

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E
SOCIEDADE

HELEN CRISTINA PEDRINO

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

São Carlos - SP
2010

HELEN CRISTINA PEDRINO

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Área de concentração: Ciência, Tecnologia e Sociedade
Linha de Pesquisa: Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Niituma Ogata
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Machado

**São Carlos - SP
2010**

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

P371pc

Pedrino, Helen Cristina.

Produção científica sobre a assistência de enfermagem em hipertensão arterial sistêmica na atenção primária / Helen Cristina Pedrino. -- São Carlos : UFSCar, 2010. 86 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Enfermagem. 2. Hipertensão. 3. Produção científica. 4. Atenção básica. 5. Desenvolvimento social - ciência, tecnologia e sociedade. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE
Via Washington Luís, Km. 235-Cx. Postal 676. CEP: 13565-905 – São Carlos - SP
Telefone: (16) 3351-8417 - E-mail: ppgcts@power.ufscar.br - Site: www.ppgcts.ufscar.br

**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
HELEN CRISTINA PEDRINO**

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos

Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado
Co-orientadora
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Leandro Innocentini
Membro interno
Universidade Federal de São Carlos

Profa. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha
Membro externo
USP/UNIFRAN

Submetida a defesa pública em sessão realizada em: 03/03/2010
Homologada na 30ª. reunião da CPG do PPGCTS, realizada em
26/03/2010

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

Fomento:

Dedico este trabalho ao meu amado pai, Antonio Carlos Pedrino, meu primeiro mentor, amigo, uma pessoa de mente curiosa e inquieta. Fomos privadas de seu convívio precocemente, mas seguimos em frente fazendo o que você nos ensinou de melhor: lutar pelo que acreditamos: nossa vida, família, trabalho, ideais, mesmo que a realidade já nos tenha desacreditado.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, por proporcionar a realização desse mestrado.

À minha orientadora, Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, pela amizade, presença, convivência, por acreditar em mim e me orientar, no verdadeiro sentido do termo, no desenvolvimento de minha vida acadêmica.

Ao Prof. Dr. Leandro Innocentini Lopes de Faria e à Profa. Dra. Semíramis Melani Melo Rocha, pelo aceite em participar deste trabalho com suas valiosas contribuições.

Ao Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro, pelas contribuições, incentivo e amizade que conquistamos nesse período.

Aos queridos Paulo e Ivanildes, funcionários do Departamento do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, por socorrer-nos em nossos momentos de desespero, acalmando-nos e nos atendendo tão prontamente.

Às enfermeiras das Unidades de Saúde da Família de São Carlos, por disponibilizarem seu tempo para participarem deste trabalho contando suas experiências profissionais junto ao paciente hipertenso.

Aos colegas de mestrado, pelas trocas de informações relacionadas aos trabalhos, às dúvidas e às futilidades, tão necessárias, às vezes, durante nossa estada juntos.

Às minhas colegas de trabalho por lidarem com minhas ausências durante minhas aulas do mestrado, afinal, o show tem que continuar.

Aos meus amigos Ana, Caco, Fabi, Sérgio e Valéria por me suportarem nessa fase de mestrado, aceitando por vezes meu ostracismo e minhas alterações de humor e apoiando-me com nossos momentos de distrações, risadas e atrocidades gastronômicas.

À minha mãe, Sônia, por estar sempre por perto, pela preocupação e comidas reconfortantes, e á minha irmã, Mariana, por dividir esse período comigo quando também desenvolvia sua dissertação. Obrigada por respeitarem meu “estado de mestrado” e por me amarem mesmo assim.

"O valor de todo o conhecimento está no seu vínculo com as nossas necessidades, aspirações e ações; de outra forma, o conhecimento torna-se um simples lastro de memória, capaz apenas - como um navio que navega com demasiado peso - de diminuir a oscilação da vida quotidiana." (V. O. Kliutchevski)

RESUMO

PEDRINO, H.C. **PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** . 2010. 87 folhas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, 2010.

Diante da importância da pesquisa em saúde como instrumento para melhoria das condições de saúde das populações, definição e planejamento de políticas públicas e o hiato ainda existente entre as atividades de pesquisa e as de produção, a presente pesquisa teve como objetivos identificar as publicações científicas relacionadas aos cuidados de enfermagem em hipertensão na atenção primária quanto à promoção da saúde e prevenção de complicações, identificar como os profissionais usam esses materiais em seu trabalho e analisar suas representações sociais de ciência, tecnologia e inovação em saúde permeadas nesses cuidados. Trata-se de um estudo exploratório analítico que consistiu de uma primeira etapa de análise bibliométrica das publicações da base SciELO que usou o *software Vantage Point* e análise dos dados baseada na referência das tecnologias em saúde. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas com enfermeiros das unidades de saúde da família da cidade de São Carlos – SP, utilizando para sistematização dos dados o *software ALCESTE 4.5* e a análise das classes ocorreu sob a luz da Teoria das Representações Sociais. Nas 101 publicações estudadas houve o envolvimento de pesquisadores de 58 instituições. Observou-se que a maioria das pesquisas publicadas é de caráter descritivo e houve um equilíbrio entre metodologias quantitativas e qualitativas. São provenientes de instituições públicas de ensino superior, utilizaram predominantemente o levantamento e a pesquisa bibliográfica como procedimento técnico e em sua maioria enfocaram as tecnologias leve-duras. No trabalho com o paciente hipertenso, os 14 enfermeiros entrevistados utilizam principalmente as tecnologias leves, como as do acolhimento e de relações e identificaram como facilitador nesse processo o próprio Programa Saúde da Família ao propor uma visão do indivíduo e não da doença. Alguns dos dificultadores apontados foram: escassez de recursos humanos e a formação ainda prescritiva dos profissionais de saúde. O desenvolvimento deste trabalho permitiu identificar um aumento das publicações em enfermagem nesta área nos últimos três anos e que os enfermeiros envolvidos neste cuidado consomem produções científicas, adaptando-as às suas realidades, mas não se sentem impelidos a produzi-las.

Palavras-chave: hipertensão; pesquisa em enfermagem; atenção básica.

ABSTRACT

PEDRINO, H.C. **SCIENTIFIC PRODUCTION IN PRIMARY CARE NURSING OF HYPERTENSIVE PATIENTS**. 2010. 87 pages. Paper (Master's degree) – Post graduation on Science, Technology and Society Program, Education and Sciences Center, São Carlos Federal University, São Carlos – SP, 2010.

Due to the importance of health care research in improving the health conditions of populations and in framing/planning of public policies and because of the existing gap between research and production activities, the purpose of this study was to look into the scientific literature about primary care nursing of hypertensive patients with regard to promoting health and avoiding complications, to reveal how professionals use these materials in their practices, and to analyze their social representations of the science, technology, and innovation permeating these activities. The first phase of this exploratory-analytical study comprised a bibliographical investigation at SciELO, using the Vantage Point software, and an analysis of the data based on references to health technology (101 studies were identified, from 58 research-universities). Subsequently, family care nurses from São Carlos, Brazil, were interviewed; their answers were systematized with the help of ALCESTE 4.5 and the emerging categories were analyzed in light of the Social Representations Theory. It was observed that most studies were of a descriptive nature, almost evenly divided into qualitative and quantitative designs. Most of them were carried out at public universities, made use of surveys and bibliographical research as technical procedures, and focused on hard-soft technologies. In the care of hypertensive patients, the 14 respondents used mainly soft nursing technologies, e.g., welcoming and relations, and pointed to the Family Health Program as the process facilitator par excellence, because of its focus on the person as opposed to the illness. Some of the reported difficulties were: shortage of human resources and the still prescriptive education of health personnel. This study also pointed to the rising number of articles on nursing in this field in the past three years and indicated that the nurses involved in the care of hypertensive patients regularly resorted to scientific knowledge found in the literature, adapting it to their realities, but were uninterested in producing it.

Key-words: hypertension; nursing research; primary care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo da planilha para organização dos dados	40
Figura 2 – Representação da organização dos artigos escolhidos na planilha do <i>Excel</i>	42
Figura 3 – Exemplo de máscara criada para exportação dos dados para o <i>Vantage Point</i>	43
Figura 4 – Exemplo da lista de frequência gerada pelo <i>Vantage Point</i>	43
Figura 5 – Caracterização das unidades de contexto inicial.....	48
Figura 6 – Frequências das unidades de contexto elementares por classe.....	62
Figura 7 – Dendograma das classes formadas na análise do <i>ALCESTE</i>	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Disponibilização dos exemplares <i>on line</i> dos periódicos de Enfermagem.....	37
Tabela 2 – Disponibilização dos exemplares <i>on line</i> dos periódicos de Saúde Pública.....	37
Tabela 3 – Classificação das pesquisas segundo as dimensões metodológicas.....	41
Tabela 4 - Artigos selecionados nos periódicos de enfermagem e saúde pública referentes ao cuidado em hipertensão arterial na atenção primária.....	52
Tabela 5 – Palavras-chave utilizadas pelos autores dos artigos estudados.....	53
Tabela 6 – Classificação dos artigos selecionados segundo as dimensões metodológicas.....	54
Tabela 7 – Tecnologias em saúde enfocadas pelos autores.....	55
Tabela 8 – Vínculo institucional dos autores.....	56
Tabela 9 – Distribuição geográfica das instituições as quais os autores são vinculados.....	57
Tabela 10 – Instituições e tecnologias em saúde enfocadas.....	58
Tabela 11 – Procedimentos técnicos e abordagem metodológica.....	59
Tabela 12 – Relação entre procedimentos técnicos e tecnologias em saúde.....	60
Tabela 13 – Caracterização dos sujeitos entrevistados.....	61
Tabela 14 – Unidades de contexto elementares que compõe as classes formadas a partir da análise do <i>ALCESTE</i>	64

LISTA DE SIGLAS

ABen	Associação Brasileira de Enfermagem
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da imunodeficiência adquirida)
ALCESTE	Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte (Análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto)
AVC	Acidente vascular cerebral
BIREME	Centro Latino Americano e do Caribe de informação em ciências da saúde
C&T	Ciência e Tecnologia
CBPF	Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas
CNCT&IS	Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CTS	Ciência, Tecnologia e Sociedade
DCNT	Doença crônica não-transmissível
DeSC	Descritores em saúde
DM	Diabetes mellitus
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESF	Equipe de saúde da família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FAPESP	Fundação de amparo à pesquisa do estado de São Paulo
HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da imunodeficiência humana)
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBBD	Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica
IES	Instituições de ensino superior
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde
LOS	Lei orgânica da saúde
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma operacional básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT&IS	Programa Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Representações Sociais
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade de contexto inicial
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos

UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita
UNIARA	Centro Universitário de Araraquara
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIFEV	Centro Universitário de Votuporanga
UNIMAR	Universidade de Marília
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Brasil: pesquisa em saúde e em enfermagem.....	18
1.2 Hipertensão arterial sistêmica: umas das prioridades de pesquisa em saúde....	25
1.3 Justificativa.....	26
1.4 Objetivos.....	28
1.5 Aportes teóricos.....	28
1.5.1 Ciência, tecnologia e o campo Ciência, Tecnologia e Sociedade.....	28
1.5.2 O Programa Saúde da Família como cenário de estudo.....	32
2 MÉTODO.....	35
2.1 Delineamento da pesquisa.....	35
2.2 Análise bibliométrica.....	35
2.2.1 Coleta de dados.....	37
2.2.2 Análise dos dados.....	40
2.3 Entrevistas.....	44
2.3.1 Representações Sociais.....	44
2.3.2 Sujeitos.....	45
2.3.3 Coleta de dados.....	46
2.3.4 Análise das entrevistas.....	46
3 RESULTADOS.....	51
3.1 Análise bibliométrica dos artigos.....	51
3.1.1 Artigos publicados referentes ao tema.....	51
3.1.2 Temática dos artigos.....	52
3.1.3 Dimensões metodológicas.....	54
3.1.4 Tecnologias em Saúde.....	55
3.1.5 Vínculo institucional.....	55
3.1.6 Região das instituições onde os autores dos artigos têm vinculação institucional.....	57
3.1.7 Relação entre as instituições e as tecnologias em saúde enfocadas.....	58
3.1.8 Procedimentos técnicos e abordagem metodológica.....	59
3.1.9 Procedimentos técnicos e Tecnologias em Saúde enfocadas.....	60
3.2 Análise das entrevistas.....	61
3.2.1 Caracterização dos sujeitos.....	61
3.2.2 Resultados do <i>ALCESTE</i> e análise das classes.....	62
3.2.2.1 Classe 1: Cuidar do paciente hipertenso é um processo.....	64
3.2.2.2 Classe 2: A demanda maior é pelo atendimento médico.....	67
3.2.2.3 Classe 3: Produzir ciência ainda é exclusividade do ambiente acadêmico.	69
3.2.2.4 Classe 4: Recursos humanos é o elemento principal no atendimento ao hipertenso.....	70
3.2.2.5 Classe 5: Vínculo como facilitador do trabalho com o hipertenso.....	72
3.2.3 Representações Sociais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: discurso e práticas em lados opostos.....	73
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76

REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	83
ANEXOS.....	85

APRESENTAÇÃO

Antes de apresentar os motivos que me levaram a desenvolver esse estudo é preciso explicar os caminhos que me conduziram até a pesquisa em saúde pública, pois afinal foi através deles que cheguei até aqui.

Ao ingressar na graduação em enfermagem, eu e a maioria dos meus colegas de classe almejavamos uma formação para atuar na área hospitalar, considerada por muitos de nossa área como a elite, o local que concentraria as tecnologias de ponta. A saúde pública ainda carregava o estereótipo de saúde para os menos abastados e aculturados, portanto, desmerecedora de nossos préstimos.

Porém, a volatilidade de desejos nesse processo de formação me permitiu experienciar esse outro lado da saúde pública. No segundo ano da graduação fui convidada a participar do desenvolvimento de um trabalho de iniciação científica, responsável por me iniciar como pesquisadora em saúde pública e através do qual pude conhecer as vertentes dessa área, desmistificando os pré-conceitos trazidos em minha experiência como usuária desse serviço e como futura profissional.

Durante a graduação tive a oportunidade de acompanhar a inserção do Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de São Carlos e posteriormente capacitar uma das equipes no atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS). Estava iniciada uma relação com a identificação das doenças crônicas e seu manejo pelos profissionais de saúde nesse nível de atenção que direcionaria as escolhas posteriores em minha carreira.

Já formada e atuando no nível primário de atenção à saúde, percebi em meu cotidiano de trabalho o número de pacientes hipertensos que procuravam a unidade para aferição de pressão semanalmente e a dificuldade que tinha ao tentar que incorporassem as orientações acerca da alimentação adequada e necessidade de mudanças em suas vidas sedentárias e estressadas.

Essas observações me levaram a desenvolver um grupo de hipertensos para orientações sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), mais especificamente sobre hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM). Qual não foi minha surpresa quando um número muito menor do que aqueles que compareciam ao serviço para aferição de pressão o procuraram, e dos que o fizeram a grande maioria tinha informações suficientes para seguir o

tratamento correto, mas não o faziam, negligenciando a necessidade de uma dieta adequada ou da ingestão diária da medicação.

Isso derrubou alguns elementos que eu considerava como responsáveis pela dificuldade de atuação junto a esses pacientes, pois julgava que a falta de informação sobre seu problema e as consequências do mesmo é que levavam o paciente a não aderir ao tratamento. Essa experiência permitiu identificar que não só esse fator pode ser responsável, mas também a maneira como essas informações são passadas, o preparo do profissional que está lidando com esses pacientes e as próprias concepções dos pacientes acerca de seu problema.

Durante um congresso de saúde pública, conversando sobre a realização de um mestrado, levantou-se a possibilidade de desenvolver um projeto de mestrado sobre esta temática, inserido em um novo campo de estudo chamado Ciência, Tecnologia e Sociedade ou CTS. Ao estudar sobre o campo foi possível e até fácil compreender a relação entre o cuidado com o paciente hipertenso em atenção primária, a ciência e a sociedade, mas em relação à tecnologia havia certa distância para mim, talvez porque também visse a tecnologia somente sobre seu aspecto duro, de aparelhos e instrumentos tecnológicos, esquecendo-me que as relações interpessoais, orientações, protocolos e condutas que o envolvem também são tecnologias.

Desenvolver uma pesquisa com esse enfoque CTS foi antes de tudo uma empreitada pessoal. Queria ter respondidas questões sobre essa imbricação entre ciência, tecnologia, sociedade e inovação em saúde, como ela se caracterizava em meu campo de trabalho, como poderia me ajudar a compreender a atual conjuntura de cuidados ao paciente hipertenso, que tipo de tecnologias estaria disponível para ser usado em favor desse paciente na atenção primária. Identificá-las era somente uma dificuldade minha ou de outros profissionais? Durante as aulas havia momentos de dúvidas se meu trabalho pertencia ou não a esse campo de estudo, mas conforme aprofundavam as discussões e a procura por estas respostas essa relação foi ficando mais clara.

Estudos anteriores permitiram identificar que essa relação já era considerada há tempos durante a construção de políticas públicas, porém com um enfoque mais econômico do que o que se propõe hoje que é o bem estar do indivíduo. Assim como esse enfoque mudou, sofreu transformações também a maneira como os indivíduos lidam com sua saúde, aproveitando seus espaços dentro das esferas de governo para exigir políticas de saúde mais eficazes e abrangentes.

Este estudo permitiu identificar não só as tecnologias que sustentam o cuidado com o paciente hipertenso na atenção primária e como os profissionais envolvidos lidam com isso como também resgatar conceitos aprendidos durante a graduação ao voltar o olhar para todos os tipos de tecnologias envolvidas no cuidado à saúde, movimento imprescindível para não levar essas dúvidas para o trabalho de campo, uma vez que para identificá-las nos discursos nos entrevistados era preciso fazer as perguntas certas e saber o que esperar como resposta.

O cuidado dispensado ao paciente hipertenso envolve a utilização de conhecimentos objetivos e subjetivos, portanto, para identificar o enfoque dado ao cuidado é necessário antes identificar os conhecimentos envolvidos no mesmo. Classifico como conhecimentos objetivos os sinais e sintomas da hipertensão, os valores das pressões, sistólicas e diastólicas, considerados normais, as técnicas para a mensuração da pressão arterial e como conhecimentos subjetivos a abordagem que se faz desse problema junto ao paciente, como informá-lo sobre o problema e despertar o autocuidado, que na maioria das vezes são adaptações que fazemos de acordo com o paciente, com seu nível de instrução e de interesse por sua saúde e com nossa realidade de trabalho.

Os sujeitos escolhidos para o desenvolvimento desse trabalho foram os enfermeiros das unidades de saúde da família (USFs) da cidade de São Carlos, pois é a realidade que mais se aproxima de minha situação de trabalho já que atuo numa unidade que também atende a uma população adscrita e em atenção primária, cuja proximidade de ação permite identificar as situações de trabalho, moradia, relacionamentos interpessoal, apesar de não atuar dentro do domicílio. A opção pelos profissionais inseridos no Programa Saúde da Família (PSF) deu-se por ser a estratégia de escolha do Ministério da Saúde (MS) para mudança do modelo de atenção à saúde centrado na universalidade, integralidade e equidade, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cidade de São Carlos foi escolhida inicialmente pela facilidade de acesso, pois morando e trabalhando em São Carlos durante o “processo” do mestrado seria praticamente impossível locomover-me para outra cidade, outra realidade, para desenvolver este estudo.

Outro fator que impulsionou a escolha do local foi o fato do município estar localizado no centro do estado de São Paulo e constituir um importante pólo de desenvolvimento científico e tecnológico.

Diante da presença de grandes universidades públicas (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar e Universidade de São Paulo - USP) e centros de pesquisas

(EMBRAPA), São Carlos apresenta grande concentração de cientistas e pesquisadores: um pesquisador doutor para cada 180 habitantes. Os centros de pesquisas geram a média anual de registros de 14,5 patentes por 100 mil habitantes (SÃO CARLOS, 2009).

Não podemos esquecer o fato de que o setor de saúde no município está passando por um processo de reorganização, priorizando a atenção básica, principalmente a saúde da família, e implantando seu primeiro hospital público, que se constituirá em um hospital escola.

Desta forma, neste trabalho enfocaram-se as ações de saúde junto ao paciente hipertenso realizadas pelas equipes de saúde das USFs de São Carlos, pois se acredita que a proximidade de atuação junto ao paciente e à família permite uma melhor resolutividade do problema e controle de seus danos secundários.

