicas na região nordeste instituições de ensino superior públicas na região sudeste	“Objetivo geral Analisar se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros <u>Objetivos específicos</u> 1-Analisar, sob a ótica da integralidade, os conteúdos das disciplinas de saúde da criança, propostos nos planos de ensino; 2-Analisar, na perspectiva de docentes, como se processa o ensino da saúde da criança em cursos de graduação em enfermagem para contemplar a integralidade”	Todos os professores entrevistados são do sexo feminino, com idade de 33 a 57 anos e pelo menos 10 anos de vínculo com a instituição de ensino. Há quatro categorias que aproximam o ensino da saúde da criança com o princípio da integralidade: “a gente trabalha o tema das políticas públicas”, “atuação na APS, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado”, “referência e contra-referência ainda é uma meta, mas o aluno precisa saber que existe”, “criança inserida na família e no contexto histórico, social e epidemiológico”. Por sua vez, ocorre o distanciamento com o princípio da integralidade quando é relatada a ideia de que após o aluno dominar a teoria é que será ofertado o contato com a prática. A prática é utilizada como espaço de comprovação da teoria e não como fonte desafiadora da teoria. A inserção pontual do aluno no campo dificulta sua articulação com o cotidiano dos serviços e com o contexto social.	<u>Conclusões</u> O ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação dos enfermeiros por meio dos conteúdos teóricos. Os planos de ensino têm como eixo as políticas e programas de atenção à saúde da criança em todos os níveis de atenção. O ensino prático ocorre na APS, hospitais, creches e domicílios, permitindo que os alunos efetuem o cuidado da criança sadia e doente em diferentes contextos. Todavia, o ensino teórico-prático é fragmentado e pontual. Há contradição entre o que é proposto no documento pedagógico e o que se efetiva na prática pedagógica. O aperfeiçoamento pode ser possível desde que sejam buscadas estratégias que possibilitem o diálogo permanente entre as disciplinas, o desenvolvimento de novos conhecimentos a partir de situações da prática e ocorra a articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde.

UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados
Influência da família no consumo de álcool para os adolescentes (ID 309)	genograma, economia, observação não participante, diário de campo, entrevistas estruturadas <u>Orientação teórica</u> interacionismo simbólico <u>Fases de coleta do serviço:</u> 1)seleção dos adolescentes; 2)seleção dos adolescentes; 3)captura do perfil socio demográfico dos adolescentes; 4)realização das entrevistas com os adolescentes e seus familiares	22 membros de 10 famílias (com 11 adolescentes de 14 a 19 anos que consumiam álcool)	1 unidade básica de saúde com ESF em Recife/PE	Analisar e interpretar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes <u>Objetivos específicos</u> 1-Characterizar a estrutura, desenvolvimento e funcionamento das famílias dos adolescentes, através do Modelo Calgary de Avaliação da Família; 2-Identificar crenças nas famílias que podem influenciar o consumo de álcool pelos adolescentes; 3-Identificar as interações familiares que protegem ou que expõem os adolescentes ao consumo ou abuso de álcool; 4-Descrever o sentido da religião para essas famílias”	Foram elaborados três temas representativos da influência da família no consumo de álcool pelos adolescentes. A primeira unidade temática considera o contexto sociocultural das famílias, a atribuição de significados às suas experiências, como por exemplo, fragilidades, relações conflituosas, padrão de comunicação intrafamiliar, entre outros. Por sua vez, a segunda unidade temática trata das experiências das famílias que convivem com o alcoolismo, quer seja do próprio adolescente ou de outros componentes da família. Finalmente, a terceira unidade temática retratou o contexto do consumo e as motivações para o uso e abuso do álcool pelos adolescentes. Os adolescentes apontaram como um dos motivos para uso do álcool, o prazer obtido por meio das músicas para fugir dos conflitos familiares.
UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
NÚCLEO DE SENTIDO	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral	Resultados
Egressos e a prática de educação permanente na APS (ID 313)	entrevistas não-estruturadas, análise de conteúdo, narrativa não estruturada de Fritz Schltze <u>Orientação teórica</u> hermenêutica <u>Fases de coleta dos dados secundários:</u> 1)captura dos dados dos sujeitos; 2)seleção do questionário; 3)aplicação do questionário; 4)realização das entrevistas	120 profissionais que fizeram o curso de especialização em Saúde da Família (63 enfermeiros, 47 dentistas e 10 médicos)	Pólo da Universidade Federal de Minas Gerais na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde	Analisar a possibilidade de desenvolvimento da prática de educação permanente no micro ambiente de produção de serviços de saúde a partir da inserção de profissionais da atenção básica em um processo de capacitação a distância <u>Objetivos específicos</u> 1-Compreender os critérios utilizados pelos egressos na escolha das disciplinas optativas e a relação da trajetória desenvolvida com a sua prática profissional; 2-Analisar o potencial das atividades que são realizadas de aproximar os alunos da realidade de sua área de abrangência; 3-Identificar se os alunos se apropriaram das ferramentas de organização do processo de trabalho oferecidas pelo curso; 4-Identificar evidências de que os egressos desenvolveram reflexão sobre seu processo de trabalho durante o curso e, portanto, estiveram em processo de Educação Permanente; 5-Analisar se há indicativo de mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do desenvolvimento do curso pelos egressos; 6-Identificar se os egressos projetam uma visão de futuro para o SUS e se projetam sua participação nesse futuro”	A amostra teve 52,5% de enfermeiros, 39,2% de odontólogos e 8,3% de médicos. Os sujeitos relataram que 62,5% permaneceram na ESF durante todo o curso, que existem desafios a serem enfrentados para que a reunião de equipe seja parte do cotidiano de todos os profissionais da ESF, que os processos de educação permanente foram potencializados na prática cotidiana e a discussão de casos clínicos nos momentos presenciais do curso estimulou o processo de ensino-aprendizagem. Além disso, mencionaram a necessidade de que seja eleito um coordenador de educação permanente nas unidades básicas de saúde.
				Conclusões	
				O presente estudo observou que foram revelados indícios de mudança na prática profissional, criação de novos hábitos por meio do envolvimento dos alunos com as atividades propostas pelo curso de especialização e que fortaleceu o processo de educação permanente dos serviços. A intencionalidade pedagógica do curso possibilitou a geração de atividades que provocaram a reflexão no interior do processo de trabalho das equipes na ESF.	