Antes de identificar os conhecimentos necessários ao cuidado do hipertenso é preciso compreender qual tem sido a relação entre a construção e a aquisição desse conhecimento na saúde, lembrando que os resultados que hoje encontramos são decorrentes de movimentos políticos, sociais, culturais e científicos ocorridos ao longo dos anos, nas diferentes fases de desenvolvimento do país.

Também se faz necessário identificar os dados referentes à hipertensão arterial, que justificam a preocupação do governo e também dos profissionais de saúde, devido à sua manifestação silenciosa e consequências desastrosas, que debilitam o paciente e que encarecem seu atendimento nos serviços de saúde devido à alta complexidade. Os danos acarretados pela hipertensão podem ser prevenidos, em sua maioria, com medidas de baixo custo nos serviços de atenção primária em saúde, mas que nem por isso deixam de ser de difícil execução, exigindo do profissional o uso de diversas tecnologias para o cuidado integral do usuário e sua adesão.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Brasil: pesquisa em saúde e em enfermagem

Desde o século XIX os institutos de pesquisa em saúde têm importante papel na atividade científica do Brasil.

O maior exemplo desta política do início da República foi a criação do Instituto Manguinhos, posteriormente Instituto Oswaldo Cruz, fundado em 1900 no Rio de Janeiro. mas foi somente na primeira metade do século seguinte que o processo de modernização pelo qual passou o país proporcionou situações favoráveis ao desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas do conhecimento.

De acordo com Baiardi (2004, p.185):

O prestígio obtido pela física durante a II Guerra Mundial e o modelo da Big Science nos Estados Unidos, que levou à construção da bomba atômica, ensejaram algumas ações do Estado nacional na linha de criar e fortalecer instituições de pesquisa. O mais importante fato foi a criação do Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas, CBPF, em 1949, que se constituiu em um modelo de instituto de pesquisa independente dos ministérios. (...) Como inspiração ao que acontecia no resto do mundo - inclusive por recomendação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, UNESCO, e pressionado pela comunidade científica nacional – o governo brasileiro cria, em 1951, o Conselho Nacional de Pesquisa, o CNPq.

Entre 1950 e 1960, o Brasil e vários outros países da América Latina empenharam-se na formulação de políticas científicas e tecnológicas levando à institucionalização da pesquisa como mecanismo de desenvolvimento. Ou seja, com a criação dos conselhos nacionais de pesquisa, para promover e financiar pesquisas científicas, ciência e tecnologia, observou-se um aumento dos investimentos em ciência nas instituições de ensino superior (CARVALHO, 1998).

Esse investimento em pesquisa científica acelerou-se nos vinte anos seguintes, período marcado também pela expansão econômica vivenciada pelo Brasil e demais países da América Latina, porém, a partir de 1980 houve uma considerável redução nos mesmos devido às dificuldades econômicas enfrentadas por esses países (CARVALHO, 1998).

No decorrer dos anos observou-se que a lacuna existente entre os fatores impulsionadores da pesquisa em saúde e as políticas de saúde aumentou, levando a um

distanciando entre as produções científicas e a resolução das necessidades de saúde da população.

No Brasil, o desenvolvimento da ciência pautava-se nas características dos países desenvolvidos cujas necessidades não se assemelhavam às aqui encontradas. As produções realizadas não atendiam às reais necessidades de saúde da população uma vez que:

Na sociedade latino-americana, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia está marcado por profundos desníveis próprios de nossa estrutura econômico-social, caracterizados pela ausência de um propósito nacional orientado a fortalecer seu desenvolvimento, pela heterogeneidade do desenvolvimento técnico científico, pela falta de estratégias locais para fortalecer os Sistemas Locais de Inovação, pela falta de uma ciência nacional, identificada, comprometida, ou seja, uma ciência para a competitividade e desenvolvimento (ACEVEDO PIÑEDA, 2007, p.258).

Diante dessas dificuldades, aumenta a articulação entre os países sobre a importância da pesquisa em saúde como instrumento para a melhoria das condições de saúde das populações e para a “tomada de decisões na definição das políticas e no planejamento em saúde”, contribuindo para a melhoria das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e diminuição das desigualdades sociais (BRASIL, 2004, p. 48).

É nesse contexto que a enfermagem brasileira tem sua produção científica intensificada, sendo caracterizada pelo:

Início da pós-graduação sistematizada que introduziu a área na academia fortalecendo a cientificidade da profissão. Este fato levou também, a inserção da enfermagem na carreira acadêmica nas universidades brasileiras seguindo os moldes norte-americanos (OGATA et al, 2007, p. 4).

Barreira (1993, p.51) afirma que:

Como atividade sistemática e regular, a pesquisa em enfermagem no Brasil tem menos de 20 anos, ocorrendo de modo predominante sob a forma de uma prática acadêmica, decorrente de estratégias governamentais condizentes com as ideologias do Estado empresarial e da Segurança Nacional, adotadas pelo regime militar, que se instalou no país em 1964. No que se refere ao ensino superior, tais estratégias foram veiculadas pela Reforma Universitária (Lei nº 5540/68) que, ao redefinir a carreira do magistério a partir da qualificação dos docentes em nível de pós-graduação, fixando o princípio da unidade-pesquisa, propiciou a criação dos primeiros cursos de mestrado em enfermagem. Assim é que, entre 1972 a 1978 foram criados nove desses cursos que deram novo impulso à pesquisa nessa área.

A orientação da enfermagem estava totalmente voltada aos serviços e formação de recursos humanos. Observa-se que a enfermagem:

...encorajada pelas enfermeiras educadoras norte-americanas, procurou pelo modelo das ciências biomédicas e físicas para criar uma ciência da enfermagem. Na década de 20, o estudo de caso foi introduzido com vistas a sistematizar o conhecimento para o ensino da enfermagem, sendo logo reconhecida sua insuficiência enquanto referencial teórico que desse suporte a profissão emergente. Essas educadoras, neste momento, atentam para a necessidade da pesquisa em enfermagem. O primeiro corpo de conhecimentos denominado técnicas de enfermagem instrumentalizou a profissão e consistiu na normatização de procedimentos, com base em noções tayloristas. O referencial metodológico das ciências naturais vai prover a fundamentação da investigação em enfermagem até os anos 60, quando este modelo, por possibilitar somente uma abordagem quantitativa, começa a se mostrar às enfermeiras norte-americanas como prescritivo, rígido e pertinente às mensurações. Para essa percepção de restrição, da não pertinência, desse referencial para determinados objetos de investigação foi relevante à influência da sociologia e teoria social (Cushing, 1994, citado por BOEMER e ROCHA, 1996, p. 78-79).

Essa visão parcial e descontextualizada das experiências vividas proporcionou aos pesquisadores da área de enfermagem enveredarem-se pelo caminho da pesquisa qualitativa.

Dois eventos importantes ocorridos no final da década de 70 do século passado, a Conferência de Alma Ata assinada por 137 países que resultou no slogan: Saúde para todos no ano 2000, e o Internacional Council of Nursing que declarou ser a atenção primária prioridade mundial para os enfermeiros, foram essenciais para que os enfermeiros percebessem que era chegada a hora “de serem mais agressivos e participativos nas decisões em saúde, e na conquista de melhor qualidade de vida para os povos. Há preocupação com as políticas governamentais e com o processo participativo das comunidades” (ANGERAMI, 1993, p. 47).

Em função das mudanças pelas quais as políticas de saúde sofreram ao longo da história do país, foram se tornando visíveis aos enfermeiros novos enfoques para pesquisa. A perspectiva da relação do processo saúde-doença com determinantes sócio-econômicos, relacionais no cuidado e a intensificação das inovações tecnológicas repercutiram em um novo processo de produção do conhecimento (ROCHA, OGATA e ARANTES, 2003).

Dessa forma, a enfermagem inserida num movimento que reconhece a não neutralidade da ciência passa a deter:

...novas temáticas como objeto de estudo, entre elas, as questões de gênero e saúde da mulher, saúde e estilo de vida, promoção em saúde, comunicação em enfermagem, saúde e cidadania, recursos humanos, (...) Muitos pesquisadores voltam-se para a compreensão do papel dos enfermeiros nas instituições, suas atividades em relação ao conjunto da equipe multiprofissional e a adequação entre o ensino superior de enfermagem e o mercado de trabalho. Epistemologicamente, então, novos horizontes se abrem para a geração do conhecimento em enfermagem e

esse novo conhecimento possibilitou aos enfermeiros extrapolar o modelo biológico e propor o cuidado de enfermagem para além da técnica, para além da quantificação e da observação de sinais e sintomas, para uma transcendência do aspecto ôntico do cuidado para o ontológico (BOEMER e ROCHA, 1996, p. 83).

Pode-se afirmar que, nos dias atuais, a infra-estrutura científica da enfermagem brasileira tem condições de reconhecimento por contribuir de maneira substancial no processo de desenvolvimento econômico do país propiciando a absorção de tecnologias dos países mais desenvolvidos, mas não tem estabelecido uma interface entre a universidade e os serviços de saúde, públicos e privados. O crescimento da produção científica e sua confiabilidade no âmbito internacional ainda se restringem aos muros das instituições acadêmicas, sendo pouco utilizada pelos setores de produção de serviços (OGATA et al, 2007).

Assim Ogata et al (2007, p. 6) relatam que “têm ocorrido investimentos dos órgãos de fomento às pesquisas em saúde e em enfermagem e, portanto, pressionado os pesquisadores a uma melhor definição de seus estudos em consonância com as prioridades de pesquisa em saúde definidas pelo sistema de tecnologia e inovação”.

Neste sentido, torna-se “responsabilidade dos enfermeiros através da pesquisa e suas lideranças, identificarem áreas de interesse para pesquisa, estabelecer prioridades, realizar estudos e disseminá-los” (ANGERAMI, 1993, p.49).

Nursing holds a prominent responsibility in the care of people's lives and health. Thus, prioritizing research to lay the foundations for good practices and training the new generations are imperative for this century. As Hildegard Peplau has said, the question for nursing today is not about what it does; it is about what it knows and how it applies this knowledge (CASTRILLÓN AGUDELO, 2004, p. 584).

A importância em manter e melhorar a saúde é fortalecida pelo reconhecimento da estreita ligação existente entre saúde e desenvolvimento. As melhorias na saúde eram vistas principalmente como resultado do desenvolvimento, assim tornou-se amplamente aceitável que uma saúde melhor é um elemento necessário ao desenvolvimento e que os investimentos em saúde são essenciais para as políticas de crescimento econômico que buscam melhorar as condições de vida das pessoas.

Mesmo diante dessas discussões, o distanciamento entre a pesquisa em saúde e as necessidades de saúde da população se manteve até recentemente quando, de acordo com Guimarães (2004, p. 377):

...uma parte importante da pesquisa em saúde em todo o mundo foi convidada a reorganizar-se para enfrentar o desafio das doenças emergentes ou reemergentes,

cujo berço estava no Terceiro Mundo, mas que passaram a ameaçar crescentemente as populações do Hemisfério Norte. À mobilização proposta por organismos multilaterais, tendo à frente a Organização Mundial de Saúde, o Brasil reagiu com um conjunto de iniciativas que resultaram na realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (CNCT&IS), em 1994.

Em decorrência de vários motivos, políticos e econômicos, dentre outros, a maioria das propostas da I Conferência não chegou a ser implementada e após seis anos, na XI Conferência Nacional de Saúde, conclui-se pela necessidade de uma segunda CNCT&IS que seria realizada em 2004.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo realizado em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) antecedeu a II CNCT&IS e teve como tema a Pesquisa em Saúde – Conhecimento para uma Saúde Melhor, cuja escolha foi realizada mediante diversos fatores como os apresentados por Morel (2004, p.262):

- a crescente conscientização do papel central da saúde, da ciência e da tecnologia como *requisitos* para o desenvolvimento econômico e social, e não apenas como suas conseqüências e, por sua vez, do desenvolvimento como motor e propulsor de liberdade;
- a necessidade de melhoria das condições de saúde das populações pobres e marginalizadas, essencial para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento da ONU para o Milênio;
- a dissociação entre a carga de doenças das populações desfavorecidas e a concentração do investimento global em pesquisa em saúde nos problemas do mundo industrializado;
- a resultante exigüidade de recursos para a pesquisa em saúde relacionada com as doenças da pobreza, exigindo de agências financiadoras um árduo trabalho de priorização e seleção de programas e projetos;
- a aceleração das descobertas e avanços científicos no campo biomédico, notavelmente na ciência genômica, e seu imenso potencial de aplicação em saúde humana e animal e na resolução de problemas dos países em desenvolvimento;
- a crescente participação dos setores privado e filantrópico no financiamento e execução da pesquisa em saúde através de parcerias público-privadas;
- a baixa participação dos países menos desenvolvidos na produção mundial do conhecimento científico e tecnológico;
- o fenômeno do *brain-drain*, que drena os já escassos recursos humanos em saúde dos países pobres, contribuindo para o aumento da desigualdade;
- as dificuldades que têm as populações menos favorecidas em ter acesso aos medicamentos, vacinas e diagnósticos que ainda se encontram sob a proteção de patentes, configurando tanto uma deficiência dos mecanismos de livre mercado quanto uma falha das políticas públicas de saúde;
- a recente ênfase internacional nas áreas de bioterrorismo e biodefesa, relegando a um segundo plano questões urgentes de saúde pública;
- a necessidade de se estudar e melhor conhecer os diversos sistemas nacionais de pesquisa em saúde: como se formaram e se estruturaram, como funcionam, como o conhecimento que geram é transformado em intervenções e ações de saúde e as lições a tirar das histórias de sucesso ou insucesso.

As duas CNCT&IS, “foram marcantes para o crescimento do debate sobre a pesquisa em saúde e sua relação com as políticas de saúde adotadas contribuindo, de forma

efetiva, para a formulação das diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde” (GUIMARÃES, 2004).

Tais diretrizes, que são as mesmas norteadoras do SUS: universalidade, integralidade e equidade devem corresponder ao compromisso político e ético com a produção e apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuem para a redução das desigualdades sociais em saúde, que ainda é o grande problema do país, seja em relação ao acesso aos serviços de saúde, à morbidade, mortalidade, na qualidade do atendimento, no que se refere às condições sanitárias disponíveis, enfim a todo aspecto da intervenção pública ou privada referente a mesma (BRASIL, 2004).

Uma PNCT&I/S voltada para as necessidades de saúde da população deveria ter como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade. O acatamento desta assertiva implica analisar o esforço nacional de C&T em saúde como um componente setorial do sistema de inovação brasileiro. Por outro lado, essa perspectiva não deve sugerir uma visão reducionista ou utilitarista da política. Pelo contrário, reconhecendo a complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico neste setor, a PNCT&I/S deve dar conta de todas as dimensões da cadeia do conhecimento envolvida na pesquisa em saúde. Em outras palavras, deve ser uma política extensiva. Este caráter extensivo por um lado e seu compromisso social, por outro, sugerem que a PNCT&I/S necessita ser pensada, proposta e executada segundo um modelo de lógicas complementares. No plano de sua missão, segundo a lógica da Política Nacional de Saúde, à qual está subordinada, com suas prioridades e objetivos gerais vinculados ao atendimento das necessidades de saúde da população e à conquista de padrões mais elevados de equidade em saúde. No plano de seu exercício, segundo a lógica das práticas e métodos da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico que são muitas vezes distintas das que governam a política de saúde (GUIMARÃES 2004, p.378).

Assim, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde constituem-se instrumentos norteadores das ações de fomento promovidas pelo Ministério da Saúde, buscando apoiar no país investigações que tragam respostas e soluções para os problemas prioritários de saúde da população e da gestão do SUS (BRASIL, 2007a).

A geração de conhecimentos e tecnologias deve promover impacto relevante nas necessidades de saúde da população assegurando os pilares fundamentais da bioética: beneficência, não maleficência e autonomia, o que pressupõe a sua participação voluntária e o usufruto dos benefícios que forem atingidos, considerando as diferenciações regionais. Seus princípios básicos são: o respeito à vida e dignidade das pessoas, a melhoria da saúde da população, a busca da equidade em saúde, inclusão e controle social, respeito à pluralidade filosófica e metodológica e a superação de todas as formas de desigualdades e discriminação (BRASIL, 2005).

Assim como ocorre em outros países, no Brasil, o principal desafio refere-se à capacidade de incorporação dos resultados das pesquisas no sistema e serviços de saúde. Faz-se necessário, portanto, investir em estratégias eficientes de disseminação de informações que possibilitem abreviar este hiato existente entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício da população (BRASIL, 2007a, p. 06).

Castrillón Agudelo (2004, p. 584) já afirmava que:

Nevertheless, science and technology are potential sources of social redemption if they are put to the service of human development and its supporting values and they should be shared with solidarity for the benefit of all people. This is especially true for the field of health and life care, where better use of scientific knowledge can lead to significant improvements in the health and well-being of mankind.

Para corroborar essa discussão, geralmente se diz que muitas doenças e/ou mortes poderiam ser evitadas “simplesmente”* pela aplicação dos conhecimentos e ferramentas já existentes. Assim, as políticas para a melhoria da saúde das populações deveriam adotar e implementar os conhecimentos e as ferramentas que já estão disponíveis – eliminando o espaço entre “o saber e o fazer” – e investir no tipo de pesquisa necessária para entender os fatores que mantêm esse espaço aberto (BRASIL, 2007a).

Os conhecimentos e ferramentas disponíveis nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes havendo, portanto, uma necessidade constante e sem fim de gerar novas informações e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde e de reduzir as doenças (BRASIL, 2007a).

Há falta de articulação entre o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e o Ministério da Saúde (MS) que sustenta-se historicamente no seguinte: o MCT percebe no MS uma visão restritiva e imediatista da atividade de pesquisa (nos nossos termos, pouco extensiva e abrangente), além de não avaliar, de modo geral, as práticas de fomento do Ministério da Saúde. O ministério percebe na maioria das ações de fomento do MCT um quase total alheamento das necessidades de saúde da população e/ou das prioridades da política de saúde do país (nos nossos termos, ações com pouco compromisso social e divorciadas da busca de equidade) (GUIMARÃES, 2004, p.380).

* Grifo nosso

1.2 Hipertensão arterial sistêmica: umas das prioridades de pesquisa em saúde

A necessidade de continuar expandindo quantificativamente a pesquisa que enfoca os problemas de saúde dos países é direcionada por velhos e novos problemas, dentre eles a transição epidemiológica massiva ocorrida globalmente nas últimas décadas, onde doenças crônicas ou não notificáveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer, antes consideradas como doenças características de países ricos, tornaram-se agora também doenças da pobreza em países de baixa e média renda (BRASIL, 2007a).

Essas condições crônicas, também identificadas frequentemente como doenças causadas em decorrência do estilo de vida, estão diretamente associadas a determinantes que incluem dieta inapropriada, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Geralmente, elas podem ser prevenidas e uma vez adquiridas, a severidade do seu impacto pode ser minimizada por uma combinação de mudanças de comportamento e tratamento – que, na maioria das vezes, precisa ser por toda a vida – com medicamentos.

Buscando atender essas necessidades o MS implementou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, buscando investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecer garantia de diagnóstico e proporcionar a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, de maneira a reestruturar e ampliar o atendimento resolutivo e de qualidade aos portadores dessas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs).

No Brasil, cerca de 35% da população a partir de 40 anos de idade é portadora de HAS, e seu aparecimento está cada vez mais precoce já que se estima que aproximadamente 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores de HAS (BRASIL, 2006).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006, p. 7).

A HAS constitui-se um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo à medida que se configura como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável

por pelo menos 40% das mortes por AVC, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

As doenças crônicas não transmissíveis:

Respondem por mais de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no país, com tendência crescente. Diante disso, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, tem priorizado o investimento no desenvolvimento científico e tecnológico nessa área. Desde 2003, foram destinados aproximadamente R\$ 85 milhões para pesquisa em doenças não-transmissíveis. É a segunda sub-agenda da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no que se refere ao número de projetos financiados (17% do total) (BRASIL, 2008, p.12).

Os profissionais de saúde da atenção primária têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial no que se refere à definição do diagnóstico clínico e conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso e a acompanhá-lo no tratamento favorecendo sua adesão. A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, levando-o a buscar as referências sobre os cuidados nessa área para esta ação.

Para promover o cuidado aos seus pacientes, o caso específico dos hipertensos, é necessário o domínio de conhecimentos técnicos e subjetivos por parte dos enfermeiros. Desta forma, para poder identificar o cuidado que está sendo prestado a estes pacientes faz-se necessário resgatar o conhecimento que os profissionais têm acerca deste cuidado e onde este conhecimento é adquirido, aprimorado.

1.3 Justificativa

Assim como em outros países em desenvolvimento, ainda existe um distanciamento entre as atividades de pesquisa e as de produção, ou seja, nem sempre os resultados do desenvolvimento científico são transformados em produção tecnológica e quando o são, nem sempre são acessíveis aos profissionais e usuários (OGATA et al, 2007).