NÚCLEO SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	DE	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral
Características de trabalho, vida e adoecimento por monóxido de carbono ambiental (ID 316)		procedimentos de entrevistas estruturadas, exames laboratoriais, testes estatísticos <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos pontos de coleta; 2)seleção dos sujeitos; 3)aplicação do questionário estruturado; 4)coleta dos exames de sangue; 5)entrega do resultado para os sujeitos; 6)nova coleta dos exames de sangue	111 mototaxistas	Pontos de mototaxi em Uberlândia/MG	Verificar a associação entre acidentes de trabalho com os níveis de carboxihemoglobina (COHb) apresentados por trabalhadores mototaxistas expostos ao monóxido de carbono (CO) ambiental <u>Objetivos específicos</u> 1-Characterizar o perfil sócio-demográfico dos mototaxistas segundo as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar mensal, número de dependentes da renda, hábito de fumar e quantidade de cigarros por dia; 2-Characterizar o perfil ocupacional dos mototaxistas segundo as variáveis: tempo de trabalho, período de trabalho, horas diárias trabalhadas, folgas, número de folgas semanais, duplo vínculo, tipo de trabalho no outro vínculo, possui carteira nacional de habilitação categoria A e ano em que a obteve, ocorrência de multas nos últimos 12 meses, quantidade de multas, curso de direção defensiva, revisão preventiva da motocicleta, uso de equipamento de proteção individual; 3-Characterizar o acidente de trabalho acontecido na primeira e na segunda etapa do estudo quanto a: ocorrência e número de acidentes, ano da última ocorrência, o número de horas trabalhadas antes do acidente, período do dia e as condições climáticas no momento do evento, mês de ocorrência do acidente, tipo de acidente e ocorrência de lesões; 4-Identificar os sintomas característicos de exposição ao monóxido de carbono (CO) percebidos pelos trabalhadores na primeira e na segunda etapa do estudo; 5-Mensurar os níveis de carboxihemoglobina (COHb) nos trabalhadores mototaxistas na primeira e na segunda etapa do estudo; 6-Verificar se existe associação entre o acidente de trabalho com as variáveis: sexo, faixa etária, hábito de fumar, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de dependentes, período de trabalho, horas diárias de trabalho, folgas, duplo vínculo empregatício, uso do moto no outro vínculo, tempo de trabalho como mototaxista, tempo de carteira nacional de habilitação, nível de COHb e ocorrência de sintomas característicos de exposição ao monóxido de carbono (CO); 7-Verificar se existe associação entre a COHb com as variáveis: sexo, faixa etária, hábito de fumar, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de dependentes, período de trabalho, horas diárias de trabalho, folgas, duplo vínculo, tempo de trabalho como mototaxista, tempo de carteira nacional de habilitação, tipo de acidente e ocorrência de sintomas característicos de exposição ao monóxido de carbono (CO)
					<p>Resultados Os sujeitos entrevistados eram principalmente homens (98,7%), de 18 a 30 anos (34,2%), casados (57,9%), com ensino fundamental completo (29,5%), tempo de trabalho como mototaxista de 1 a 5 anos (62,5%) e com 9 a 12 horas diárias de trabalho (48,7%). Relataram que tiveram acidente de trabalho no último ano (61,2%), com presença de lesão (91,4%), do tipo escoriação (58,8%) e fumam mais de 21 cigarros por dia. Entre os sujeitos fumantes as variáveis cefaleia, irritabilidade, cansaço e taquicardia mostraram significância para ocorrência de acidentes de trabalho. Por sua vez, para os não fumantes, a variável cansaço é que foi significante aos acidentes de trabalho. Aqueles que não apresentaram acetáveis de carboxihemoglobina tiveram forte tendência de ter o tipo de acidente caracterizado como queda.</p> <p>Conclusões Os sujeitos entrevistados eram principalmente homens (98,7%), de 18 a 30 anos (34,2%), casados (57,9%), com ensino fundamental completo (29,5%), tempo de trabalho como mototaxista de 1 a 5 anos (62,5%) e com 9 a 12 horas diárias de trabalho (48,7%). Relataram que tiveram acidente de trabalho no último ano (61,2%), com presença de lesão (91,4%), do tipo escoriação (58,8%) e fumam mais de 21 cigarros por dia. Entre os sujeitos fumantes as variáveis cefaleia, irritabilidade, cansaço e taquicardia mostraram significância para ocorrência de acidentes de trabalho. Por sua vez, para os não fumantes, a variável cansaço é que foi significante aos acidentes de trabalho. Aqueles que não apresentaram acetáveis de carboxihemoglobina tiveram forte tendência de ter o tipo de acidente caracterizado como queda.</p> <p>Conclusões O mototaxismo surgiu no Brasil em meio às crises econômicas, configura-se como ocupação pelos órgãos federais e é um trabalho informal, precário, arriscado, sujeito à poluição ambiental, chuva, frio, entre outros. Os dados do presente estudo mostram fortes tendências de que a exposição ambiental ao monóxido de carbono contribui na ocorrência de acidentes de trabalho dos mototaxistas. A vinculação destes trabalhadores em associações ou sindicatos pode favorecer a presença de um enfermeiro do trabalho para atuar na equipe de saúde ocupacional e apoiar a minimização dos danos. Além disso, outra possibilidade de atuação é o desenvolvimento de estratégias de proteção dos enfermeiros de trabalho no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no município estudado.</p>