Cueto citado por Acevedo Piñeda (2007, p. 259) considera que “para a maioria das pessoas não familiarizadas com o trabalho de investigação, a ciência é uma atividade associada com técnicas sofisticadas de linguagem esotérica e descobrimentos originais”.

Os mesmos autores afirmam que a ciência “pertence” a um grupo muito fechado, com seus próprios códigos comunicativos, seus referenciais teóricos e ideológicos, com interlocutores específicos. Tem ainda débeis nexos com a sociedade em geral devido a sua escassa popularização.

Considerando que a ciência como atividade social gera, sustenta e rompe paradigmas, é importante introduzir nos estudos sociais da ciência e tecnologia, elementos de valorização social do conhecimento bem como das comunidades que o produzem (ACEVEDO PIÑEDA, 2007).

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

Sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica terminal optou-se por trabalhar somente com esta DCNT.

O presente trabalho se propôs a responder a algumas questões para caracterizar o cuidado prestado ao paciente hipertenso.

O referencial teórico utilizado na busca por essas respostas foi o de Tecnologias em Saúde de Emerson Elias Merhy (1997) que classifica as tecnologias presentes no trabalho em saúde em três categorias: tecnologias duras, relacionadas a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; tecnologias leves-duras, que compreendem todos os saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde; e tecnologias leves, que se referem às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos e de autonomização.

A idéia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao “saber fazer” e a um “ir fazendo”. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados (MERHY, 1997).

1.4 Objetivos:

1. Caracterizar as pesquisas publicadas em periódicos de enfermagem brasileiros disponíveis na base de dados SciELO relacionadas às ações da enfermagem em HAS na atenção básica em saúde de acordo com: autores e suas vinculações institucionais, temática dos artigos, natureza da pesquisa, objetivos, abordagem metodológica, procedimentos técnicos e Tecnologias em Saúde enfocadas
2. Descrever como os enfermeiros consomem estas publicações, como realizam a identificação e cuidado da HAS em atenção primária e quais são as suas representações sociais sobre Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

1.5 Aportes teóricos

1.5.1 Ciência, tecnologia e o campo Ciência, Tecnologia e Sociedade

Carvalho (1998, p. 119) em seu trabalho sobre a produção do conhecimento em enfermagem afirma que:

O homem sempre buscou o entendimento da natureza e esta busca deu origem à ciência; inicialmente os fenômenos da natureza eram interpretados de forma empírica ou mágica; com os movimentos da Renascença e Reforma ocorreram, na Europa, profundas mudanças na forma do homem ver a si e ao mundo, nascendo a noção do método científico, cuja instauração no século XVII permitiu a institucionalização da ciência. Surgiu então nos Estados Unidos e Europa as primeiras sociedades e academias científicas e revistas científicas.

Atualmente tem sido ampla a discussão sobre a proximidade de relação entre ciência e tecnologia e desenvolvimento social e econômico. Essa temática ganhou destaque principalmente após a Revolução Industrial, uma vez que as novas condições de trabalho proporcionadas pela mesma exigiam melhor preparo de todos os envolvidos visando o proveito máximo e assim o desenvolvimento.

Na realidade, a Revolução Industrial foi resultado da percepção de alguns homens que perceberam que para sair da estagnação em que se encontravam e continuar

produzindo riqueza seria necessário investir na educação da ciência, educação essa privilegiada às suas mentes brilhantes e não a toda a população.

Nos países desenvolvidos, onde sua primeira onda arrebentou, a Revolução Industrial foi responsável, pelo aumento populacional, pois proporcionou melhores condições de vida e saúde à população. “A ciência aplicada caminhou lado a lado com a ciência médica e a medicina preventiva” (SNOW, 1995, p.45). Uma população saudável trabalha mais e melhor e consome mais, essa é a base de nossa sociedade capitalista.

Na sociedade moderna estabelece-se a relação entre a ciência e o desenvolvimento tecnológico com a aplicação da “ciência real a indústria, não mais tentativas e erros, não mais as idéias de inventores excêntricos, mas uma aplicação real e efetiva” (SNOW, 1995, p.48).

A partir de 1950, as concepções clássicas de ciência entram em decadência, ou seja, questiona-se a compreensão do desenvolvimento linear e cumulativo de progresso do conhecimento e a separação entre a ciência pura e a aplicada (tecnologia), sendo a primeira considerada livre de julgamentos, enquanto a segunda podia sofrer o peso do julgamento de acordo com sua utilização (HAYASHI, 2008).

Bordieu (2004, p. 19), ao discutir os usos sociais da ciência, afirma que “todas as produções culturais, a filosofia, a história, a arte, a ciência são objetos de análise com pretensões científicas” e há de um lado os que defendem que para compreendê-los basta ler um texto, considerado o começo e o fim e não há nada além dele para ser aprendido, e há aqueles que relacionam o “texto e o contexto e propõem-se a interpretar as obras colocando-as em relação com o mundo social ou o mundo econômico”.

Ao se tratar da ciência, encontram-se as mesmas oposições, com uma tradição de história da ciência que é, alias bastante próxima da história da filosofia. Essa tradição, notoriamente representada na França, descreve o processo de perpetuação da ciência engendrando-se a si própria, fora de qualquer intervenção do mundo social. (BORDIEU, 2004, p. 20)

A ciência como instituição social surge nos estudos de Robert Merton que de acordo com Schor (2007, p.338) “foi pioneiro, ao mostrar a necessidade, não apenas de estudar a influência da ciência sobre a sociedade, mas também e, sobretudo, a da sociedade sobre a ciência”.

Corroborando essa premissa, Bordieu (2004, p.21) relata que:

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

A solução mertoniana para explicar as estruturas de seu funcionamento social foi mostrar que esta estrutura apóia-se em um *ethos* e em um conjunto de aparatos, que valoriza, como prática coletiva, a autonomia da ciência. Esse *ethos* científico, segundo Merton (1973 citado por HAYASHI, 2008, p.6) é caracterizado por quatro imperativos institucionais:

1. comunalismo: disseminação acessível e pública dos resultados aos demais cientistas e a sociedade;
2. universalismo: não exclusão por nenhum critério exterior a ciência;
3. desinteresse: único objetivo a curto prazo do trabalho científico é a ampliação do conhecimento humano;
4. ceticismo organizado: o cientista deve ser privado de qualquer forma de preconceito e de conclusões precipitadas sobre seus trabalhos.

A visão mertoniana agregada à popperiana (em que a objetividade científica é resultado do exercício crítico) compreende o cientista e a comunidade científica como uma esfera autônoma da vida social e, por isso, como a única capaz de julgar a si mesma. Só a comunidade científica tem os requisitos para avaliar sua própria atuação e desenvolvimento (SCHOR, 2007).

A mesma autora apoiada nos conceitos de Lacey define C&T como:

Ciência como um padrão de racionalidade, que explica e desenvolve a tecnologia. Do entendimento da duplicidade (explicação e desenvolvimento) da relação entre ciência e tecnologia argumenta-se que ambas têm uma necessária inserção nos processos e valores sociais. Ao mesmo tempo em que é influenciada pelos processos sociais, a ciência influencia a sociedade.

...a ciência fornece não só a possibilidade de desenvolvimento tecnológico, vital ao movimento da modernidade, mas também fornece, por meio de seu instrumental teórico, a possibilidade racional do entendimento dessa própria característica fundante do nosso tempo (SCHOR, 2007, p. 337).

A relação entre ciência e tecnologia fortalece-se quando a tecnologia “deixa de ser subsidiária do desenvolvimento da vida em sociedade e passa a ser constitutiva do auto-entendimento da sociedade, tornando-se o centro da vida prática”(SCHOR, 2007, p. 340).

De acordo com Kunh (1994 citado por HAYASHI, 2008, p.10), a ciência é a ação coletiva de comunidades científicas cujo objetivo é expandir o conhecimento de fatos

identificados como importantes pelo paradigma, que “ao deixar de funcionar é substituído por um novo paradigma, criando uma nova normalidade para a ciência”.

As ideias propostas por Kuhn são questionadas por Lacey ao argumentar que há “possibilidade de coexistência de paradigmas conflitantes, em diferentes cenários institucionais”, assim para esse estudioso os “valores sociais têm um papel importante na escolha entre paradigmas conflitantes, tanto para as ciências sociais, quanto para as naturais, mesmo que nestas últimas seja mais rara a existência de dois paradigmas” (citado por SCHOR, 2007, p.347).

Hayashi (2008, p.15), afirma que:

Diversas escolas têm insistido na idéia de que o mesmo conhecimento científico, em todas as suas fases de realização, é um produto social. Deste modo, inaugurou-se uma linha heterogênea de investigações interdisciplinares, que costuma ser conhecida pelo nome de Estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), ou estudos sobre Ciência e Tecnologia.

O campo CTS como campo de trabalho acadêmico consolidado a partir de 1970, é considerado segundo López Cerezo (2004, p.11):

Um vigoroso campo de trabalho, no qual se busca entender o fenômeno científico-tecnológico no contexto social, tanto na relação com seus condicionantes sociais, quanto no que se refere a suas conseqüências sociais e ambientais... surgiu a partir de novas correntes de pesquisa empírica na filosofia e sociologia, e de um incremento na sensibilidade social e institucional sobre a necessidade de uma regulamentação pública da mudança científica e tecnológica.

De acordo com esse mesmo autor o diferencial dessa concepção é a apresentação de ciência e tecnologia não como um “processo ou atividade autônoma, mas como um processo ou produto inerentemente social”.

Dentro desse enfoque identificam-se duas tradições:

- Européia: preocupada com o estudo dos antecedentes ou condicionantes sociais das ciências, sendo assim, uma tradição de investigação acadêmica;
- Norte-americana: centralizada nas conseqüências sociais e ambientais dos produtos tecnológicos, geralmente desconsiderando os antecedentes sociais dos mesmos.

López Cerezo (2004, p.17) no decorrer de seu artigo afirma que:

Os estudos CTS constituem uma diversidade de programas de colaboração multidisciplinar que, enfatizando a dimensão social da ciência e da tecnologia, compartilham: a) a rejeição da imagem de ciência como atividade pura; b) a crítica

da concepção da tecnologia como ciência aplicada e neutra; e c) a condenação da tecnocracia.

Santos e Ichikawa (2004, p.241), citando González Garcia et al inferem que:

Os estudos CTS possuem um caráter crítico, que se delinea pela oposição à concepção tradicional do desenvolvimento da ciência e da tecnologia representada pelo modelo linear segundo o qual a ciência só pode acumular saber objetivo sobre o mundo, e desta maneira, para alcançar a verdade deve tornar-se independente de qualquer interesse social. Por esse enfoque, o avanço da ciência se traduz em desenvolvimento econômico e social por meio da tecnologia gerada, a qual funciona com uma cadeia transmissora desse progresso social, desde que conserve a sua autonomia, atendendo exclusivamente ao critério interno da eficácia técnica, e deixando de lado as preocupações com a sociedade (...) a partir da abordagem CTS, a ciência é considerada como uma atividade humana complexa, com um grande potencial explicativo e instrumental, mas que tem lugar em contextos sócio-políticos determinados.

Assim, o campo CTS surge em meio a discussão acerca da neutralidade da ciência, pois conclui-se que não existe ciência pura que não tenha sofrido ou experienciado as influências do momento social, político, econômico, interpessoais dos envolvidos em seu desenvolvimento. A ciência sofre essas influências à medida que seu desenvolvimento também os afeta.

1.5.2 O Programa de Saúde da Família como cenário de estudo

A reforma brasileira da saúde culminou em 1988 com a “criação” do SUS e consistiu na introdução de modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde de forma rápida e pontual (VIANA e DAL POZ, 1998).

Esse novo modelo de atenção à saúde era definido por três características principais: “a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta da descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores, usuários)” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 13).

Nos primórdios da década de 90 inicia-se a implantação do novo sistema com a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), que teria como instrumentos de regulamentação as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Nesse processo surgiram vários dificultadores,

como: o financiamento das ações de saúde, a definição clara dos papéis de cada esfera governamental, dentre outros.

Através da LOS estabeleceram-se as doutrinas (universalidade, integralidade e equidade) e os princípios (descentralização, regionalização, hierarquização e controle social) do SUS.

Às doutrinas cabia garantir atenção à saúde provida pelo Estado, considerar as idiosincrasias nas necessidades dos indivíduos e/ou grupo e garantir a igualdade de acesso aos serviços de saúde em todas as suas instâncias, respectivamente.

A descentralização estabeleceu que o SUS existisse em três níveis ou esferas de governo, cada qual com comando único e atribuições próprias; segundo a hierarquização os serviços de saúde seriam divididos em níveis de complexidade (primária, secundária e terciária) e a regionalização estabeleceu a área de abrangência, ou seja, cada serviço de saúde é responsável pela saúde de uma parte da população. O controle social permite a participação dos cidadãos na gestão do SUS através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

O PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram inicialmente considerados estratégias para mudança do modelo de atenção a saúde seguindo os princípios do SUS. O PACS foi concebido em 1991, dois anos antes do PSF, dessa forma:

O PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica (VIANA e DAL POZ, 1998, p.18).

A proposta do PSF ocorreu a partir de uma reunião realizada no fim de dezembro de 1993, em Brasília, cujo tema era Saúde da Família, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde como resposta aos secretários municipais de saúde que queriam apoio financeiro para realizar mudanças na operacionalização da rede básica de saúde. Porém o primeiro documento do programa só surgiria em setembro de 1994 e trazia a concepção do PSF enquanto um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização (VIANA e DAL POZ, 1998).

O Programa de Saúde da família adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela de 600 a 1000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem

e cinco agentes comunitários de saúde. Esta equipe passa a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde (...) É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado. (FRANCO e MERHY, 1999, p. 146)

Um ano após a criação do PSF, o MS, seguido pelas secretarias estaduais de saúde, passa a incentivar a expansão da atenção básica. Ao mesmo tempo em que ocorreu esse crescimento, o processo de municipalização e o estabelecimento de novas medidas para o financiamento da saúde, especialmente nesse nível de atenção, também avançou (MARQUES e MENDES, 2003, p. 404):

Nesse período ocorre também uma integração melhor entre o PSF e o PACS levando a fusão dos dois programas uma vez que “suas ações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário” e a aproximação com a universidade, pólos de capacitação a partir de 1997, responsáveis pela formação e treinamento dos recursos humanos necessários ao programa (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 23).

Essa proximidade com a universidade derruba o mito de que a atenção primária utiliza somente tecnologia simplificada na realização de suas atividades. Assim dentre tantas novidades que o PSF traz, ele também introduz outra perspectiva para esse nível de atenção, pois desenvolve o vínculo no atendimento aos seus usuários, uma tecnologia leve, ao mesmo tempo em que “desenvolve todo um instrumental de informática para diagnósticos e recolhimento de dados sociais, econômicos, e epidemiológicos das populações que pretende cobrir”, automação de procedimentos diagnósticos, realização de exames e utilização de instrumentos (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 31).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2007b) estabelece o PSF como estratégia prioritária para sua organização segundo os princípios do SUS. Para operacionalizá-la foram definidas algumas áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional e uma dessas áreas foi o controle da hipertensão arterial

2 MÉTODO

No segundo capítulo é descrito o percurso metodológico adotado para a obtenção e análise dos dados necessários ao desenvolvimento desta pesquisa.

2.1 Delineamento da pesquisa

A pesquisa se constituiu do tipo exploratório analítico, utilizando-se diferentes recursos metodológicos para contemplar os objetivos propostos. A análise desenvolveu-se no decorrer do processo de levantamento de dados e os dados quantitativos foram integrados aos qualitativos para se completarem (MINAYO, 1996).

Inicialmente realizou-se uma revisão de literatura para a construção do referencial teórico necessário à familiarização do conteúdo a ser desenvolvido e reflexões acerca do mesmo (Ciência, Tecnologia, Inovação em Saúde, dimensões sociais da Ciência e Tecnologia, pesquisa em enfermagem, teoria das representações sociais, hipertensão arterial, pesquisa em saúde no Brasil).

A partir da revisão bibliográfica procedeu-se à organização das informações de acordo com os objetivos propostos utilizando-se a análise bibliométrica, considerada a primeira etapa desse trabalho e em seguida realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros das USFs de São Carlos numa segunda etapa.

2.2 Análise Bibliométrica

A primeira etapa do trabalho consistiu na realização de um levantamento bibliográfico das produções científicas referentes aos cuidados de enfermagem ao paciente hipertenso na atenção básica.

O método escolhido para a organização dos dados obtidos nessa etapa da pesquisa foi a Análise Bibliométrica.

Araújo (2006, p.12) afirma que a bibliometria surgiu “no início do século como sintoma da necessidade do estudo e da avaliação das atividades de produção e comunicação científica” e a define enquanto “técnica quantitativa e estatística de medição dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico”.

Segundo Hayashi (2007, p.95) o objetivo da bibliometria é:

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

Após a Segunda Guerra Mundial, os países desenvolvidos deram início à avaliação da ciência, pois diante dos progressos alcançados concluíram que estes ainda não tinham sido suficientes na erradicação dos problemas sociais, mas eram eficientes para o desenvolvimento bélico (HAYASHI, 2004).

Hayashi (2004, p. 88) citando Velho (1985) afirma que “esses países começaram a adotar técnicas e instrumentos mais explícitos que permitissem a detecção e o entendimento das atividades científicas”.

A avaliação científica constitui elemento importante para conhecer a *expertise* e o conhecimento existente nas instituições de pesquisa. A avaliação também funciona como instrumento para tomada de decisões sobre a alocação de recursos e investimentos e a capacitação de recursos humanos, permitindo orientar as pesquisas para o atendimento das necessidades das populações. A avaliação em ciência pressupõe diagnósticos e a utilização de métodos que permitam medir a produção e a difusão do conhecimento científico e o fluxo da informação (HAYASHI, 2004, p. 89).

Em relação ao cenário brasileiro, é a partir de 1970 que os estudos bibliométricos proliferam, “principalmente com os estudos realizados no Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação – IBBD, hoje Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica, IBICT” (ARAÚJO 2006, p. 21).

Na década seguinte, o interesse pela bibliometria sofre uma queda no Brasil e também no exterior, panorama que se modifica novamente na década de 90 com a possibilidade do uso do computador (ARAÚJO, 2006).

2.2.1 Coleta de dados

A base de dados escolhida para a realização da análise bibliométrica foi a Scientific Eletronic Library Online (SciELO) que se constitui :

uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da [FAPESP](#) - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a [BIREME](#) - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do [CNPq](#) - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (SciELO, 2009, p.1).

O levantamento dos artigos foi realizado em todos os exemplares disponíveis *online* de periódicos referentes à enfermagem e à saúde pública, no período de junho a dezembro de 2008. A escolha por essa base de dados já ocasionou um recorte temporal uma vez que possui publicações *on line* na íntegra disponibilizados pelos periódicos a partir de diferentes períodos, como observado nas tabelas abaixo.

Tabela 1

Disponibilização de exemplares *on line* dos periódicos de Enfermagem

Periódicos – Enfermagem	Anos	Volume e números disponíveis <i>on line</i>
Texto & Contexto – Enfermagem	2005-2008	4 v. 18n.
Revista da Escola de Enfermagem da USP Revista Latino-Americana de Enfermagem	2000-2008	10 v. 38n.
Revista Brasileira de Enfermagem	1993-2008	16 v. 85n.
Cadernos Pagu	2004-2008	5 v. 28n.
Acta Paulista de Enfermagem	2001-2008	s/v 16n.
	2005-2008	4 v. 17n.

Tabela 2

Disponibilização de exemplares *on line* dos periódicos de Saúde Pública

Periódicos – Saúde Pública	Anos	Volume e números disponíveis <i>on line</i>
Saúde e Sociedade	1992-2008	17 v. 40n.
Revista de Saúde Pública	1967-2008	42 v. 234n.
Physis: Revista de Saúde Coletiva	1997-2008	12 v. 27n.
História, Ciências, Saúde-Manguinhos	1994-2008	15 v. 57n.
Cadernos de Saúde Pública	1985-2008	24 v. 159n.

A identificação dos artigos ocorreu através da utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criados pela BIREME para uso na “indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas

bases de dados *LILACS*, *MEDLINE* e outras”. (BIREME, DeSC, 2009, p.01). Assim os DeSC empregados foram: Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária, Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Familiar, Enfermagem Holística, Educação em Enfermagem, Educação em Saúde, Cuidados de Enfermagem, Pesquisa em Enfermagem, Programa Saúde da Família, e Ciência, Tecnologia e Sociedade, bem como seus sinônimos classificados hierarquicamente.