NÚCLEO SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO			RECORTE	
	DE	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos
Percepção do risco de acidentes de trabalho (ID 320)		observação participante, entrevistas estruturadas, <i>software</i> SPSS, intervenção socioambiental, testes estatísticos <u>Orientação teórica</u> conceito de comunicação de risco <u>Fases de coleta</u> 1)revisão integrativa da literatura; 2)seleção dos	10 artigos (2002 a 2012) e 161 aprendizes de solda	Bancos de dados científicos e escola ensino técnico privado de Rio Grande/RS	1-Sintetizar a contribuição das pesquisas realizadas com aprendizes de solda; 2-Identificar a percepção de aprendizes de solda acerca dos fatores de risco físicos, químicos, biológicos e fisiológicos a que estão expostos; 3-Identificar os tipos de acidentes ocorridos com aprendizes de solda; 4-Relatar o desenvolvimento de uma intervenção socioambiental como ferramenta de comunicação de risco à saúde de aprendizes de solda; 5- Avaliar a identificação de distúrbios de saúde autorreferidos por aprendizes de solda antes e após a implementação de uma intervenção socioambiental de enfermagem"
					<p>Resultados As publicações encontradas tiveram como temas: a exposição de distúrbios de saúde no âmbito respiratório, neuropsicológico e o aprimoramento da técnica de soldagem. Não foram encontrados estudos realizados por enfermeiros. Em relação à percepção sobre o tipo de risco durante a soldagem, ocorreram relatos de risco físico (96,9%), químico (95%), fisiológico (86,3%) e biológico (51,5%). Foram mencionados acidentes durante o aprendizado da soldagem por 39,7% da amostra. Ocorreram diferenças significativas nos instrumentos pré e pós-teste para a percepção de risco de acidentes durante a soldagem nos sistemas cardiovascular, respiratório e tegumentar.</p> <p>Conclusões A participação dos enfermeiros na produção de pesquisas sobre aprendizes de solda pode ser um foco de interesse da área Enfermagem. Observou-se no presente estudo que a percepção sobre os fatores de risco que provocam acidentes tende a aumentar conforme o tempo de experiência dos aprendizes soldadores. A intervenção possibilitou a apreensão de informações sobre riscos ao sistema auditivo, cardíaco, gástrico, osteomuscular, respiratório e tegumentar. A identificação de conhecimentos protetores da saúde individual do aprendiz pode permitir que ele seja pró-ativo na proteção de sua saúde.</p>

	sujeitos; 3)aplicação do instrumento pré-teste; 4)realização da intervenção; 5)aplicação do instrumento pós-teste								
NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE		Resultados	Conclusões
Compreensão das condições de saúde – fatores associados aos óbitos neonatais (ID 326)	Instrumentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral					
	procedimentos			Analisar fatores associados aos óbitos neonatais no município de Londrina/PR no período de 2000 a 2009					
	softwares Epi-Info e SPSS, entrevistas estruturadas, testes estatísticos	783 óbitos (537 crianças de 0 a 27 dias de vida e 246 crianças de 28 a 364 dias de vida)	Comitê municipal de prevenção da mortalidade infantil (SMS) de Londrina/PR	Objetivos específicos		1-Characterizar as mães dos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e história obstétrica; 2-Characterizar os recém-nascidos segundo características biológicas e relativas às condições em que ocorreu o nascimento e o óbito no período neonatal; 3-Identificar alguns aspectos que se referem ao uso do sistema municipal de saúde pelas mães dos recém-nascidos que evoluíram para óbito no período neonatal; 4-Verificar a causa básica dos óbitos neonatais, segundo a classificação da CID-10 e o critério de evitabilidade da Fundação SEADE; 5-Identificar os fatores relacionados às características maternas, dos recém-nascidos e de uso dos serviços de saúde, associados aos óbitos”		Em relação às características das mães dos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal: a maioria tinha entre 20 e 35 anos de idade (65%), escolaridade de oito a onze (50,8%), tinham história anterior de filho natimorto (91,2%), tiveram acompanhamento pré-natal (91,4%), compareceram em até seis consultas (71,1%) e buscaram atendimento médico hospitalar por intercorrências gestacionais, além das consultas regulares de pré-natal (83%). Por sua vez, em relação às características dos recém-nascidos, a prematuridade foi frequente (60,7%), com anóxia no primeiro minuto (73%), permaneceram na UTI até o óbito (85,3%) e quase a totalidade das mortes foi considerada evitável (77,1%). A média de idade do óbito foi de 4,9 dias e ocorreu no período neonatal precoce (73,9%).	Os resultados encontrados evidenciam que é necessária a reorganização do sistema de saúde de Londrina para a qualificação da assistência pré-natal e do parto. Ainda que os óbitos neonatais tenham se reduzido, as mortes ocorreram, quase na totalidade, pelas mesmas causas, consideradas evitáveis se houvesse tido um atendimento integral nos três níveis de atenção à saúde. Considera-se fundamental operacionalizar o conceito da integralidade na abordagem das necessidades materno-infantis e a consideração dos determinantes do processo saúde-doença que operam sobre os diferentes grupos sociais.
NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE		Resultados	Conclusões
Acompanhamento de pré-natal – cartilha educativa (ID 328)	Instrumentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral					
	procedimentos			Avaliar os efeitos da cartilha educativa “Celebrando a Vida” na assistência pré-natal					
	Entrevista estruturada, software SPSS, testes estatísticos, cartilha educativa	135 gestantes em acompanhamento pré-natal	2 unidades básicas de saúde de São Paulo/SP	Objetivos específicos		1-Avaliar os efeitos da cartilha, utilizando variáveis educacionais: a)Comparar a avaliação das gestantes dos grupos controle e intervenção em relação às informações para o esclarecimento de dúvidas fornecidas pelos profissionais durante a assistência pré-natal, b)Comparar o uso dos recursos de informações sobre gravidez entre os grupos controle e intervenção, c)Descrever o uso da cartilha pelas gestantes dos grupos de intervenção, d)Descrever e comparar a avaliação das gestantes dos grupos controle e intervenção em relação à participação no curso de pré-natal; 2-Avaliar os efeitos da cartilha, utilizando a variável qualidade de vida, comparando os resultados de qualidade de vida de gestantes dos grupos controle e intervenção”		As informações transmitidas pelos profissionais durante o pré-natal são consideradas suficientes pelas gestantes que recebem a cartilha de maneira individual. A procura pela cartilha como meio de informação aumentou de forma significativa para gestantes que participaram do curso do pré-natal. No entanto, os profissionais de saúde foram os recursos mais utilizados pelas gestantes que participaram destas atividades educativas, independentemente do recebimento da cartilha. As gestantes que participaram do curso recomendaram a atividade para outras pessoas porque houve esclarecimento de dúvidas tanto no GC (62,5%) quanto no GI (31,3%). As gestantes do GC (40%) e GI (42,2%) consideraram que o curso foi útil em relação ao aprendizado, preparação e suporte.	O curso de pré-natal foi útil para o aprendizado, preparação e suporte, ocasionando mudança na vida das gestantes com o esclarecimento de dúvidas e melhor aproveitamento da experiência de estar grávida. As gestantes recomendam o curso para outras gestantes por causa da possibilidade de partilha de experiências. O uso da cartilha associada ao curso de pré-natal aumenta a qualidade de vida das gestantes em relação ao domínio socioeconômico. O presente estudo contribuiu para avançar nas possibilidades de avaliação da educação pré-natal na APS/SUS, contribuiu para mudanças nas práticas de cuidado e potencializou a discussão das práticas nos locais estudados.