Importante ressaltar que dos periódicos levantados quatro não exigem a utilização dos DeSC para aceitação do artigo e sua publicação, são eles: *Physis: Revista de Saúde Pública*, *Cadernos Pagu*, *Acta Paulista de Enfermagem e História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Esses periódicos deixam sob responsabilidade do autor a escolha das palavras-chave, o que pode ter ocasionado a não identificação de alguma produção na temática levantada.

Para a identificação dos periódicos utilizou-se a guia “Periódicos - Pesquisa” escolhendo-se o assunto “enfermagem” e posteriormente “saúde pública”. Feito isso, para cada um dos periódicos listados e na guia “Pesquisa de Artigos – Assunto”, digitou-se os descritores escolhidos.

Inicialmente pesquisaram-se os seis periódicos de enfermagem presentes na SciELO. Nesse primeiro momento 55 artigos foram considerados relevantes ao trabalho por se tratarem de produções na área de atenção primária referentes ao cuidado ao paciente hipertenso (ações de educação em saúde e enfermagem, levantamento epidemiológico, pesquisa em enfermagem em atenção primária).

Porém, durante essa análise preliminar demandou-se a expansão da procura para além dos periódicos de enfermagem, incluindo-se então os cinco periódicos de saúde pública.

Nestes periódicos, 46 produções foram consideradas relevantes de acordo com os mesmos critérios utilizados na escolha dos artigos dos periódicos de enfermagem.

Foram excluídas as produções repetidas e referentes a:

- outro nível de atenção à saúde (secundária e terciária)
- saúde do trabalhador (apesar de pertencer a atenção primária as pesquisas encontradas tratavam especificamente das condições de trabalho)
- não relacionadas a HAS (como câncer, AIDS/HIV, doenças transmissíveis, entre outras)

Essa distinção foi possível através da leitura dos resumos disponíveis.

Nos próximos parágrafos será realizada uma breve apresentação acerca dos periódicos nos quais se efetuou a busca pelos artigos expondo-se a missão de cada um. As informações abaixo-citadas foram fornecidas pelos próprios periódicos em suas respectivas páginas da *Web*, no item Sobre a revista (SCIELO, 2009).

A revista **Texto & Contexto – Enfermagem**, pertencente ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e a **Revista da Escola de Enfermagem da USP** são periódicos de circulação nacional e internacional e destinam-se a publicação de produção técnico-científica relacionada à área de saúde, especialmente de enfermagem.

Órgão oficial de divulgação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e do Centro Colaborador da OPS/OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, a **Revista Latino-Americana de Enfermagem** tem a missão de publicar bimestralmente os resultados de pesquisas científicas de enfermagem e outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde. É um periódico nacional, de circulação internacional.

Mais antigo periódico da enfermagem brasileira, a **Revista Brasileira de Enfermagem** é a publicação oficial da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) com o objetivo de divulgar a produção científica das diferentes áreas do saber da Enfermagem, incluindo a que expresse o projeto político da ABEn.

Publicação semestral e interdisciplinar os **Cadernos Pagu** tem a missão de ampliar e consolidar o campo de estudos de gênero no Brasil, suas áreas de interesse são: Antropologia, Sociologia, História, Ciência Política, Literatura, História da Ciência e Educação. Foi incluído no trabalho, pois aparece como um periódico da área de enfermagem na árvore de pesquisa da SciELO.

A **Acta Paulista de Enfermagem** destina-se a publicação de trabalhos científicos originais nas áreas de Ciências da Saúde.

Objetivando o desenvolvimento interdisciplinar do campo da saúde pública, a revista **Saúde e Sociedade** destina-se a publicações de trabalhos científicos originais nas diferentes áreas do saber, sobre práticas de saúde. É de periodicidade quadrimestral, passando a trimestral em 2009.

Publicada bimestralmente, a **Revista de Saúde Pública** da Faculdade de Saúde Pública da USP é inter e multidisciplinar, com o objetivo de publicar e disseminar produtos do trabalho científico relevantes a Saúde Pública.

Aberta para a produção na área de Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Ciências Humanas e Sociais e de Política, Planejamento e Administração em Saúde, a **Physis** passou a ser trimestral a partir de 2008 para atender a demanda, elevada após a revista figurar na SciELO.

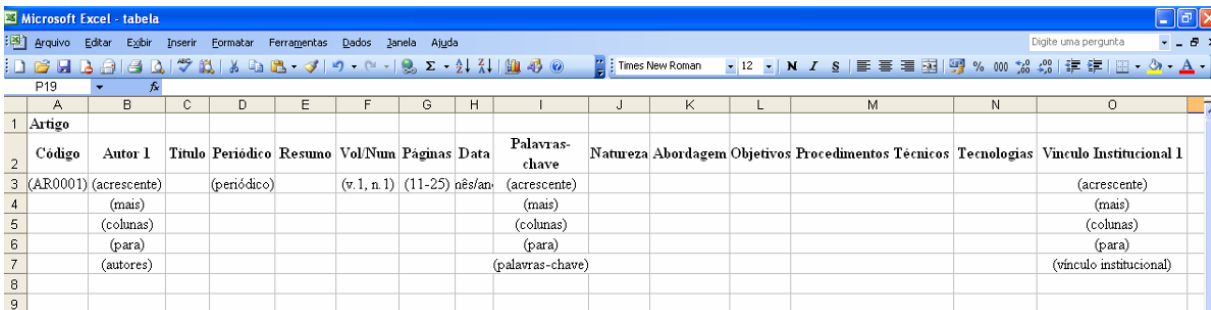
História, Ciências, Saúde – Manguinhos é uma publicação trimestral de uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz dedicada à documentação, pesquisa e museotecnica em história das ciências e da saúde.

Os **Cadernos de Saúde Pública** publicam artigos originais que contribuam para o estudo da Saúde Pública em geral e disciplinas afins foi trimestral de 1985 – 2000 (vol. 16), bimestral de 2001 (vol. 17) – 2005 (vol. 21), sendo mensal desde 2006.

2.2.2. Análise dos dados

Antes de transferir os dados para a ferramenta automatizada que auxiliou a realização da análise bibliométrica escolheu-se a planilha de dados do *Microsoft Excel* para a organização e melhor visualização das informações.

Como demonstrado na figura abaixo, os artigos selecionados foram agrupados numa única planilha e numerados em ordem crescente. De cada artigo selecionou-se nove campos: (1) autor(es), (2) título do periódico, (3) temática dos artigos, (4) natureza da pesquisa, (5) abordagem metodológica, (6) objetivos, (7) procedimentos técnicos, (8) Tecnologias em Saúde enfocadas pelos autores, e (9) Vínculo Institucional dos autores.



Artigo	Código	Autor 1	Título	Periódico	Resumo	Vol/Nun	Páginas	Data	Palavras-chave	Natureza	Abordagem	Objetivos	Procedimentos Técnicos	Tecnologias	Vínculo Institucional 1
	(AR0001)	(acrescente)	(periódico)			(v. 1, n. 1)	(11-25)	nºs/an.	(acrescente)						(acrescente)
		(mais)							(mais)						(mais)
		(colunas)							(colunas)						(colunas)
		(para)							(para)						(para)
		(autores)							(palavras-chave)						(vínculo institucional)

Figura 1- Modelo da planilha para organização dos dados

Destes campos, a categorização de Tecnologias em Saúde foi atribuída baseada na classificação proposta por Merhy (1997). Esse autor classifica as tecnologias

envolvidas no trabalho em saúde em: leves, que são as tecnologias de relações, ou seja, a questão do vínculo no PSF, as ações de educação em saúde, as orientações individuais ou coletivas, leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como os protocolos de atenção ao hipertenso propostos pelo município ou pelo MS, e dura que são os equipamentos tecnológicos, o financiamento das ações de saúde.

Para delineamento da abordagem metodológica foram utilizadas as formas clássicas de classificação das pesquisas de Gil (1991), conforme apresentado abaixo.

Tabela 3
Classificação das pesquisas segundo as dimensões metodológicas

Classificação	Tipo de pesquisa	Objetivos e características
Natureza	Aplicada	Gerar conhecimento para aplicação prática para a solução de problemas específicos
	Básica	Gerar conhecimento sem aplicação prática
Total		
Forma de Abordagem	Qualitativa	Interpretar fenômenos e atribuir significados. Não usa métodos e técnicas
	Quantitativa	Traduzir em números opiniões e informações para classificá-los e analisá-los
	Quantiquantitativa	Possui as características anteriores concomitantemente
Total		
Objetivos	Exploratória	Proporcionar maior familiaridade com o problema para explicitá-lo ou construir hipóteses.
	Descritiva	Descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis.
	Exploratória-Descritiva	Mantém características das duas pesquisas
	Explicativa	Identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos.
Total		
Procedimentos técnicos	Levantamento	Interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer
	Pesquisa Bibliográfica	Desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos
	Estudo de caso	É o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.
	Pesquisa Experimental	Elaborada a partir da determinação de um objeto de estudo, seleção das variáveis capazes de influenciá-lo e definição das formas de controle e observação dos efeitos das mesmas sobre o objeto
	Pesquisa Documental	Elaborada a partir de material que não recebeu tratamento prévio
	Pesquisa – Participante	Desenvolve-se a partir da interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas
Pesquisa-ação	Realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Pesquisadores e participantes representativos da situação/ problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo	
Pesquisa Expo-Facto	“Experimento” se realiza depois dos fatos	

Para preenchimento dos demais se utilizou das informações contidas nos resumos disponíveis. Porém, nem todos expunham em seus resumos esses dados completos,

gerando a necessidade da leitura integral dos artigos, busca de informações complementares através do acesso à Plataforma *Lattes* e até mesmo, interpretação, por parte da autora deste trabalho, das informações necessárias de acordo com o que estava disponível. Esta ocorrência foi mais presente nos campos referentes a natureza da pesquisa, abordagem metodológica, procedimentos técnicos, objetivos, vínculo institucional dos autores e Tecnologias em Saúde enfocadas pelos autores.

Abaixo é possível visualizar o estado da planilha após sua alimentação com as informações levantadas.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	D
	Código	Autor 1	Autor 2	Autor 3	Autor 4	Autor 5	Autor 6	Autor 7	Autor 8	Autor 9	Autor 10	Título	Periódico	Local	Vol_Num	Páginas	
1																	
2	(AR0001)	de Souza Albuquerque Moraes	Samantha Daisy O. Holanda									Adesão de contexto-	enfe'lorianopol	v. 14 n. 13	332-340	jul-1	
3		Universidade/Universidade de Fortaleza	SCV														
4	(AR0002)	Sonia Maria Jar Lício	Maria Lúcia Yeda Aparec	Ângela Maria Geraldo Pierin								Hipertensão: contexto-	enfe'lorianopol	v. 17 n. 02	241-249	abr-	
5		Universidade/Universidade/Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica															
6	(AR0003)	Klivia Reg Zélia Mari	Fátima Lu Anápolis Couto	Teixeira								Saber do z contexto-	enfe'lorianopol	v. 16 n. 2	263-270	j	
7		Universidade/Universidade/Universidade/Universidade de Fortaleza															
8	(AR0004)	Melina M. Sandra de Anna	Maria Chaves									Educação: contexto-	enfe'lorianopol	v. 16 n. 2	233-238	j	
9		Não referi	SCV														
10	(AR0005)	Klivia Reg Zélia Mari	Fátima Lu Helder de Pá	Viviane Lima de Sena								O process: contexto-	enfe'lorianopol	v. 16 n. 1	63-70	jan-	
11		Universidade/Universidade/Universidade de Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde															
12	(AR0006)	Maria de Rosita	Saupe									Modos de: contexto-	enfe'lorianopol	v. 14 n. 2	177-185	j	
13		Universidade/Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação Em Saúde															
14	(AR0007)	Hélène	Lapernière									Descobrir: contexto-	enfe'lorianopol	v. 16 n. 2	294-302	abr-	
15		University of Ottawa, School of Nursing															
16	(AR0008)	Suzecida Tibe	Assunção Ferreira									Perspective: contexto-	enfe'lorianopol	v. 16 n. 02	315-319	br-jr	
17		Universidade/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery															

Figura 2 - Representação da organização dos artigos escolhidos na planilha do *Excel*

Após a escolha e organização dos artigos, partiu-se para a realização da análise bibliométrica por meio da utilização do *software Vantage Point*. Esse *software* foi desenvolvido nos Estados Unidos por Alan Porter do *Georgia Institute of Technology* (Universidade da Geórgia) em parceria com a empresa *Search Technology* e o *Technology Policy and Assessment Center* (HAYASHI, 2004).

Constituiu-se em uma ferramenta automatizada de uso controlado, pois é necessário possuir a licença para sua utilização. Para o desenvolvimento desta etapa do trabalho utilizou-se o *software* pertencente ao Departamento de Ciência da Informação da UFSCar.

Antes de importar os dados para serem rodados no programa foi necessária a criação de máscaras para delimitar o que seria analisado, ou quais os tipos de cruzamentos cuja relação pretendia-se identificar. Para essa tarefa fez-se uso do *Microsoft Wordpad*.

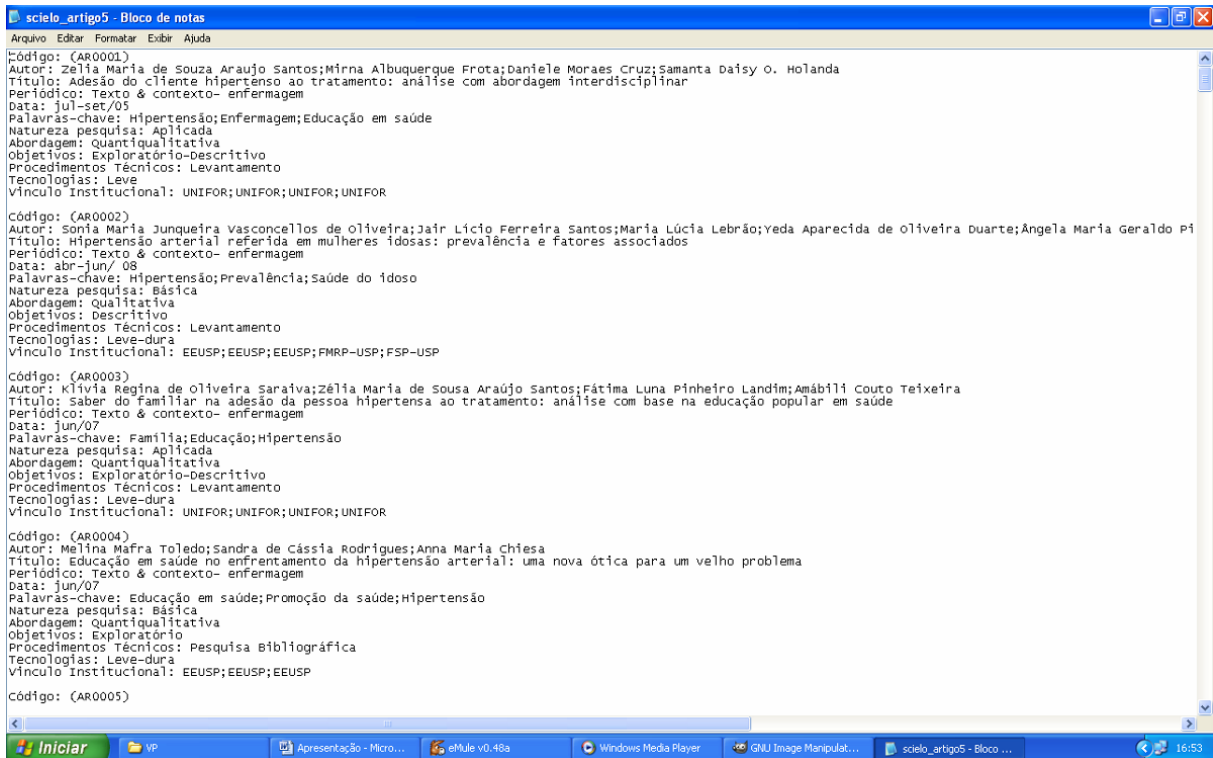


Figura 3: Exemplo de máscara criada para exportação dos dados para o *Vantage Point*

O uso de ferramentas automatizadas tem sido frequente nos trabalhos que envolvem análises bibliométrica, pois facilitam o trabalho do pesquisador, economizando tempo. O *Vantage Point* “identifica” as relações entre as palavras ou frases repetidas no arquivo, ou seja, ele conta o número de vezes que as palavras aparecem juntas no arquivo, portanto, quanto maior a ocorrência mais forte é a relação entre elas. Ao fazer isso, ele gera listas de frequência dos campos selecionados e as relações entre eles.

The screenshot shows the VantagePoint Reader software interface. The title bar reads "VantagePoint Reader - [helen dados]". The menu bar includes "File", "Edit", "View", "Sheets", "Window", and "Help". Below the menu is a toolbar with icons for file operations. On the left, there is a "Título:" dropdown menu and a status bar that says "0 Items, 0 Selected". The main area displays a table with the following data:

	# Records	# Instances	Períódico:
1	23	23	Cadernos de Saúde Pública
2	22	22	Revista Latino-Americana de Enfermagem
3	16	16	Revista de Saúde Pública
4	11	11	Texto & contexto- enfermagem
5	10	10	Revista da Escola de Enfermagem da USP
6	7	7	Revista Brasileira de Enfermagem
7	6	6	Saúde e Sociedade
8	5	5	Acta Paulista de Enfermagem
9	1	1	História, Ciência Saúde-Manguinhos

Figura 4: Exemplo da lista de frequência gerada pelo *Vantage Point*

As listas de frequência podem ser copiadas e coladas no *Microsoft Excel* onde podem ser elaborados gráficos e tabelas para representação dos dados.

2.3 Entrevistas

A segunda etapa foi composta pelas entrevistas com os enfermeiros das USF.

Foram realizadas entrevistas semi estruturadas mediante a utilização de um roteiro com questões fechadas para caracterizar os sujeitos da pesquisa e questões norteadoras (APÊNDICE A) que visavam extrair do discurso do entrevistado as representações sociais (RS) de ciência, tecnologia e inovação em saúde através da descrição de suas atividades junto ao paciente hipertenso na unidade, pautando-se no referencial teórico das Representações Sociais de Serge Moscovici que considera que estas não são homogêneas e não são partilhadas igualmente por toda a sociedade, mas partilhadas na heterogeneidade das desigualdades sociais (MOSCOVICI, 1978).

2.3.1 Representações Sociais

Para Jodelet (1989, p.36) a representação social “é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social”.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposta do Serge Moscovici em sua tese de doutorado publicada em 1961 *Psychanalyse, son image et son publique*. A partir do conceito de representações coletivas de Durkheim, ele estudou as maneiras como a psicanálise era representada, difundida ao público parisiense.

Ao falar em RS, Moscovici considera a continuidade entre o universo exterior e do indivíduo ou grupo, assim “o objeto está inscrito num contexto ativo, dinâmico, pois que é parcialmente concebido pela pessoa ou coletividade como prolongamento de seu comportamento e só existe para eles enquanto função dos meios e métodos que permitem conhecê-lo” (MOSCOVICI, 1978, p. 48).

As RS interagem entre si constantemente, em todo o universo cotidiano. Elas estão presentes na maioria das relações sociais, dos objetos produzidos e consumidos e das comunicações estabelecidas. Estão sempre se transformando para manterem-se integrantes da vida cotidiana da sociedade.

Por se originar de vários conceitos provenientes da Sociologia e da Psicologia, Moscovici afirma que facilmente se apreende a realidade das RS, o mesmo não ocorrerá com o seu conceito.

O que se pretende nesse momento é apresentar os processos que definem a dinâmica das RS para fornecer um explicativo para os resultados obtidos. Seus processos formadores constituem-se de duas fases: objetivação e ancoragem.

A objetivação consiste na materialização das idéias, imagens ou figuras. É a ação de tornar o abstrato concreto, transformar o conceito em objeto. A ancoragem consiste na incorporação de elementos novos de saber em marcos de referência anteriormente conhecidos, ou seja, é o enraizamento social da representação, cuja função é integrar cognitivamente o objeto representado num sistema de pensamento preexistente.

Apesar de parecerem opostos, esses dois processos são complementares, simplificando, pode-se dizer que o primeiro cria a realidade, mas é o segundo que lhe dá significação.

A representação social estabelecida por esses processos garante certa estabilidade epistemológica ao objeto representado ...Transformando o complexo em simples e o estranho em familiar ela permite uma integração “suave” do novo e do desconhecido. Mas estabilidade não significa rigidez, e continuidade não implica determinação. Assim, as representações sociais vão evoluir, tornar-se específicas, mas manterão suas características fundamentais iniciais (CHAMON, 2007, p.38).