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	Sujeitos	RECORTE	Resultados	Conclusões
Juventude, vulnerabilidade, sexualidade e cuidado em saúde (ID 333)	Instrumentos <u>procedimentos</u> entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, análise temática <u>Orientação teórica</u> conceito de vulnerabilidade <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização da dinâmica de grupo; 3)aplicação do questionário estruturado pós-dinâmica de grupo; 3)agendamento e realização da entrevista semi-estruturada	Palmeiras das Missões/RS	20 jovens de 14 a 17 anos com famílias vinculadas ao Bolsa Família	“Objetivo geral Conhecer e interpretar as experiências dos jovens de camadas populares relacionadas à sexualidade na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde <u>Objetivos específicos</u> 1-Conhecer as informações recebidas por jovens de camadas populares sobre as questões da sexualidade; 2-Identificar as situações de vulnerabilidade de jovens de camadas populares relacionadas ao campo da sexualidade”	As experiências dos jovens sobre sexualidade tendem a ocorrer por meio do namoro, do ficar, dos beijos, das relações sexuais e dos projetos de vida, caminhando na construção de si mesmos com processos de autonomia e gestão do cotidiano. Mostraram-se distantes dos conhecimentos científicos, uma vez que as relações como o namoro e o ficar são pouco exploradas tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos profissionais da educação. As informações em saúde são obtidas com amigos, familiares e por meio das próprias vivências sexuais. A situação de vulnerabilidade destaca a fragilidade das relações familiares, de gênero e violência, especialmente, na dimensão programática relacionada às ações em saúde. O foco da saúde tende a ser restrito às dimensões biológicas, com informações básicas, genéricas e pouca participação dos profissionais.	Observou-se com o presente estudo que há vulnerabilidade programática dos jovens em relação às ofertas do cuidado em saúde e fragilidade nas instituições sociais e família. O desconhecimento entre as informações em saúde e as experiências dos jovens sobre sexualidade podem estar relacionadas às dificuldades de abertura ao diálogo e a criação de encontros de cuidado. É necessária a discussão ampliada entre os atores, especialmente, em relação ao conteúdo e as estratégias pedagógicas que serão utilizadas. A concretude da relação de cuidado em saúde para o jovem pode ser potencializada por meio da transformação do saber técnico dos profissionais e reconciliação entre os conhecimentos da ciência e as experiências dos jovens, construindo <i>projetos de fecundidade</i> no mundo.
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO	Local	Sujeitos	RECORTE	Resultados	Conclusões
Ações da equipe multiprofissional HIV/AIDS para idosos (ID 337)	Instrumentos <u>procedimentos</u> entrevistas semi-estruturadas, análise de conteúdo <u>Orientação teórica</u> Não foi encontrada <u>Fases de coleta</u> 1)seleção dos sujeitos; 2)realização das entrevistas	11 unidades básicas de saúde com ESF e 1 Hospital Dia - Estadual UNESP Botucatu/SP	11 idosos com HIV/AIDS, 12 médicos e 11 enfermeiros	“Objetivo geral Analisar as vulnerabilidades e os enfrentamentos dos idosos vivendo com HIV/AIDS na atenção básica de saúde <u>Objetivos específicos</u> 1-Conhecer o itinerário terapêutico dos idosos que vivem com HIV/AIDS; 2-Verificar como o idoso enfrenta a infecção pelo HIV/AIDS; 3-Verificar como o médico e o enfermeiro que atuam na rede básica reconhecem a sexualidade do idoso; 4-Conhecer as situações nas quais os profissionais solicitam o teste do HIV para o paciente idoso; 5-Identificar as vulnerabilidades dos idosos frente à exposição e ao enfrentamento ao HIV/AIDS”	Em relação ao itinerário terapêutico dos idosos que vivem com HIV/AIDS, apenas dois idosos tiveram a solicitação da sorologia ao HIV na APS, mostrando que há fragilidade diagnóstica no serviço para esse agravio. O diagnóstico de HIV ocorreu após a investigação das doenças mais prevalentes na faixa etária, preferencialmente no serviço secundário, após tempo de internação ou acesso pelo pronto socorro. Já haviam sinais indicativos da doença quando houve confirmação diagnóstica, mas tal hipótese foi a última a ser explorada durante o atendimento em saúde. A maioria relatou que a transmissão foi sexual, não se enxergavam vulneráveis ao HIV e não fizeram uso de preservativo nas relações extraconjugais ou com suas parceiras habituais.	O reconhecimento da sexualidade dos idosos pelos profissionais é permeado por relações de gênero, geração e estigma. A invisibilidade da sexualidade dificultou a solicitação do exame HIV, ocasionando o diagnóstico tardio. A abordagem sobre vulnerabilidade possibilita o reconhecimento de que o idoso é um sujeito cidadão, sexual e de direito e para tanto é necessária compreender sua fala e contextos de vida vulneráveis ao HIV. É necessário que os serviços de saúde vejam os idosos como coatores das ações direcionadas à prevenção das DST/AIDS para que ocorram avanços na luta contra a epidemia. O aperfeiçoamento do atendimento ao idoso pode ser alcançado mediante a desmistificação do tema entre os profissionais de saúde.

NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE	
Ações da equipe multiprofissional ao comportamento suicida (ID 343)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida Objetivos específicos 1-Conhecer as ações relacionadas ao atendimento do indivíduo com comportamento suicida identificadas pelas equipes; 2-Identificar as facilidades e as dificuldades para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família; 3-Realizar um processo avaliativo participativo”	
	15 profissionais (2 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 8 agentes comunitários)	1 unidade básica de saúde com ESF	Porto Alegre/RS	Resultados Os trabalhadores avaliam que as tecnologias relacionais, junto com o cuidado clínico, são fundamentais ao atendimento do indivíduo com comportamento suicida, principalmente porque o vínculo favorece a procura em caso de necessidade. Salientam que a postura de acolhimento, sensibilidade, a responsabilização pelos usuários do seu território, escuta aberta, qualificada e a disponibilidade de acolher o desejo de morte do usuário tornam o acesso ágil no caso do comportamento suicida se agravar. Os trabalhadores referem muitas dúvidas no atendimento para avaliação do risco ao suicídio e construção do cuidado individualizado. Todavia reiteram que a gestão do cuidado requer o trabalho em equipe e que o matriciamento proporciona segurança na abordagem do comportamento.	
	Conclusões O serviço estudado tem construído uma interação psicossocial nos atendimentos em saúde mental e valorizando tecnologias relacionais, todavia os trabalhadores se ressentem de que há pouca estrutura na rede de serviços em saúde mental para os casos mais graves. Os processos educativos e de capacitação aos profissionais precisam levar em consideração o contexto da realidade encontrada no território, a estrutura de vida do indivíduo e sua rede de apoio. É necessária a consolidação da rede de cuidados em saúde mental para potencializar os atendimentos ao indivíduo com comportamento suicida.				

NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE	
Ações da equipe multiprofissional à saúde do escolar (ID 346)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivos 1-Descrever o planejamento das ações na construção e desenvolvimento da prática em enfermagem escolar; 2-Analisar as relações estabelecidas entre enfermeiros, profissionais de saúde e educação no desenvolvimento de projeto na saúde escolar pelo uso da intersubjetividade; 3-Discutir os elementos que constituem a base para estruturação de um projeto de saúde escolar com a participação do enfermeiro”	
	18 profissionais (6 enfermeiros, 1 agente comunitário, 3 dentistas e 8 residentes multiprofissionais em Saúde da Família)	2 escolas municipais de ensino fundamental no Rio de Janeiro/RJ		Resultados Os sujeitos relatam que a proposta de integração entre os profissionais da educação e saúde demandou o exercício da argumentação porque havia heterogeneidade na apropriação do conhecimento acerca da saúde escolar. A escolha dos profissionais de saúde para implantação do programa ocorreu de forma verticalizada pelos gestores da ESF. Houve o intuito de ampliar as ações pontuais que já ocorriam para controle das cáries dentárias, orientação sobre uso do fio e creme dental e vacinação.	
	Conclusões A construção da autonomia no planejamento de um programa de educação escolar requer que o enfermeiro use a argumentação para acolher e consensuar ações em conjunto com todos os sujeitos que estarão envolvidos na proposta educativa. A análise das ações e falas possibilitou o conhecimento acerca das práticas e os caminhos que foram percorridos na construção do projeto.				

NÚCLEO DE SENTIDO		UNIDADE DE CONTEXTO		RECORTE	
Gravidez na adolescência quilombolas (ID 348)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	“Objetivo geral Analisar o significado da gestação para a adolescente quilombola Objetivos específicos 1-Identificar fatores que influenciam a gravidez; 2-Descrever a experiência; 3-Apreender o significado da gestação para a adolescente quilombola”	
	entrevistas não-estruturadas, observação participante, diário de campo, história oral, método etnográfico	7 adolescentes grávidas entre 10 e 19 anos	1 unidade básica de saúde com ESF em Ilha da Maré/BA	Resultados As adolescentes negras do quilombo viveram a gravidez por meio dos costumes e tradições que foram construídos na convivência com mães e avós. Os discursos foram contraditórios porque algumas adolescentes relataram desagrado diante da gravidez e outras referiram que tanto elas quanto as famílias aceitavam a gestação.	
	Conclusões A assistência à gestante adolescente precisa incluir o conhecimento acerca do seu contexto socioeconômico e cultural no planejamento e os cuidados que os trabalhadores fazem na APS. Assim, pode ser possibilitada a diminuição da desigualdade social que é sofrida pela população negra.				

NÚCLEO SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	DE	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivo geral	Resultados
Captação de vulnerabilidade de famílias – índice de incapacidades dependência (ID 349)	da técnica de Delphi, testes estatísticos, entrevistas estruturadas	1)validação de conteúdo do roteiro pelos juízes; 2)seleção dos serviços e famílias; 3)realização das entrevistas	940 familiares e 5 profissionais (validação conteúdo)	14 unidades básicas de saúde com ESF em São Paulo/SP	Construir e validar um índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência (IVF-ID) Objetivos específicos 1-Adaptar o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) para o desenvolvimento de um índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência; 2-Verificar a validade aparente desse Índice por meio de um comitê de especialistas; 3-Desenvolver e validar o Índice utilizando dados de famílias acompanhadas por equipes saúde da família de uma região do município de São Paulo/SP; 4-Validar o Índice em outra região do município de São Paulo/SP, em famílias acompanhadas por equipes saúde da família”	<p>Resultados</p> <p>O índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência contempla 40 questões, divididas em quatro componentes e duas dimensões: 1)dimensão “condições sociais” que engloba os componentes “condições sociais favoráveis” e “condições sociais desfavoráveis”; 2)dimensão “condição de saúde” que congrega os componentes “envelhecimento, incapacidade e dependência” e “doenças crônicas”. Observou-se número maior de mulheres (54,6%) nas famílias entrevistadas, representando quase 10% a mais que o número de homens (45,4%). A grande maioria das pessoas não apresentava dependência para as atividades da vida cotidiana (97%), somente 13 (1,6%) apresentavam dependência apenas para uma atividade, como é o caso de mulheres que referiam perdas urinárias.</p> <p>Conclusões</p> <p>O índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência mostrou-se confiável e válido ao ser aplicado em duas populações com vulnerabilidades sociais e perfis demográficos distintos. Verificou-se que não houve diferença significativa entre as duas regiões, porém em relação à vulnerabilidade relacionada à dimensão “condição de saúde”, houve diferença significativa entre as duas regiões, sendo que na região da Lapa foi encontrado um número maior de famílias vulneráveis do que na Cidade Ademar. Pretende-se que o índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência seja utilizado no planejamento das ações que visam o monitoramento dos determinantes das condições de vida e saúde das famílias vulneráveis a incapacidades e dependências. Podendo, assim, servir como instrumento diagnóstico e de intervenção tanto na gestão quanto na assistência às famílias no âmbito da ESF.</p>
NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO				RECORTE	
	do enfermeiro para o cuidado a saúde dos idosos (ID 352)	Instrumentos e/ou procedimentos	Sujeitos	Local	Objetivos	Resultados
Ações do enfermeiro para o cuidado a saúde dos idosos (ID 352)	entrevistas estruturadas	1)seleção dos serviços e sujeitos; 2)realização das entrevistas	10 enfermeiros e 8 idosos entre 60 e 75 anos	7 unidades básicas de saúde (tradicionais) e 2 unidades básicas de saúde com ESF em Cascavel/PR	1-Compreender o cuidado á saúde na perspectiva de enfermeiros e de mulheres idosas”	<p>Resultados</p> <p>A amostra possibilitou evidenciar o tipo vivido pelos enfermeiros e mulheres idosas sobre o cuidado em saúde. Os enfermeiros relatam que o cuidado com as mulheres idosas identifica as especificidades do cuidado, considerando a família parceira e menciona limites na operacionalização do cuidado, por exemplo, ausência de protocolos, o que gera alguma insatisfação no profissional. Por sua vez, as mulheres idosas têm como expectativas de cuidado, as necessidades físicas e psicossociais, como por exemplo, alimentação, fazer exercícios físicos, tratar de doenças crônicas e participar de atividades de socialização. Elas percebem o enfermeiro como alguém que vai proporcionar um cuidado acolhedor.</p> <p>Conclusões</p> <p>O presente estudo evidenciou que a compreensão do cuidado em saúde se baseia predominantemente entre o enfermeiro – aquele que cuida – e a mulher idosa – a pessoa cuidada. Espera-se que o presente estudo possibilite reflexões e ações no âmbito assistencial, no ensino e na pesquisa no que tange à saúde da pessoa idosa na situação de cuidado pelo enfermeiro. A ampliação do conhecimento com vistas a aproximações entre o cuidado esperado pela mulher idosa e o realizado pelo enfermeiro pode ampliar o campo de ações cotidianas dos serviços de saúde.</p>