2.3.2 Sujeitos

Os sujeitos selecionados para o desenvolvimento desta etapa da pesquisa foram os enfermeiros das USFs da cidade de São Carlos.

A saúde em São Carlos está dividida em cinco administrações regionais de saúde que possuem 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 Unidades de Saúde da Família (USF) incluindo uma em Água Vermelha e Santa Eudóxia, áreas rurais, com 15 equipes de

saúde da família (ESF), porém uma dessas equipes não possuía, no momento da coleta de dados, um enfermeiro à sua frente, motivo pelo qual se reduziu o universo a 14 profissionais.

Foi realizada uma aproximação inicial com os profissionais dessas unidades, através de contato telefônico com o intuito de apresentar os objetivos do trabalho, identificar o interesse do profissional em participar e então se estabelecer data e horário adequados à realização da coleta de dados através de entrevistas.

2.3.3 Coleta de dados

Segundo Minayo (1996), a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo, através da qual podem ser obtidas informações objetivas e subjetivas.

... a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários, referentes a fatos, idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos. (MINAYO, 1996, p.108)

As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro e março de 2009, com data e horário escolhido pelo entrevistado, no próprio ambiente de trabalho, com duração de aproximadamente 35 minutos. As mesmas foram gravadas e transcritas para aproveitamento do discurso do sujeito em sua totalidade na análise dos dados.

A coleta de dados ocorreu somente após aprovação do projeto pela Direção do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos (ANEXO A), do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (ANEXO B) e após assinatura pelos sujeitos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

2.3.4 Análise das entrevistas

As entrevistas foram transcritas e o conteúdo do trabalho dividido em duas fases: uma análise léxica quantitativa, com o auxílio de um *software* denominado *ALCESTE*

4.7 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte*) que permite delimitar as classes semânticas, e uma análise qualitativa sob a luz da TRS.

Esse *software* foi desenvolvido em 1979, na Universidade de Toulouse II (França), por Max Reinert e possibilita uma análise quantitativa de dados em um texto, denominado de corpus de análise, com base na distribuição lexical (conjunto de vocábulos) delimitando as classes semânticas (significado das palavras), em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras no texto (REINERT, 1990). Quantifica o número de vezes que determinadas classes de palavras aparecem, sendo necessário que o corpus de análise possua no mínimo 70 mil caracteres.

Seu uso também não é livre, havendo necessidade de possuir licença. Para esta etapa houve colaboração de uma docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O *ALCESTE* facilita o trabalho em classificar e organizar as informações levantadas nas entrevistas, ação que também poderia ser realizada sem o mesmo instrumento, porém com demanda de tempo maior.

Neste trabalho, o corpus de análise consistiu nas 14 entrevistas transcritas realizadas com os enfermeiros das ESFs de São Carlos, sendo que cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (uci) e são separadas por uma linha de comando que informa o número de identificação do entrevistado e as variáveis importantes ao delineamento da pesquisa (neste caso: faixa etária, instituição de formação, tempo de formação, tempo de atuação em atenção básica, tempo de atuação em atenção básica em São Carlos) (CAMARGO, 1988). Para caracterizar cada entrevista (uci) foram consideradas as seguintes variáveis: indivíduo (ind) (cada entrevistado recebeu um número cardinal em ordem crescente de acordo com a realização das entrevistas), idade (id), instituição onde se formou (inst), tempo de formação (tform), tempo de atuação em atenção básica (tab), tempo de atuação em atenção básica em São Carlos (tbasc), essa variável foram codificadas numericamente, como apresentado pela figura abaixo.

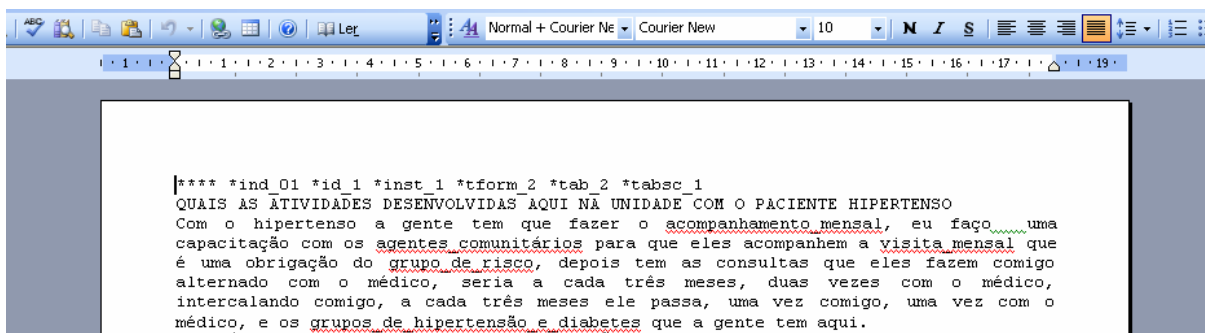


Figura 5: Caracterização das unidades de contexto inicial

A partir destas unidades, o *software* procedeu à fragmentação do texto obtendo-se as Unidades de Contexto Elementar (uce) que são caracterizadas por pequenos trechos das entrevistas, definidos levando-se em consideração a dimensão do texto respeitando a pontuação e a ordem de aparição das palavras. A partir daí foram formadas as classes (conjunto de uce com o mesmo vocábulo), que de acordo com a relação com o objeto de pesquisa possibilitou a identificação das RS dos sujeitos acerca do objeto pesquisado.

Essa análise realizada com o *ALCESTE* é composta por cinco etapas:

1. Definição das unidades de contexto elementares: corresponde à divisão do texto e é também a etapa onde o programa efetua operações simples, como a supressão de acentos e maiúsculas e o reconhecimento das locuções mais usuais. As u.c.e. são as unidades mínimas que compõe essa divisão.
2. Busca das formas reduzidas: uma mesma palavra pode apresentar-se sob diversas formas em função das marcas de plural, conjugação, etc. Nessa etapa, o programa opera uma redução dessas formas múltiplas a uma forma de base, que será utilizada na seqüência da análise. As formas reduzidas representam a operacionalização dos lexemas. Elas constituem as unidades de registro. O contexto da unidade de registro é a u.c.e.
3. Definição das tabelas de dados: são criadas tabelas lógicas que cruza, nas linhas as u.c.e. e, nas colunas, as formas reduzidas. Essas tabelas são em seguida usadas na análise de ocorrências simultâneas.
4. Busca das classes: a partir da tabela lógica já definida, o programa efetua uma Classificação Hierárquica Descendente das unidades analisadas, resultando nas classes de discurso, ou mundos lexicais. O dendograma da classificação permite visualizar a organização das formas reduzidas na classe.
5. Arquivos de auxílio à interpretação: termina a análise, o programa cria diversos arquivos de auxílio à interpretação dos resultados obtidos. Entre eles, o arquivo de descrição do perfil das classes (lista das palavras contidas nas classes), o arquivo das u.c.e das classes (lista das u.c.e. de cada classe, o que permite posicionar as palavras no contexto original) e também o arquivo do anti-perfil das classes (lista das palavras pouco ligadas a uma classe) (CHAMON, 2007, p. 42).

Todas as etapas do *software* são automatizadas, uma vez iniciado o processo de análise dos dados não há como interrompê-la para acrescentar ou suprimir informações.

O *software* trabalha com a ocorrência e co-ocorrência de todas as classes de palavra encontradas no texto e uma análise quantitativa através do χ^2 (qui-quadrado) sendo

necessário para análise das classes realizar uma leitura das palavras significativas para a pesquisa, excluindo-se, portanto, artigos, pronomes, advérbios, interjeições, alguns verbos, entre outras. No presente trabalho considerou-se relevante as palavras com frequência superior a 50%, $\chi^2 > 2$, e significativas para a pesquisa, sendo que o restante foi excluído da análise das classes.

O corpus de análise, constituído pelas entrevistas, foi dividido pelo programa em 613 uce e destas 398 uce foram selecionadas para análise, ou seja, aproximadamente 65% do material. A partir dessa primeira divisão formaram-se cinco classes, onde o *software* distribuiu as uce presentes em cada uma.

A partir da formação das classes pelo *software*, que organizou o conteúdo das falas de acordo com sua proximidade de significados, foi realizada uma análise de discurso temática-categorial. Esta consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações objetivando através de “procedimento objetivos e sistemáticos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens” (Bardin, 1977, citada por OLIVEIRA, 2008, p. 570).

Através da análise do discurso tem-se acesso aos conteúdos explícitos ou não pelos entrevistados.

Para o emprego desta técnica faz-se necessário seguir algumas etapas propostas por Bardin, como:

1. Pré análise: consiste na definição do corpus de análise.
2. Exploração do material: é a transformação sistemática dos dados e sua agregação em unidades.
3. Tratamento dos resultados: é a quantificação simples dos dados.

Todas as etapas acima descritas, de organização do material, foram realizadas pelo *ALCESTE*, porém para a interpretação dos resultados partiu-se para a leitura flutuante, onde as entrevistas transcritas foram lidas exaustivamente em sua totalidade, permitindo a identificação de algumas hipóteses provisórias sobre o conteúdo analisado.

Após a leitura flutuante, realizou-se a leitura das palavras que compuseram cada classe fazendo-se uma caminho de ida e volta ao seu contexto original (entrevista) de forma a validar ou não as hipóteses sugeridas no momento anterior.

Por si só as palavras agrupadas nas classes não tem significação, mas diante das questões que nortearam este estudo e a TRS foi possível dar-lhes forma, significado,

conteúdo. As classes são diferentes entre si, mas mantêm relações à medida que são provenientes de um único corpus.

O resultado da análise das classes será apresentado no item seguinte em forma de tabelas seguidas por explicações discursivas.

3 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados das duas etapas que conformaram o percurso metodológico deste trabalho.

Para melhor compreensão, a apresentação dos resultados se dará em duas etapas:

1. análise bibliométrica dos artigos
2. análise das entrevistas

3.1 Análise Bibliométrica dos artigos

A seguir, serão apresentados os indicadores bibliométricos dos artigos referentes aos cuidados de enfermagem ao paciente hipertenso em atenção básica publicados nos periódicos de enfermagem e saúde pública disponíveis na SciELO.

Nessa etapa identificaram-se os seguintes indicadores: artigos publicados referentes ao tema, temáticas dos artigos, dimensões metodológicas dos artigos, as Tecnologias em Saúde enfocadas pelos autores, a vinculação institucional dos autores, região geográfica das instituições as quais os autores são vinculados, as relações entre as instituições e as Tecnologias em Saúde enfocadas, os procedimentos técnicos utilizados e as Tecnologias em Saúde envolvidas, e os procedimentos técnicos e a abordagem metodológica.

3.1.1 Artigos publicados referentes ao tema

Na tabela 4 encontra-se o número de artigos analisados neste trabalho distribuídos por periódicos.

Ressalta-se que dos 11 periódicos estudados, dois deles, encontram-se com a contribuição igual a 0. O Caderno Pagu não forneceu nenhum artigo relevante ao tema do trabalho e a Physis: Revista de Saúde Coletiva forneceu alguns artigos já contemplados em outros dos periódicos estudados.

Tabela 4

Artigos selecionados nos periódicos de Enfermagem e Saúde Pública referentes ao cuidado em hipertensão arterial na atenção primária

Periódico	Artigos selecionados
Cadernos de Saúde Pública	23
Revista Latino-Americana de Enfermagem	22
Revista de Saúde Pública	16
Texto & Contexto- Enfermagem	11
Revista da Escola de Enfermagem da USP	10
Revista Brasileira de Enfermagem	7
Saúde e Sociedade	6
Acta Paulista de Enfermagem	5
História, Ciência Saúde-Manguinhos	1
Cadernos Pagu	0
Physis: Revista de Saúde Coletiva	0
Total	101

Observa-se que os artigos selecionados concentram-se nos três periódicos com maior número de volumes e números disponíveis *on line*, porém como descrito anteriormente há uma preocupação dos periódicos em aumentar seu número de publicações por ano, diminuindo o período de publicação devido a crescente demanda pela exposição do mesmo na SciELO.

Outro fato curioso é que há um maior número de publicações em periódicos que não são específicos da área de enfermagem, e sim de saúde pública, indicando talvez que há um número maior de profissionais ligados à saúde, mas não enfermeiros, publicando sobre a temática.

3.1.2 Temática dos artigos

De acordo com Silva (2008, p. 106) “a linguagem é o meio pelo qual se representa a ideia de um texto científico (...) algumas áreas possuem classificação predeterminada, vocabulário controlado ou mesmo um *thesaurus*, os quais contribuem no processo de identificação do assunto e na padronização da linguagem utilizada”.

Na área da saúde há os DeSC criados pela BIREME e utilizados neste trabalho para a recuperação dos artigos justamente para manter a procura num universo controlado, focando o tema do trabalho, que é o cuidado de enfermagem prestado ao paciente hipertenso na atenção básica.

Dessa forma identificaram-se as palavras chave mais empregadas pelos pesquisadores. Salienta-se que abaixo são apresentadas todas as palavras utilizadas pelos

autores dos artigos selecionados, lembrando que cada artigo proporcionou no mínimo três palavras chave, sendo que apenas uma delas poderia ser um dos descritores utilizados para a busca

Tabela 5
Palavras-chave utilizadas pelos autores dos artigos estudados

Palavras-Chave	Frequência	Palavras-Chave	Frequência
Hipertensão	62	Antropologia	2
Enfermagem	14	Autocuidado	2
Programa Saúde da Família	14	Avaliação de programas	2
Fatores de risco	12	Comportamento	2
Atenção primária à saúde	11	Conhecimento	2
Educação em saúde	10	Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde	2
Epidemiologia	9	Criança	2
Pesquisa em enfermagem	9	Cultura	2
Diabetes mellitus	6	Diagnóstico de enfermagem	2
Saúde da família	6	Doenças cardiovasculares	2
Cuidados de enfermagem	5	Enfermagem familiar	2
Saúde do idoso	5	Equipe de assistência ao paciente	2
Assistência à saúde	4	Estresse	2
Educação em enfermagem	4	Estudos transversais	2
Idoso	4	Família	2
Obesidade	4	Fatores socioeconômicos	2
Papel do profissional de enfermagem	4	Inquéritos de morbidade	2
Enfermagem em saúde comunitária	3	Potássio	2
Política de saúde	3	Saúde	2
Promoção da saúde	3	Saúde do adulto	2
Saúde da mulher	3	Serviços de saúde	2
Saúde pública	3	Sódio	2
Sensibilidade e especificidade	3	Outras 99	1
Acesso aos serviços de saúde	2		
	Total		147

De acordo com a frequência das palavras-chave percebe-se que os autores utilizam as palavras que mais remetem ao tema, como: “hipertensão”, “enfermagem”. Observa-se que a palavra-chave “promoção à saúde”, tão vinculada à ação do cuidar em atenção primária, tenha aparecido tão distante das mais utilizadas para remeter ao cuidado de enfermagem ao paciente hipertenso.

Das 147 palavras-chave empregadas pelos autores para a caracterização de seus trabalhos oito condizem aos DeCS utilizados para a busca, são eles: “hipertensão”, “programa saúde da família”, “atenção primária à saúde”, “educação em saúde”, “pesquisa em enfermagem”, “educação em enfermagem”, “enfermagem familiar” e “enfermagem em saúde comunitária”. Sendo que em relação a estes, “hipertensão” também corresponde a 50% dos DeSC utilizados.

Durante a leitura dos artigos, teve-se a impressão de que a educação em saúde era predominante na temática dos estudos, mas ao avaliá-la como palavra-chave empregada ela aparece na sexta posição.

Silva (2008, p. 106) afirma que:

Existe certa confusão para o uso de palavras-chave ou descritores de assunto. Os descritores são termos que identificam assuntos em um vocabulário controlado que expressa conceitos de uma ou várias áreas do conhecimento. O uso de descritores facilita o acesso à informação, servindo de filtro entre a linguagem natural e a terminologia da área. A diferença entre palavra-chave e descritor é que o descritor obedece á estrutura de um vocabulário controlado, enquanto as palavras-chave dizem respeito a termos aleatórios, de linguagem livre ou natural.

3.1.3 Dimensões Metodológicas

Pela apresentação dos elementos que compõem as dimensões metodológicas é possível caracterizar a metodologia de pesquisa em saúde e em enfermagem apresentadas nos artigos, conforme apresentado abaixo.

Tabela 6
Classificação dos artigos selecionados segundo as dimensões metodológicas

Classificação	Tipo de pesquisa	Frequência
Natureza	Aplicada	68
	Básica	33
Total		101
Forma de Abordagem	Qualitativa	52
	Quantitativa	38
	Quantitativa	11
Total		101
Objetivos	Exploratória	41
	Descritiva	35
	Exploratória-Descritiva	18
	Explicativa	7
Total		101
Procedimentos técnicos	Levantamento	52
	Pesquisa Bibliográfica	24
	Estudo de caso	9
	Pesquisa Experimental	7
	Pesquisa Documental	6
	Pesquisa – Participante	2
	Pesquisa-ação	1
	Pesquisa Expo-Facto	0
Total		101

Através da tabela observa-se que foram mais frequentes os artigos que abordaram a ciência aplicada, de forma qualitativa, com objetivos exploratórios, utilizando-se mais o levantamento como procedimento técnico.

Esses dados permitem inferir que a pesquisa nessa área ainda manifesta-se com um caráter de delineamento, ou seja, os pesquisadores estão procurando caracterizar

essa área de pesquisa, algumas atividades são realizadas, mas com finalidade de identificação, caracterização e avaliação. Não há uma padronização sendo seguida pelos profissionais no cuidado ao hipertenso nesse nível de atenção. Algumas experiências são expostas com o objetivo de aperfeiçoamento.

3.1.4 Tecnologias em Saúde

Baseado no referencial de Tecnologias em Saúde (Merhy, 1997) identificaram-se as tecnologias enfocadas pelos autores nos artigos escolhidos.

Durante o levantamento dos artigos e a realização de das pesquisas sobre o tema proposto pelo trabalho teve-se a impressão de que as tecnologias de relação, portanto tecnologias leves, iriam se sobressair às outras, mas o achado nas publicações apontou para outra direção.

Tabela 7
Tecnologias em saúde enfocadas pelos autores

Tecnologias em saúde	Frequência
Leves	2
Leves-duras	77
Duras	22
Total	101

A tabela acima nos permite identificar que os artigos analisados propõem ou utilizaram em sua grande maioria as tecnologias leves-duras, ou seja, traziam como relatos de experiência ou propostas de atividades para o atendimento do hipertenso as ações integrantes do protocolo de atendimento aos pacientes com hipertensão do MS.

3.1.5 Vínculo Institucional

Identificar o vínculo institucional dos pesquisadores nessa temática é essencial uma vez que através desse dado torna-se possível destacar as instituições de maior destaque na pesquisa científica da área. A seguir, se encontra a tabela 8 com a relação do vínculo institucional dos pesquisadores e o número de autores pertencentes a cada instituição.

Tabela 8
Vínculo Institucional dos autores

Vínculo Institucional	Nº autores
Universidade de São Paulo – São Paulo	32
Universidade Federal do Ceará	8
Universidade Federal de Minas Gerais	7
Universidade Federal do Rio de Janeiro	7
Universidade Federal de Santa Catarina	6
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto	6
Universidade Federal de Pelotas	5
Universidade Estadual Paulista - Botucatu	5
Universidade de Fortaleza	5
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ	4
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	3
Universidade Estadual do Rio de Janeiro	3
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	3
Universidade Federal de São Paulo	3
Universidade Estadual do Ceará	3
Secretaria Estadual de Saúde – SP	2
Universidade Estadual de Maringá	2
Universidade Estadual de Campinas	2
Universidade do Sul de Santa Catarina	2
Universidade do Vale do Rio dos Sinos	2
Instituições com frequência menor que 1 (20)	38
Total	148

Identificou-se 148 autores vinculados a 58 instituições, sendo que destas 45 são Instituições de Ensino Superior (IES) e 29 públicas.

A quase totalidade da produção científica brasileira esta atrelada às Instituições de Ensino Superior públicas. A maioria das IES privadas no Brasil ainda não alcançou a excelência em pesquisas. Somente centros universitários e universidades, ainda que por força da lei, buscam a tríade: ensino, pesquisa e extensão. Essas instituições tradicionalmente não priorizam a pesquisa (SILVA, 2008, p. 131).

Neste trabalho confirma-se a prevalência das IES públicas, mas vislumbra-se a participação de outras instituições como secretarias estaduais e municipais de saúde, institutos de pesquisa, USFs, IES particulares, entre outros.

Realizando este trabalho em São Carlos, especificamente dentro da UFSCar, não se encontrou nenhum artigo referente ao tema de autores vinculados a essa IES, mas sabe-se que nos últimos anos o currículo do curso de graduação em enfermagem passou por um processo de mudança que contempla a necessidade de produções científicas já durante a graduação, bem como o estímulo à vinculação desses alunos a grupos de pesquisa e a projetos de extensão ou iniciação científica.

Avaliar o número de artigos por instituição tornou-se uma dificuldade, pois a quase totalidade dos artigos trazem mais de um indivíduo em sua autoria e grande parte deles possuem vínculos institucionais diferentes entre si.

3.1.6 Região das instituições onde os autores dos artigos têm vinculação institucional

De acordo com Silva (2008, p. 135) “geralmente, para se obter a contribuição de determinada região para uma área específica, é necessário verificar sua frequência na produção científica daquela área.” Dessa forma, neste trabalho considerou-se como indicador a região das Instituições a que os autores são vinculados. O resultado pode ser observado a seguir.

Tabela 9
Distribuição geográfica das instituições as quais os autores são vinculados

Natureza	Região	Autores
Nacional	Sudeste	88
	Sul	25
	Nordeste	24
	Centro- Oeste	3
	Norte	2
Internacional	Angola	1
	Colômbia	1
	Canadá	1
	Estados Unidos	1
	OMS	1
	Japão	1
Total		148

Pela tabela é possível visualizar que a maioria dos autores está vinculada a instituições localizadas na região sudeste, região que ainda detém o maior número de produções científicas referentes ao tema estudado e onde se concentram renomadas IES públicas com “certo tempo” e experiência nessa área de atuação.

Em relação aos artigos referentes às instituições internacionais mantém a predominância da região sudeste, pois os artigos foram produzidos em parceiras com IES localizadas nessa região, ou seja, o autor do artigo vinculado a Angola desenvolveu o projeto juntamente com pesquisadores da USP Ribeirão Preto, assim como o pesquisador do Alabama, já o grupo do Japão desenvolveu seu trabalho juntamente aos estudiosos da

UNIFESP e USP. Somente os outros três autores realizaram produções individuais. Mesmo assim, a colaboração internacional nos artigos estudados foi pequena.

3.1.7 Relação entre as instituições e as Tecnologias em Saúde enfocadas

Neste item foram relacionadas as instituições onde os autores são vinculados com as Tecnologias em Saúde enfocadas em seus artigos, obtendo-se a seguinte tabela.

Tabela 10
Instituições e Tecnologias em Saúde enfocadas

Instituições	Número de artigos Tecnologias		
	Leves	Leves duras	Duras
Universidade de São Paulo – São Paulo	--	25	07
Universidade Federal do Ceará	--	04	04
Universidade Federal de Minas Gerais	--	06	01
Universidade Federal do Rio de Janeiro	--	04	03
Universidade Federal de Santa Catarina	--	05	01
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto	--	03	03
Universidade Federal de Pelotas	--	02	03
Universidade Estadual Paulista – Botucatu	01	02	02
Universidade de Fortaleza	01	04	--
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ	--	04	--
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	--	03	--
Universidade Estadual do Rio de Janeiro	--	--	03
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	--	03	--
Universidade Federal de São Paulo	--	01	02
Universidade Estadual do Ceará	--	02	01
Secretaria Estadual de Saúde – SP	--	--	02
Universidade Estadual de Maringá	--	02	--
Universidade Estadual de Campinas	--	01	01
Universidade do Sul de Santa Catarina	--	02	--
Universidade do Vale do Rio dos Sinos	--	01	01
Universidade Federal de Juiz de Fora	--	01	--
Universidade Federal de Goiás	--	01	--
Universidade Federal Fluminense	--	--	01
Universidade Federal do Espírito Santo	--	--	01
Fund. Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências – EBMS	--	--	01
Universidade Federal do Amazonas	--	01	--
Universidade Federal de Alagoas	--	01	--
Escola de Saúde Pública – RS	--	01	--
Faculdade de Ciências e Letras São José do Rio Pardo	--	01	--
UBS Vila Romana – Secretaria Municipal de Saúde SP	--	01	--
Universidade do Alabama	--	01	--
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	--	01	--
Prefeitura Municipal de Araraquara	--	01	--
Universidade Agostinho Neto	--	--	01
Universidade de Guarulhos	--	--	01
Universidade Passo Fundo – RS	--	01	--
Universidade Federal do Mato Grosso	--	01	--
Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre	--	01	--
Hospital Dr. Odair Pedroso	--	--	01
Fundação Oswaldo Cruz – MN	--	01	--
Faculdade NOVAFAPI	--	01	--
Fundação Nacional de Saúde – Fortaleza	--	01	--
Universidade de Ottawa	--	01	--
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	--	01	--

Instituições	Número de artigos Tecnologias		
	Leves	Leves duras	Duras
Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia - IS – SP	--	01	--
UNESP – Araraquara	--	01	--
UNIVALI	--	01	--
Universidade de Antioquia	--	01	--
Sociedade Beneficente São Camilo Hospital Monsenhor Horta	--	01	--
UNIFEV	--	01	--
OMS	--	01	--
Universidade Federal do Piauí	--	01	--
Japanese-Brazilian Diabetes Study Group	--	--	01
Universidade Federal de Santa Maria	--	01	--
Universidade de Brasília	--	01	--
Universidade Federal de Ouro Preto	--	01	--
Hospital São José de Doenças Infecciosas	--	--	01
Total	02	77	22

De acordo com a classificação atribuída aos assuntos desenvolvidos nos artigos percebe-se que a grande maioria deles trabalhou duas ou somente uma das tecnologias. Uma única instituição, a UNESP-Botucatu, apresentou artigos que contemplaram as três, e nem se configurou como a instituição que mais produziu artigos relacionados ao tema

3.1.8 Procedimentos técnicos e abordagem metodológica

Em relação aos procedimentos técnicos empregados e a abordagem metodológica observou-se que o Levantamento, a Pesquisa Bibliográfica e o Estudo de Caso foram os mais empregados, e também foram os únicos que apresentaram trabalhos envolvendo os três tipos de abordagem metodológica.

Tabela 11
Procedimentos técnicos e abordagem metodológica

Procedimentos Técnicos	Abordagem metodológica		
	Qualitativa	Quantitativa	Quantitativa
Levantamento	22	23	07
Pesquisa Bibliográfica	20	01	03
Estudo de caso	06	02	01
Pesquisa Experimental	01	06	--
Pesquisa Documental	--	06	--
Pesquisa – Participante	02	--	--
Pesquisa-ação	01	--	--
Total	52	38	11

Empregando duas abordagens metodológicas, não concomitantes, e como procedimento técnico a Pesquisa Experimental, os autores deram preferência a abordagem quantitativa.

Os artigos que empregaram a Pesquisa Documental o fizeram de maneira quantitativa, e aqueles que empregaram a Pesquisa-Participante e a Pesquisa-ação foram qualitativos.

Pode-se dizer que predominou a abordagem qualitativa, reproduzindo uma característica da área de saúde, discussão desenvolvida no início deste trabalho.

Em relação ao Levantamento houve uma diferença mínima entre as abordagens qualitativa e quantitativa, diferente da Pesquisa Bibliográfica que foi essencialmente qualitativa.

3.1.9 Procedimentos técnicos e Tecnologias em Saúde enfocadas

Cruzando-se os procedimentos técnicos utilizados pelos autores no desenvolvimento dos trabalhos apresentados pelos artigos com as Tecnologias em Saúde enfocadas chegou-se ao resultado apresentado na tabela abaixo.

Tabela 12
Relação entre procedimentos técnicos e Tecnologias em Saúde

Procedimentos Técnicos	Tecnologias		
	Leves	Leves – duras	Duras
Levantamento	02	41	09
Pesquisa Bibliográfica	--	22	02
Estudo de caso	--	06	03
Pesquisa Experimental	--	02	05
Pesquisa Documental	--	03	03
Pesquisa – Participante	--	02	--
Pesquisa-ação	--	01	--
Total	02	77	22

O único procedimento técnico utilizado no qual foi possível encontrar os três tipos de tecnologia foi o levantamento, recurso também mais empregado no desenvolvimento dos trabalhos presentes nos artigos. Esse procedimento é utilizado para se identificar comportamentos, para isso é necessário o estabelecimento de uma relação direta com os sujeitos envolvidos, essa relação pode ocorrer através do vínculo, de relações interpessoais (tecnologias leves), ou com o uso de questionários diretos ou indiretos (tecnologias leves-

duras), ou também através da análise dos dados levantados com instrumentos automatizados (tecnologias duras).

Dos demais procedimentos o que teria possibilidade de apresentar a utilização de tecnologia leve seria o estudo de caso, mas nos casos estudados nenhum a empregou. O restante por empregarem instrumentais mais elaborados só poderia ser enquadrado nas tecnologias leves-duras e duras.

Assim a tecnologia mais encontrada foi a leve-dura, pois os autores fizeram uso de artigos científicos, livros, prontuários e exames físicos e laboratoriais no desenvolvimento de seus respectivos trabalhos.

3.2 Análise das entrevistas

3.2.1 Caracterização dos sujeitos

A aplicação do questionário fechado serviu para que pudéssemos caracterizar os sujeitos desta etapa do trabalho.

Os 14 sujeitos entrevistados têm acima de 25 anos, são formados em sua maioria a mais de cinco anos e a inserção na saúde pública ocorreu logo após a graduação.

Todos os entrevistados são do sexo feminino comprovando uma característica da área de saúde, principalmente da enfermagem, profissão considerada até a alguns anos vinculada ao gênero feminino, assim como a educação infantil, e todas as profissões que envolvem o cuidar o educar, historicamente ligadas à maternidade, atividade exclusiva das mulheres, como se observa na tabela abaixo.

Tabela 13
Caracterização dos sujeitos entrevistados

Indivíduo	Idade em anos	Instituição onde se formou	Tempo de formação em anos	Atuação em atenção primária em anos	Atuação em atenção primária em São Carlos em anos
01	28	FAMEMA	5	5	1
02	33	UFSCar	9	5	5
03	28	FAMEMA	4	2	2
04	27	FAMEMA	4	4	2
05	27	FAMEMA	5	5	1
06	27	FAMEMA	5	3	2
07	38	UNIMAR	15	14	2
08	47	UFSCar	25	10	8
09	28	USP SP	5	3	1

Indivíduo	Idade em anos	Instituição onde se formou	Tempo de formação em anos	Atuação em atenção primária em anos	Atuação em atenção primária em São Carlos em anos
10	27	UNIARA	5	3	3
11	28	FAMEMA	5	5	1
12	31	UFSCar	6	5	< 1
13	34	UFSCar	10	9	9
14	35	USP RP	7	7	2

Dessa forma, 43% dos entrevistados encontram-se na faixa etária de 25-28 anos, enquanto os outros 43% estão entre 29 e 36 anos. Graduaram-se em IES públicas há tempo igual ou superior a 4 anos 86%, sendo que esse período coincide também com o tempo mínimo de atuação em atenção básica da maioria, porém, quando transpomos isso para a atuação em atenção básica na cidade de São Carlos verificamos que 79% atua há menos de 4 anos nessa área e são profissionais em sua maioria também provenientes de IES fora da cidade e da região.

Em relação à instituição de formação dos entrevistados grande número é proveniente da FAMEMA, uma IES do estado de São Paulo que possui há alguns anos um programa de Residência em Saúde da Família.

3.2.2 Resultados do *ALCESTE* e análise das classes

O material selecionado para análise foi distribuído em cinco classes com suas respectivas uce, como visualizado na figura abaixo.

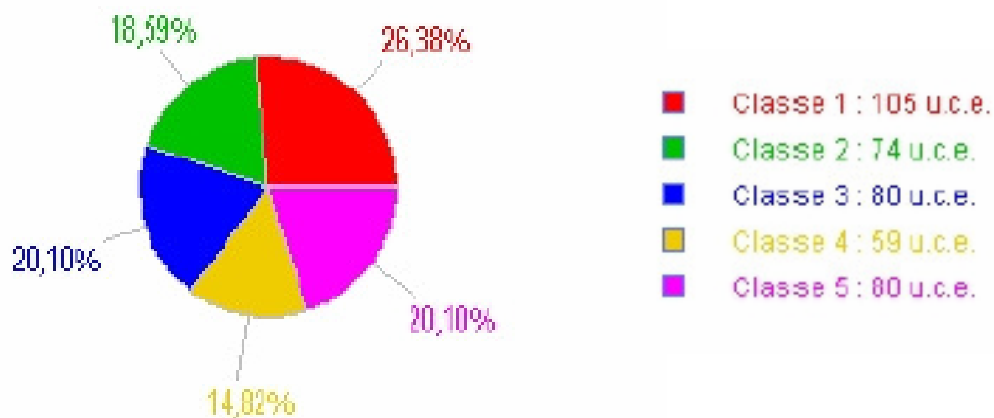


Figura 6 - Frequência das unidades de contexto elementares por classe
Fonte: Gráfico gerado pelo *software ALCESTE*

Observando-se o gráfico verifica-se que a Classe 1 (105 uce) representando 26,38% e as Classes 3 e 5 ambas com 80 uce o que corresponde a 20,10% do total analisado são as classes com maior representatividade.

As relações existentes entre as classes são explicitadas pelo próprio *software* através do dendograma, resultado da Classificação Hierárquica Descendente.

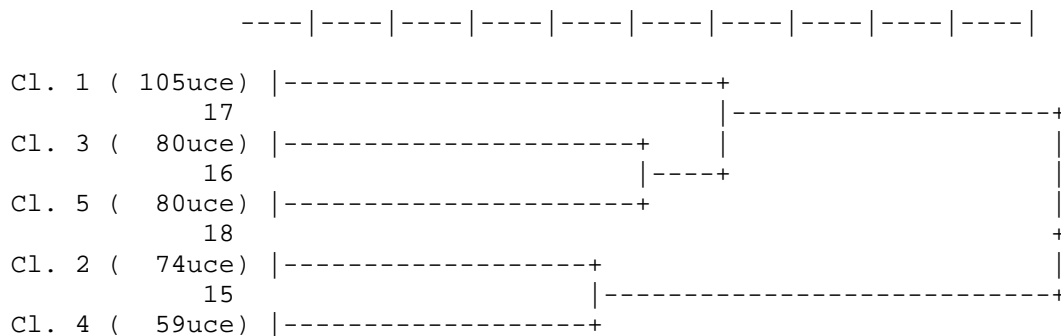


Figura 7- Dendograma das classes formadas na análise do *ALCESTE*
 Fonte: Dendograma gerado pelo *software ALCESTE*

O dendograma apresenta as classes formadas e suas relações. Através dele é possível verificar que as classes 3 e 5 se aproximam quanto ao conteúdo, ou seja, mais próximo está o discurso presente em cada uma delas, possuindo, porém idéias e sentidos distintos, o que justifica a separação em classes diferentes. Ambas se relacionam com a classe 1, sendo que esta também apresenta uma relação com as classes 2 e 4. Isto mostra que existem conteúdos comuns às quatro classes. Ao realizar a análise qualitativa das uce presentes em cada classe serão discutidos os discursos e as relações presentes nas classes formadas.

A tabela seguinte, construída a partir da análise dos dados fornecidos pelo *ALCESTE*, disponibiliza as palavras que aparecem nas classes e as variáveis.

Os dados nela apresentados seguem as orientações anteriormente apresentadas em relação a sua ocorrência e ligação com o tema deste trabalho, assim pode-se dizer que é uma tabela “limpa”.

Tabela 14

Unidades de contexto elementares que compõe as classes formadas a partir da análise do *software ALCESTE*

Classe 1 26,38%	Classe 2 18,59%	Classe 3 20,10%	Classe 4 14,82%	Classe 5 20,10%
*id_4 *ind_7 *inst_3 *tab_4 *tform_5 vid+er processo aluno+ reflexao usuario+ fale+ conversar saude dor discussão juntar trabalhar resolver cuidado+ import+ant perd+ pensar contra__referencia aprend+ estudo funcionar autonom< melhorar	*ind_6 *ind_1 agend+ questoes conhec+ frequencia receita+ idoso cuidador cadastro demand+er orient+er doutor+ horario+ visit+er contato participar atendido+ aberto+ segu+ controlado aliment< descontrolado consultas_medicas queixa	tecnologia+ internet estratégia+ residencia+ atividade+ trabalhe+ assunto sala_de_espera saúde_da_familia ministerio atencao atualizar trabalho+ profissio+ ciencia acesso rede funcionarios assistencia espaço+ cuidar educacao comunidade conhecimento+ área+ habito pratica+ avanço+ protocolo<	*tab_3 *ind_14 *inst_6 enfermagem control+er residente+ consulta_medica consulta_de_enfermagem peso atividade_fisica nutricionista exame+ orientacao acordo resultado+ aferi+ acompanhamento+ auxiliar_de_enfermagem pressao_arterial orientacoes enfermeiro+ individu< identifica aparelho+ abordagem apoio dieta+ encaminha avaliar queixa protocol<	*id_5 *ind_8 vinculo doenca causa+er patologia+ facilit+er comunicacao base+ problem< acolhimento+ idade mudar dificulta maior+ psf falta mudança+ invest+ir educar relacao educação__em_saude identificar informacoes agente_comunitario incentivo

3.2.2.1 Classe 1: Cuidar do paciente hipertenso é um processo

Analisando a seleção das falas que caracterizam essa classe compreendem-se melhor os conteúdos nela inclusos.

A classe 1 estabelece uma relação entre o atendimento ao paciente hipertenso e processo, ou seja, o tipo de cuidado que demanda esse paciente não poderá ser resolvido num único atendimento, numa única consulta, ou somente com a prescrição dos medicamentos necessários, mas é um processo que se inicia com a conquista desse paciente pelos profissionais envolvidos, trazendo-os até a unidade e mantendo-os em contato através dos grupos e atividades propostas.

Para estabelecer esse processo é necessário abandonar a visão mecanicista e adotar uma perspectiva do todo, indivisível, dinâmico, integral, onde as partes se interrelacionam.

O cuidar tem sido discutido nas suas múltiplas dimensões. As enfermeiras vêem as pessoas como seres totais, que possuem família, cultura, têm passado e futuro, crenças e valores que influenciam nas experiências de saúde e doença (SILVA e BATOCA, 2003, s/p).

Essa angústia em conquistar o paciente e tentar resolver o seu problema acaba frustrando o profissional, pois com receio de não conseguir fazê-lo nesse primeiro atendimento se cobra pela evasão do paciente. Como demonstrado pelo discurso abaixo.

Vocês acham que eu vou resolver isso em 3 horas? Então a gente cria essa angústia, expectativa de resolver. Indivíduo 7

Uma questão importante trazida pela Classe 1 é o fato de que como esse atendimento é um processo ele depende não só do envolvimento do paciente, mas também de suas famílias e faz-se necessário que elas sejam co-responsáveis pela melhora desse paciente estando inseridos nessas atividades.

Muitas pessoas que vivem sozinhas têm pouca compreensão do cuidado, principalmente educação, cuidado com alimentação, com a mudança de hábito, então a gente vê muitas pessoas que ficam sozinhas no seu autocuidado, não tem apoio familiar, não tem uma rede que dê assistência a ele, a equipe está procurando tentar ajudar. Indivíduo 6

Tentar colocar isso para eles: quem tem a doença é você, você tem que ver a necessidade para você, pra sua família. Então a gente faz esse processo de reflexão. A responsabilidade não é minha, não é da doutora. Mas colocar ele e a família como co-responsáveis desse processo. Indivíduo 7

Quando eles não têm o apoio da família também, no caso do idoso que não tem um cuidador na família, também dificulta muito. Indivíduo 2

Eu acho que se você consegue trabalhar os conceitos de saúde com a família, o atendimento do hipertenso é muito mais tranquilo, porque ele sabe o que é bom, o que é saudável, o que vai ser bom pra ele e pra família dele. E a família vai dar o suporte que essa pessoa precisa, porque esse é outro dificultador, porque o hipertenso e qualquer um que tenha uma patologia dessas, se ele não tiver suporte da família, no trabalho, por exemplo, a gente tem muitos hipertensos aqui de 45 anos que ta trabalhando e ainda vai trabalhar por muito tempo, e aí ele vai trabalhar na mesma fábrica, não tem uma dieta pra ele e ele nem fala lá. E às vezes ele faz algum serviço pesado, alguma coisa assim que não seria legal, ele poderia passar pra outra, então não tem esse suporte na medicina do trabalho e da família muitas vezes, e da sociedade em geral. Então falta isso. Indivíduo 8

De acordo com o discurso que compôs essa classe fica evidente que cuidar do paciente hipertenso no PSF não é só cuidar do processo patológico e suas conseqüências, ou do uso correto ou não da medicação, mas compreender o indivíduo dentro de seu contexto social, cultural, econômico, enfim, vê-lo de maneira integral.