ANEXO

ANEXO A

PARECER COMITÊ CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuição do Doutorado em Enfermagem na Construção do Conhecimento em Saúde Coletiva

Pesquisador: Erica Gomes Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39253614.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 912.517

Data da Relatoria: 08/12/2014

Apresentação do Projeto:

Atualmente, a Enfermagem em Saúde Coletiva tem contribuído com estudos sobre a compreensão social do seu trabalho, além de estudos sobre as percepções e/ou interações dos sujeitos com o trabalho, e estudos sobre a identificação dos perfis epidemiológicos e de reprodução social, articulados aos processos de saúde-doença dos grupos sociais. Após mais de três décadas há necessidade de estudos que forneçam elementos para a compreensão do que vem sendo produzido no campo da Saúde Coletiva e sua correspondência com os eixos teóricos que tem estruturado a Saúde Coletiva. Trata-se de pesquisa documental quanti-qualitativa transversal. Será desenvolvida em três etapas: 1) análise das teses de Enfermagem com conteúdo de Saúde Coletiva/Saúde Pública – período 1998-2013 no banco CAPES e CEPEN/ABEn; 3) caracterização das disciplinas ministradas pelos orientadores das teses encontradas no site da CAPES – Avaliação/Cadernos de Indicadores (1998-2013). Os dados serão analisados na perspectiva da Saúde Coletiva por meio da hermenêutica-dialética.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os cursos brasileiros de pós-graduação senso estrito de Doutorado em Enfermagem e a

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 912.517

sua contribuição para o campo de conhecimento da Saúde Coletiva.

Objetivo Secundário:

Classificar as teses produzidas nos cursos brasileiros de PG senso estrito de Doutorado em Enfermagem a partir da subárea em Saúde Coletiva e da concepção de homem, sociedade, processo saúde-doença e enfermagem; Identificar como o campo da Saúde Coletiva é explicitado nas disciplinas dos cursos brasileiros de PG senso estrito de Doutorado em Enfermagem; Reconhecer as potencialidades e limitações da construção científica da Pós-Graduação Senso Estrito em Enfermagem para o campo da Saúde Coletiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos.

O estudo pode identificar lacunas na apropriação do conhecimento em Saúde Coletiva e na sua contribuição para a construção do conhecimento na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa documental quanti-qualitativa transversal que utilizará banco de dados da CAPES e do CEPEn/ABEn. Não há justificativa para o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois não trata de estudo envolvendo seres humanos conforme estabelece a Resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3051-7548 Fax: (11)3051-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 912.517

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da Instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br