A gente não procura olhar pra doença que a pessoa tem, mas é todo um contexto. Indivíduo 5

É importante não impor condutas, mas vagarosamente fazê-lo compreender o que está ocorrendo com sua saúde.

Aquele usuário que sai de casa 6 da manhã, que vai trabalhar na laranja, volta às 7 da noite e não faz o tratamento, não toma insulina, não toma medicação, que a pressão está sempre alta, como você faz esse processo? Ele sai 6 horas da manhã, ele cata 60 caixas de 20 kg de laranja no dia. Você sabe o que é pegar 60 caixas de laranja no dia? Aí ele não tem banheiro, ele tem que levar a marmita dele feita não sei quando e aí ele chega em casa e cama. Aí você vai querer abrir uma discussão com ele? Então a saúde não é importante pra ele? É importante pra ele ou é importante pra mim? Então eu tenho a minha graduação, eu tenho a minha instrução que isso é importante e que daqui algum tempo vai reverter em pró. Indivíduo 7

É um paciente assim, na maioria das vezes, tanto o diabético, como o hipertenso, ele dificilmente aceita que tem uma patologia, que tem a ver com a idade e que é uma coisa que dificilmente você vai parar de tomar medicação. Então eu acho que assim, a principal coisa que traz ele pra unidade é a maneira como você aborda a doença sem querer impor pra ele assim: Olha, você tá doente. Isso vai ser pro resto da vida. Não! Tem que tentar trabalhar com que ele, para que com o tempo vá aceitando e entendendo o que tá acontecendo com ele, entender a patologia. Então eu acho que ele acaba vindo mais pra unidade, acaba aderindo ao tratamento, dependendo do acolhimento e de como você vai esclarecendo pra ele a doença, a patologia. Não adianta você chegar e falar: Olha, você precisa tomar uma medicação porque você tem pressão alta, e aí? O que é? O que tá acontecendo com ele, ou às vezes ele até acha que vai tomar uma cartela da medicação e legal vai embora, já. Indivíduo 8

Um dos fatores colocados nessa classe é que ciência é conhecimento e para aqueles que estão no serviço assistencial buscar conhecimento novo é mais difícil, mas há facilitadores, como os alunos de graduação de cursos da saúde, que proporcionam esse contato com a universidade, que refrescam esse saber, tornam a prática inovadora à medida que relacionam a realidade encontrada no ambiente acadêmico e a pertencente à prática.

A ciência vem proporcionar o conhecimento e o conhecimento te dá todas as linhas de opções: se você quer, se você não quer. Então eu acho que a ciência traz isso de novo, ela estimula, ela reverte em forma de benfeitoria. O aluno traz algo do novo, tudo que é mais novo ele traz, ele reverte para o usuário, porque a gente fica aqui, você fica na lida, na coisa do fazer. Aí quando ele traz, traz outro processo, a reflexão. Indivíduo 7

Eu acho que mais assim, aqui a gente discute bastante, com a chegada dos residentes hoje também trazem bastante idéias, bastante estratégias, eu acho que a gente vai se apoderando mais no nosso dia-a-dia, junta toda a idéia de todo mundo, que isso todo mundo tem. Indivíduo 4

A literatura traz que:

A cooperação conjunta Universidade e Serviços de Saúde possibilita a troca de experiências muito saudáveis para ambas as instituições. Do lado da primeira contribui com a atualização frente às rápidas mudanças que ocorrem no setor saúde e conseqüentemente com um ensino dinâmico, realista e atual. Do lado dos serviços proporciona uma aproximação com elementos teóricos; e para ambas, uma fluidez na relação teoria-prática e pesquisas que respondam às necessidades do processo saúde-doença, bem como à organização das práticas sanitárias. (MISHIMA et al, 1997, p.17)

3.2.2.2 Classe 2: A demanda maior ainda é pelo atendimento médico

A avaliação das informações pertencentes à Classe 2 permite identificar que apesar da oferta de atendimentos ser grande, contando com diversas atividades e modalidades, como o multiprofissional, a demanda ainda é limitada ao atendimento médico-centrado, e isso acrescido ao fato de lidar com as mudanças de hábitos de vida torna-se um dificultador no atendimento ao paciente hipertenso.

Então é o foco, que até o próprio PSF prega que é a educação em saúde, a pessoa é educada pra não estar adquirindo as coisas ruins que vem com a doença, mas é uma coisa difícil porque ai vai do valor da pessoa, do valor médico centrado, onde eles estão acostumados a tomar o remédio, ir embora e acabou, não tem que fazer mais nada, não é mudança de hábito de vida, porque o que vai melhorar é o remédio, esbarra muito nisso. O grupo tem um ano, mas não é uma prática deles e muitas vezes eles querem o remédio e querem ir embora, é isso que eles querem então vir aqui pra adquirir informação, pra se cuidar com a informação ainda não, um ou outro fala que isso é uma coisa muito boa, que eles nunca tiveram isso. Indivíduo 1.

E ainda tem aquela coisa de achar que só vai tratar com remédio, então é difícil fazê-los mudar hábitos de vida; parar de fumar, fazer atividade física, olhar para o que esta comendo e como esta comendo, é bem difícil. Indivíduo 2

Isso ainda reflete a base do nosso sistema de saúde, que durante muitos anos de sua história investiu e estimulou a realização de ações curativas, prescritivas em detrimento de ações de educação em saúde para a prevenção de doenças e redução de agravos.

Ogata (2000, p. 112) faz a seguinte declaração:

Essa saúde centrada nos aspectos biológicos, essencialmente definida a partir de sinais e sintomas, retrata o modelo medicocêntrico, hospitalocêntrico e biologicista da década de 70 no Brasil. Tem como característica principal o pronto atendimento, enquanto clínica hegemônica, onde os profissionais de saúde trabalham com o modelo queixa-cura, que apresenta baixa resolutividade nos atendimentos, mas consegue garantir o acesso aos usuários.

As informações acima ainda se fazem presentes no cotidiano de trabalho desses profissionais.

Hoje, atualmente, a gente ainda considera que está reestruturando o atendimento ao paciente hipertenso e diabético. Porque quando a unidade inaugurou, apesar do atendimento a família, o conceito que tinha era o de pronto atendimento. As pessoas vinham aqui para buscar atendimento imediato, da queixa e pegar a conduta então era muita emergência hipertensiva, muita emergência com hiperglicemia, paciente descontrolado. Aí a equipe iniciou desse jeito. Pela imaturidade, pela falta de conseguir fazer essa educação eles atendiam como pronto atendimento. Indivíduo 6

Observa-se que a procura pelo serviço de saúde é impulsionada pela própria doença, buscando-se a cura da mesma e não o restabelecimento da saúde. Essa concepção se torna um dos grandes dificultadores para a adoção de um modelo de atenção à saúde voltado para a garantia da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Em alguns discursos verifica-se que a dificuldade de oferta de grupos e a falta de profissionais para completar a equipe perpetuaram esse comportamento.

Apesar de ser a primeira unidade, não tinha grupo de hipertenso e diabético, então eles não estavam acostumados a grupos, discutir. O grupo tem um ano, então é difícil começar, aderir. Indivíduo 1

E essas atividades do grupo são semanais, mas não tem uma boa adesão, são sempre as mesmas pessoas que vem. Eu acho que falta divulgação, porque a gente não consegue ir até a casa, ver como vivendo esse hipertenso, como que é a relação dele com a família, no trabalho então eu acho que falta a gente conhecer um pouquinho melhor essa nossa população de hipertenso, pra conseguir fazer com que eles se envolvam no tratamento. Indivíduo 5

Uma estratégia para atrair esse paciente para as atividades coletivas de educação em saúde foi transformá-las em atendimento agendado e vinculá-las ao fornecimento da receita.

A gente mudou a forma de acompanhamento. Antigamente eles estavam vindo, até pela rotina que era aqui em São Carlos, a cada 6 meses podia ficar com a receita, eles vinham a cada 6 meses e passavam por atendimento médico. Agora a gente mudou essa forma, a cada 3 meses, a gente tá até revezando, eles estavam em atendimento médico e em atendimento de enfermagem. E nesses intervalos ele tem que estar participando de um grupo também que a gente tá montando que é um grupo semanal, que é toda quinta feira de manhã, que é pra hipertenso e diabético. E no começo, como já tinha tentado outros modos de eles virem participar em um grupo, que a gente sempre quis montar o grupo, e aí eles até não vinham. Depois a gente pensou, e até no começo a gente juntou uma forma assim, se eles quisessem vir pra trocar receitas, aquelas coisas de exames de rotina que tem que estar renovando e tinha que estar participando de um grupo. Só que agora eles estão vindo mesmo sem precisar disso, então já é uma coisa que a gente gostou bastante,

que avançou bastante, então eles vêm independentes de todos que vêm nesse grupo que a gente meio que juntou. Indivíduo 4

Por permanecerem dependentes do atendimento vinculado a consulta médica, os hipertensos só buscavam a unidade para renovação de receita, que ocorria a cada seis meses. Esse comportamento levou a necessidade dos profissionais, baseados no protocolo de atendimento aos portadores de DCNTs, modificar esse fornecimento de receita, implantando as consultas de enfermagem intercaladas com as consultas médicas e os grupos.

Então passa primeiro pelo médico, na consulta médica se o paciente está controlado, em dois meses ele volta comigo, três meses ele volta no grupo e volta para o médico. Indivíduo 6

3.2.2.3 Classe 3: Produzir ciência é exclusividade do ambiente acadêmico

Os sujeitos que compuseram essa classe compreendem que é possível produzir ciência, mas que esta atividade é mais comum na área acadêmica

Eu acho que o grande x da questão da tecnologia é que várias pessoas que fazem estão dentro da universidade, faz pesquisa, escreve toda a pesquisa pra melhorar o dia-a-dia, o trabalho do pessoal que está na assistência, mas que nunca chega na assistência e outra o pessoal fica tão envolvido na assistência que não corre atrás, não tem tempo, não há um intercâmbio. Acho que falta estímulo também porque às vezes você quer fazer alguma coisa e o próprio pessoal sabota você, então não tem espaço pra você estar evoluindo. Indivíduo 1

Eu acho que tem pessoas mais, não envolvidas, mas que seguem essa linha até em ambiente de trabalho, que também é um lugar que com certeza dá pra você aplicar, mas aí pra você elaborar um projeto, uma pesquisa, saber, um profissional no trabalho, mas eu acho hoje em dia isso acontece muito na área acadêmica só. Indivíduo 4

Sabe-se que nos últimos anos tem havido um movimento de aproximação entre as IES e os serviços de saúde, justamente para sanar esse hiato, mas ambos ainda realizam atividades visando seus próprios objetivos, como demonstra Mishima:

O trabalho da academia “visa atender a uma finalidade de formação de agentes que se dirigirão ao mercado de trabalho e de produção de conhecimentos através da atividade de pesquisa, que, em última instância, será ‘consumida’ pelos serviços de saúde. Já os profissionais de saúde constituem-se em agentes envolvidos em um processo, cuja finalidade primeira volta-se para o atendimento das necessidades de cura ou de atenção à saúde de indivíduos ou grupos, processo este constituído no limite do técnico e político” Há, portanto, o estabelecimento de processos de trabalho distintos para o atendimento de finalidades igualmente diferenciadas, o que parece levar, em muitos momentos, a uma compreensão de que o desenvolvimento

do processo investigativo cabe apenas à Universidade (Mishima (1995) citada por MISHIMA e t al, 1997, p.17)

Identificam a incorporação de tecnologia em saúde no atendimento ao paciente hipertenso, através dos protocolos de atendimento do MS, da educação permanente dos profissionais, da internet como ferramenta de busca de informações acerca do problema ou para alimentação do cadastro do paciente no Hiper/Dia e assim o acompanhamento de sua evolução, das tecnologias do acolhimento, conversas, para propor o vínculo e promover a educação em saúde.

Enquanto enfermeira da rede a gente passa pela UFSCar para aprender a fazer a busca teórica, a educação permanente é uma tecnologia que a gente usa. A gente consegue na reunião de equipe discutir alguns temas. Foi muito legal, no ano passado, quando a gente tava implantando esse programa. Cada um tinha que procurar na internet algum tema, até mesmo o paciente, sobre hipertensão e diabetes. A gente trouxe, começou a avaliar. Então a gente trouxe da internet, dentro da reunião de equipe a gente conseguiu ver como era indicada uma maneira mais qualificada ou não, o que a gente podia confiar ou não. Então temos a internet que ajuda todos aqui por enquanto, todos sabem como mais ou menos procurar um artigo que fala sobre saúde, relacionado a maneira de trabalhar em grupo a educação, a gente usa a aprendizagem da própria pessoa, a bagagem dela, a gente procura não descartar a experiência de vida, eu acho que agente usa essa tecnologia aqui. É que eu te falei, a gente consegue enxergar a particularidade do outro, a gente usa a tecnologia em momentos individuais, atendimento comunitário, em grupos, palestras, sala de espera. Indivíduo 6

A gente procura buscar, assim, eu gosto muito dos programas do MS, mas também internet, revistas. Indivíduo 12

Dessa forma o PSF é considerado um facilitador, uma inovação no atendimento ao paciente hipertenso ao promover a mudança do conceito de atendimento médico-centrado para indivíduo-centrado.

Eu acho que aqui a gente tá num momento bem legal, fico bastante mobilizada de ver um usuário como um ser humano, que não é só: tem que tomar remédio, porque tem que tomar, então a gente entende que ele não toma, e não toma porque ele não compreendeu a língua, que é importante pra ele. A mãe dele viveu tantos anos então assim, a equipe entende que não é só o remédio, não é só o exame. Indivíduo 14

3.2.2.4 Classe 4: Recursos humanos é o elemento principal no atendimento ao hipertenso

A Classe 4 levanta a necessidade de uma equipe multiprofissional para atendimento adequado ao hipertenso. Uma equipe que trabalhe em sintonia a favor do paciente.

Quando ele vem buscar medicamento é aferida a pressão arterial e verificado se está tendo o controle da pressão e na abordagem quando há alteração da pressão,

identifica alguma alteração, é sempre feita uma orientação pelos auxiliares, pela enfermeira sobre os hábitos, o estilo de vida. Os resultados de exames também, mesmo quando da normal sou eu que dou o resultado passa por essa abordagem, as orientações E aí quando a gente não dá conta, a gente pede uma ajuda pros residentes, nutricionista, educadora física, pede uma ajuda pra eles. Indivíduo 14

Aqui o paciente hipertenso é acompanhado com a visita domiciliar quando é necessário, a cada três meses ele passa em consulta com o médico, com a enfermagem intercalando e, às vezes em consulta multiprofissional porque aqui nós temos uma equipe multiprofissional formada pelos residentes, temos também os grupos de caminhada, vivência, artesanato, atividade terapêutica que são propostos para que participem. Como aqui eu tenho condições de ter uma equipe multiprofissional fica mais fácil a gente construir um plano terapêutico porque nem sempre o problema da hipertensão é só fisiológico, muitas vezes ele tem um fundo psicológico então é possível marcar uma consulta com o psicólogo, ou se o problema não for da nossa governabilidade, que eu, nem o médico consiga resolver ai a gente pode encaminhar pro cardiologista. Indivíduo 3

Nesta classe dá-se grande importância aos recursos humanos envolvidos nesse processo de cuidar do paciente hipertenso.

Porém, nem toda USF tem o quadro de funcionários completo e nem a disponibilização da residência multiprofissional. Levando a realidades diferentes de atendimento.

O atendimento principal é o individual. Tanto pelo médico quanto pela enfermeira, trabalhamos em parceria. O tratamento do coletivo está um pouco de lado. Já se iniciou, mas não continuou. É difícil colocar responsáveis pra essa atividade que depende mais tempo e preparo pra realização. Acredito que o contexto da unidade também tem contribuído para essa dificuldade. Há dois anos não temos o quadro completo de agentes comunitários na unidade. Para mim a falta deste profissional também contribui para que as atividades coletivas fiquem prejudicadas. Mas, com a presença dos residentes muitas atividades coletivas foram organizadas. Mesmo após uma reflexão de como estas atividades seriam sustentadas após a conclusão dos dois anos de residência, não conseguimos manter várias destas atividades. Por um lado porque são muito específicas de acordo com a formação do residente por outro por falta de organização do tempo já que a comunidade hoje dá muito valor a consulta individual e principalmente, consulta médica. Somos engolidos por uma demanda louca. Claro que há todo um contexto histórico para isso. Indivíduo 11

A gente tem muitas ações que a gente ainda tem em mente para estar colocando em prática, não está totalmente estruturado porque está faltando pessoal, agora estão chegando os agentes comunitários e isso vai ajudar muito, ainda falta enfermeira pra uma das equipes, faltam alguns auxiliares de enfermagem, isso faz com que não seja do jeito que a gente quer ainda. Indivíduo 2

Eu sinto ainda que tá muito defasado isso, porque a gente não consegue ter uma aproximação maior, falta agente, a gente tem que ficar na USF, a gente não consegue ir até a casa, a gente tem que fazer a parte deles, e a gente não dá conta de fazer então falta muito sem o agente ele conhece, ele sabe ai, essa pessoa está com problema com marido, então essa atitude de conhecer realmente, comunicar-se como a comunidade vive eu acho que ainda deixa a desejar bastante. Dificulta? Falta de funcionários, porque a gente tem que resolver rápido, às vezes não dá atenção porque, às vezes a gente gostaria de se prolongar mais, falar mais alguma coisa, mas tem que ter um volume de atendimento menor para poder dar uma

atenção mais individualizada, mas a gente vai rápido, gente tem que ser rápido, senão não dá tempo de atender o restante Indivíduo 5

A falta de recursos humanos para o SUS e especificamente sua qualificação tem sido alardeada há algum tempo. Na IX Conferência Nacional de Saúde essa preocupação foi expressa da seguinte forma:

Reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais (NETO, s/ano, p.2)

Eu acho que a gente tá no caminho que tem que investir mais em recursos humanos, eu estou só com uma auxiliar de enfermagem, então fica difícil fazer atendimento domiciliário, então o atendimento fica prejudicado, porque você também tem um limite de dar conta disso, às vezes você acaba fazendo as coisas no corredor, fico incomodada mas não tem outro jeito. Então assim, eu acho que é uma coisa que tem que melhorar bastante, precisava ter substituta nas unidades, as capacitações um pouco mais próximas pra dar conta. Indivíduo 14

3.2.2.5 Classe 5: Vínculo como facilitador do trabalho com o hipertenso

A última classe traz o vínculo como grande facilitador no trabalho com o paciente hipertenso.

Eu vejo muita tecnologia leve no atendimento ao paciente hipertenso. Acho que o cuidado ao paciente hipertenso está muito ligado ao acolhimento, vínculo, orientação, relações entre as pessoas. Indivíduo 3

O vínculo é fundamental. Sem ter vínculo ele não consegue se abrir, não consegue falar o que está acontecendo, os sintomas que está tendo, e a gente não consegue ver qual a dificuldade que ele tá tendo com o tratamento, com dieta, com qualquer coisa e a gente não consegue atuar nessa dificuldade. Acho que o vínculo facilita bastante o principal da minha atuação como enfermeiras é a conversa mesmo, a orientação, formar vínculo, estabelecer laços de confiança. Acho que isso é o papel principal. Indivíduo 5

O vínculo é construído na relação entre usuário de profissional de saúde, relação essa que se dá em desequilíbrio, pois o primeiro procura o serviço de saúde em busca de assistência que cabe ao segundo prover, uma vez que está supostamente preparado para atender e cuidar da necessidade que levou o usuário a procurá-lo.

Porém não se pode relacionar o vínculo somente a conhecimentos técnicos e alguém que deles necessite, pois em sua construção também estão envolvidos afetividade, ajuda, respeito, visando estimular a autonomia no cuidado à saúde.

Em relação ainda as ações de saúde um estudo afirma que:

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se estabelece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009, p. 360).

3.2.3 Representações Sociais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: discurso e práticas em lados opostos

Considerada por Moscovici (1978) como modalidade de conhecimento particular cujo objetivo é a elaboração de comportamentos e comunicação entre os indivíduos, a representação social “determina o campo das comunicações possíveis, dos valores, idéias presentes nas visões compartilhadas pelos grupos, regendo as condutas desejáveis ou admitidas” (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

O autor da Teoria das Representações Sociais divide o universo de pensamento em duas classes:

- universos consensuais: correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana (nos quais são produzidas as RS e elaboradas as teorias do senso comum);
- universos reificados: referente aos espaços nos quais se produz e circulam as ciências e o pensamento erudito (MOSCOVICI, 1988).

São nesses dois universos que se encontraram as diferenças entre os significados atribuídos à ciência e a tecnologia.

Todos os entrevistados, sem exceção, afirmaram ser a tecnologia leve, traduzida pelo vínculo, acolhimento e relações, o principal, senão mais importante instrumento no trabalho com o paciente hipertenso, em todos os seus níveis, ou seja, no primeiro contato, quando o paciente é cadastrado no programa Hiper/Dia e nos seguintes que garantirão ou não o controle de sua doença. Essa concepção está presente no universo consensual dos entrevistados sendo obtida através do questionamento indireto sobre as

atividades junto ao paciente, tecnologias mais empregadas nessas atividades, os facilitadores nesse processo.

No PSF é o vínculo, é o acesso e o agente comunitário, porque a gente tem muito acesso ao paciente por causa dele, eles vêem, eles estão lá vendo tudo, a gente tem que ver as mil famílias eles vêem as cento e dez deles, é fácil, e o vínculo que a gente cria com eles que facilita também porque às vezes eles vem por causa de uma coisa mas a gente consegue estar trazendo pra essa consulta, as vezes uma dor nas costas, então já que está com a dor nas costas vamos ver também. Indivíduo 1
Eu vejo muita tecnologia leve no atendimento ao paciente hipertenso, quase não enxergo outro tipo de tecnologia, leve dura e dura eu acho mesmo que não tem nada, acho que o cuidado ao paciente hipertenso está muito ligado ao acolhimento, vínculo, orientação, relações entre as pessoas. Indivíduo 2

Dessa forma, o esperado era que o mesmo ocorresse ao serem indagados diretamente sobre ciência e tecnologia. Porém, o obtido foram respostas mais próximas às encontradas nos livros, mais formuladas e distantes do que apresentaram em seu trabalho.

A ciência foi relacionada em sua totalidade ao conhecimento, busca e/ou construção, proveniente dos livros, revistas, eventos relacionados à área, educação permanente, experiência de vida.

A tecnologia foi concebida como instrumento para obtenção, aplicação e avaliação desse conhecimento, conferindo-lhe um sentido de produto, um bem material.

Ainda se faz presente no universo reificado dos profissionais a compreensão da tecnologia como bem palpável, visível, portanto, de acordo com a classificação de Merhy (1997), tecnologia para ser reconhecida como tal tem que ser dura.

Os profissionais entrevistados não compreendem suas atividades, a aplicação de conhecimentos como tecnologias quando perguntados diretamente sobre o conceito.

A PRIMEIRA COISA QUE TE VEM NA CABEÇA QUANDO A GENTE FALA EM CIÊNCIA? Peraí, deixa eu pensar, ah assim, pra mim quando fala dessa palavra eu imagino estudo, ações sobre algum assunto, tudo o que se faz pesquisa, tudo o que se faz em prol de alguma coisa, saber melhorar ou buscar o conhecimento, buscar conteúdo, expandir um olhar sobre um determinado assunto. E TECNOLOGIA? São ferramentas? Sei lá, ferramentas, estratégias que podem ser utilizadas na ciência, não sei! Dá pra me orientar nisso, nessas duas palavras, mas eu acho que é isso mesmo. É um meio para um fim. Não sei, estratégias, ferramentas, instrumentos, num sei, que você utiliza pra alcançar onde você quer chegar, num sei. Indivíduo 4

O QUE É CIÊNCIA PRA VOCÊ? Engraçado que a gente usa vários textos, várias coisas, num sei assim... A PRIMEIRA COISA QUE TE VEM NA CABEÇA QUANDO TE PERGUNTAM QUANDO FALAM EM CIÊNCIA? Pra mim é conhecimento, conhecimento e a procura do conhecimento, porque assim a primeira coisa que me vem na cabeça quando fala em ciência é aquela coisa de criar em laboratório, o que é o laboratório? O laboratório nada mais é do que a procura do conhecimento, então ciência tem a ver com isso, procura do conhecimento e

desenvolvimento dele, aplicação dele. E TECNOLOGIA? A tecnologia, acho que é a maneira com que você faz que esses conhecimentos possam ser transformados, por aí, na cabeça, a tecnologia é como você aplica esse conhecimento pra melhoria de alguma coisa. A tecnologia você pega um conhecimento que você tem sobre determinada medicação, e com a tecnologia você vai desenvolvendo um medicamento baseado nesse conhecimento. Então tem a ver com a ciência, está sempre relacionada. Indivíduo 8

A primeira etapa deste trabalho mostrou resultado semelhante, pois propuseram ou utilizaram estratégias a partir das tecnologias leves-duras e duras em sua maioria. A leitura inicial dos artigos também levou a indução de que como aparentemente trabalhavam mais questões relacionadas a educação em saúde o faziam priorizando as tecnologias de relações, indiscutivelmente importantes no atendimento ao paciente hipertenso.

O que se observa, entretanto, é um desencontro entre o que está sendo pesquisado, e portanto, considerado mais importante pelos elementos envolvidos com a pesquisa, e o que os enfermeiros entrevistados valorizam como elemento essencial no atendimento ao paciente hipertenso.

Em relação as RS de inovação em saúde os sujeitos indicam como inovação as mudanças nas políticas de saúde que implantaram o acesso facilitado aos serviços de saúde e estratégias para promoção da saúde e prevenção de agravos através de novos protocolos de atendimento a esses pacientes, identificando-os antes mesmo de seu ingresso na unidade, ou seja, através de busca ativa. Assim a implantação do próprio PSF se conforma também em uma inovação, pois na atualidade, após adequações das políticas de saúde, melhorias das condições e estrutura de trabalho pode-se afirmar que o PSF está mais próximo de ser o que se propôs a ser, ou seja, a estratégia para a implantação da atenção básica de que atue de forma abrangente visando a qualidade de vida dos brasileiros.

Pode-se afirmar que as produções científicas estudadas têm como interesse principal a melhoria do atendimento ao paciente hipertenso na atenção primária, evitando o desgaste de ambos, profissionais e pacientes, no trabalho diário de conquista, acolhimento e controle do problema. A pesquisa está ultrapassando os muros das universidades, mesmo que timidamente, e está chegando até os serviços de saúde que identificam mais claramente em seu dia-a-dia as necessidades de saúde de sua população.

Os profissionais estão sendo preparados para atuar no programa, a maioria dos entrevistados são provenientes de uma IES cujo enfoque é a Residência em Saúde da Família, e apesar de não terem enraizado ainda o conceito da tecnologia leve é dela que fazem uso em seu cotidiano de trabalho junto ao paciente hipertenso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas têm sido as modificações ocorridas no atendimento à saúde pública e a mudança do modelo medicocêntrico e/ou centrado na doença é o desejo dos que trabalham com a criação das políticas públicas de saúde.

As práticas dos profissionais da atenção básica também acompanharam essas mudanças, mas ainda trazem enraizadas ações normativas centradas na doença e não no indivíduo inserido em diferentes contextos sociais.

É possível identificar um crescimento nas produções científicas nacionais acerca dos cuidados em atenção básica ao paciente hipertenso, demanda essa que tem extrapolado os muros das universidades contagiando também os profissionais que estão na área assistencial e não só acadêmica, mesmo que em menor escala.

Produzir ciência tem sido não só uma necessidade gerada pelos cursos de pós - graduação que tem esse como um de seus objetivos, mas também uma necessidade em divulgar tecnologias em saúde, compartilhar experiências, extrapolar a regionalização do cuidado e sua massificação.

A estratégia de Saúde da Família proporciona o vínculo como grande aliado no cuidado ao paciente hipertenso que ainda está muito ligado ao atendimento médico-centrado e medicamentoso, a educação em saúde exercida pelos profissionais desse nível de atendimento ainda esbarra na formação normativa proporcionada pelas universidades gerando dificuldades em sua adaptação para as reais condições de trabalho.

A falta de profissionais para compor a equipe e às vezes seu despreparo, a grande demanda de pacientes e a dificuldade de aceitação da população por um cuidado centrado no indivíduo e não na doença ainda são os grandes dificultadores deste processo.

O campo CTS, que norteou o desenvolvimento deste trabalho, propõe a desmistificação da ciência e da tecnologia ao propiciar seu ensino nas escolas, em todos os níveis e não só no superior. Ele incentiva a união entre as duas culturas, dos não cientistas e dos cientistas, visando uma aproximação maior entre o que é produzido e as necessidades demandadas, seja por parte dos profissionais envolvidos no processo do cuidar ou do próprio portador da enfermidade.

São as necessidades da população, nesse caso as necessidades em saúde, que demandam o desenvolvimento de ciência e tecnologias capazes de atendê-las, não mais a ciência pela ciência, mas sim guiada por um propósito que atenda não só quem a produz.

Porém o fato das produções científicas estarem vinculadas as IES reflete o que se encontrou nas entrevistas nas quais os sujeitos ainda delegam a produção de conhecimento àquele que está na universidade, fazendo o que denominam trabalho teórico, enquanto ele sim realiza o trabalho de verdade.

Em decorrência dessa visão as produções permanecem distantes das realidades enfrentadas por esses profissionais, à medida que propõe o uso de tecnologias leves-duras e duras como resolutivas para o cuidado com o paciente hipertenso em atenção primária, sendo que a tecnologia mais empregada, e segundo os entrevistados que mais surte resultados positivos nesse atendimento são as leves, embora nem todos as reconheçam como tecnologia.

O consumo de ciência e tecnologia ocorre em pequena escala por esses profissionais que acabam direcionando seu cuidado de acordo com os protocolos do MS que “chegam” até a unidade, mas o contato com os alunos de graduação e de residência amenizam essa defasagem ao proporcionarem essa ligação com o conhecimento novo e ao receberem desses profissionais o equilíbrio para lidar com a realidade, dessa forma há uma troca de conceitos, informações e o desenvolvimento de ações que beneficiam o paciente.

Com o desenvolvimento deste trabalho espera-se que contribua para caracterização da produção do conhecimento no cuidado em hipertensão arterial e para o campo dos estudos da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e em Enfermagem mediante divulgação de seus resultados em eventos regionais e nacionais e em periódicos da área, bem como o incentivo ao desenvolvimento de produções sobre esses elementos pelos profissionais da área.

Salienta-se que a amostra empregada por este estudo é limitada, porém há possibilidades ampliá-la utilizando-se como fonte de informações outras bases de dados, outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao hipertenso na própria atenção primária ou em outro nível de atenção.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO PIÑEDA, E. B. Apreciación social de la ciencia en la periferia . In: ACEVEDO PIÑEDA, E.B; NUÑEZ JOVER, J. (orgs.) **Apreciación social de la ciência em la periferia**. Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira; Cuba: Universidad de La Habana. Cátedra Colombia de CTS+I e COLCIENCIAS/OEI. p. 253-283 Disponível em:< www.oei.es/salactsi/acevedonunez.pdf >Acesso em: 31 out 2007.

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

ARAÚJO, C.A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**. v. 12, n. 1. Porto Alegre. Janeiro/ Junho 2006. p. 11-32.

BAIARDI, A. O apoio à pesquisa: uma visão histórica e as especificidades das ciências agrárias.In: SANTOS, L.W. dos et al (Orgs.). **Ciência, Tecnologia e Sociedade: o desafio da interação**. Londrina: IAPAR, 2004, 2ª Ed., 339p. p. 155-194.

BARREIRA, I. de A. A pesquisa em enfermagem no Brasil e sua posição em agência federal de fomento. **Revista Latino-americana de enfermagem**. v.1, n. 1. Ribeirão Preto. Janeiro 1993. p. 51-57.

BIREME. **Descritores em saúde**. Disponível em:< <http://decs.bvs.br/> >Acesso em: 12 out 2008.

BOEMER, M.R.; ROCHA, S.M.M. A pesquisa em enfermagem: notas de ordem histórica e metodológica. **Saúde e Sociedade**. v.5, n. 2. São Paulo: FSPUSP, 1996.p. 77-88.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005 p. 40 (Série B Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Série Cadernos de Atenção Básica n.15 ano 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs> Acesso em: 01 nov 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisar em saúde**. Série B Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão. Ano 2007. Disponível em:< www.saude.gov.br/bvs> Acesso em: 01 nov 2007.

BRASIL.Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E Legislações de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006.v.4 Brasília, 4ª ed.,2007.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ct_inovacao_saude.pdf> Acesso em: 20 jun 2008.

CAMARGO, B.V. **ALCESTE**: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social. CFH – Universidade Federal de Santa Catarina, 1988 (Mimeografado).

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

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

CHAMON, E.M.Q.O. Representação Social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. **Estudos de Psicologia**. v. 12, n. 1. São Paulo, 2007. p. 37-46.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. Discussão temática: Planejamento e Gestão para a Cidadania. p. 143-154. In: **VI Congresso Paulista de Saúde Pública**. Saúde na cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade? Anais. São Paulo: APSP, 1999. v. 2.

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

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2. Rio de Janeiro. 2004. p. 375-387. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 jul 2008.

HAYASHI, C.R.M. **Presença da educação brasileira na base de dados Francis ®: uma abordagem bibliométrica.** São Carlos: UFSCar, 2004. Dissertação de Mestrado.

HAYASHI, C.R.M. **O campo da História da Educação no Brasil: um estudo baseado nos grupos de pesquisa.** São Carlos: UFSCar, 2007. Tese de Doutorado.

HAYASHI, M.C.P. **Estudos clássicos e abordagens contemporâneas do campo CTS.** São Carlos, UFSCar: 2008. Material de apoio da disciplina CTS: Ciência, Tecnologia e Sociedade do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

JODELET, D. Représentation sociale: um domaine em expansion. In: _____. **Les representations sociales.** Paris: Presses Universitaires de France, 1989. p.31-61.

LOPEZ CERREZO, J.A. Ciência, Tecnologia e Sociedade: o estado da arte na Europa e Estados Unidos. In: SANTOS, L.W. dos et al (Orgs.). **Ciência, Tecnologia e Sociedade: o desafio da interação.** Londrina: IAPAR, 2004, 2ª ed., 339p. p. 11-44.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 8, n. 2. Rio de Janeiro, 2003. p. 403-415.

MERHY, E.E.; ONOCK, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997. 385p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 269p.

MISHIMA, S.M. et al. A relação universidade e serviços de saúde: construindo possibilidades de trabalho. **Revista Latino-americana de enfermagem.** Ribeirão Preto, v.5, n. 2, abr 1997. p.17-22.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2010.

MOREL, C.M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 9, n. 2. Rio de Janeiro,

2004. p. 261-270. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 11 jul 2008.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.291p.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representatio. **Eur. J. Social Psychol.** v.18, 1988. p. 211-250.

NETO, P.M.S. Recursos humanos em saúde no Brasil: a necessidade do planejamento. **Espaço para a saúde** (versão on line). Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/rhsbnp.htm>> Acesso em: 10 jan. 2010.

OGATA, M.N. **Concepções de saúde e doença** : estudos das representações sociais de profissionais de saúde. Ribeirão Preto:Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000. Tese de Doutorado.

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

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.16, n. 4. Rio de Janeiro, out/dez 2008. p.569-576.

REINERT, M. ALCEST- Une méthodologie d'analyse de données textuelles et une application. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, n.26, 1990. p. 24-54.

ROCHA, S.M.M.; OGATA, M.N.; ARANTES, C.I.S. A inserção da enfermagem nas políticas de ciência e tecnologia. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 56, n. 5. Brasília. Setembro/Octubre 2003. p. 558-562.

SANTOS, L.W. dos.; ICHIKAWA, E.L. Ciência, Tecnologia e Sociedade e a participação pública na ciência. In: SANTOS, L.W. dos et al (Orgs.). **Ciência, Tecnologia e Sociedade: o desafio da interação**. Londrina: IAPAR, 2004, 2ª edição, 339p. p. 241-272.

SÃO CARLOS. **A cidade – São Carlos Oficial**- Informações e publicidade. Disponível em: <<http://www.saocarlosoficial.com.br/acidade/>> Acesso em: 20 nov 2009.

SCHOR, T. Reflexões sobre a imbricação entre ciência, tecnologia e sociedade. **Scientiae studia**. São Paulo, 2007, v. 5, n. 3. p. 337-367. Disponível em: <http://scientiaestudia.org.br/revista/pdf/05_03_03.pdf> Acesso em: 01jul 2008.

SCIELO. Biblioteca científica eletrônica. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 02 jul 2008.

SILVA, D.M.; BATOCA, E.M.V. O conhecimento científico e a enfermagem. **Millenium on line. Revista do ISPV**. n.27. Abr 3003 Disponível em:<<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium27/13.htm>> Acesso em: 10 jan 2010.

SILVA, M.R. da. **Configuração do campo da educação no Brasil**: estudo bibliométrico da Revista Brasileira de Educação e da Revista Brasileira de História da Educação. São Carlos: UFSCar, 2008. Tese de doutorado.

SNOW, C. P. **As duas culturas e uma segunda leitura**: uma versão ampliada das duas culturas e a Revolução Científica. São Paulo: EDUSP, 1995. 128p. Trad.: Geraldo Gerson de Souza e Renato de Azevedo Rezende Neto.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. v.8, n. 2 Rio de Janeiro, 1998. p. 11-48.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada

Entrevista

Ficha de identificação

1. Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M() F()
2. Tempo de formação:
3. Instituição onde se formou:
4. Tempo de atuação em atenção básica:
5. Tempo de atuação em atenção básica em São Carlos:

Questões norteadoras

1. Qual o tipo de atendimento realizado com os pacientes hipertensos em sua unidade?
2. Como esse atendimento é planejado?
3. Diante dessa sua descrição e pensando no assunto desenvolvido nesse trabalho o que é ciência para você? O que é tecnologia? Onde e como você as encontra em seu dia-a-dia no atendimento ao paciente hipertenso?
4. Nos casos mais atípicos (com mais complicações e/ou resistências) você utiliza as mesmas orientações ou outras? Quais? Onde as identifica?
5. Quais os facilitadores que você identifica no cuidado ao paciente hipertenso?
6. E os dificultadores?
7. Você identifica mudanças nos cuidados ao paciente hipertenso? Quais? Elas facilitam ou dificultam? De que maneira?
8. Acerca das Tecnologias em Saúde há um autor que as classifica em três categorias: leves, leves-duras e duras, assim como você classifica seu trabalho com o paciente hipertenso?
9. Os dados levantados sobre as produções científicas em hipertensão arterial na atenção básica estão mais concentradas na educação em saúde, o que você acha disso?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Ciência, tecnologia e inovação em saúde: produção e consumo na assistência de enfermagem em hipertensão arterial” que se propõe a compreender os conceitos de ciência, tecnologia e inovação em saúde e sua relação com a prática profissional ao lidar com a hipertensão arterial na atenção básica através de suas representações sociais. Nesse encontro solicita-se que você fale sobre essas questões a partir de sua experiência profissional. Todos os aspectos que você abordar nessas várias perspectivas contribuirão para a compreensão das representações sociais de ciência, tecnologia e inovação em saúde e assim para a reflexão da qualidade de assistência prestada à população.

Você participa se estiver de acordo. Os riscos existentes referem-se somente ao desconforto gerado pela conversa, não haverá gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e poderá interromper nossa conversa quando quiser, sem qualquer penalização ou prejuízo. O que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado, assegurando seu anonimato.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento. O original ficará em posse do pesquisador.

Helen Cristina Pedrino

Rua Francisco Marmorato, 146 - Lagoa Serena – São Carlos – SP - Brasil

Tel. (016) 35012285

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos-SP-Brasil. Telefone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos / /2009

ANEXO A – Parecer do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos



Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
 Departamento de Atenção Básica
 Rua 9 de Julho N.º 1.599 - Centro
 Fone: (16) 3371-1716 e-mail: dab.saude@saocarlos.sp.gov.br

PARECER Nº. 022/08

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento de pesquisa intitulada "***Ciência, tecnologia e inovação em saúde: produção e consumo na assistência de enfermagem em hipertensão arterial***", de responsabilidade da estudante de pós-graduação em nível de mestrado, Helen Cristina Pedrino, sob orientação dos docentes Profª. Drª. Márcia Niituma Ogata e Prof. Drª. Maria Lúcia Teixeira Machado da UFSCar, cuja coleta de dados será realizada em 05 Unidades Básicas de Saúde e 05 Equipes de Saúde da Família do Departamento de Atenção Básica do Município de São Carlos.

Com relação à solicitação tenho a considerar que este Departamento nada tem a opor desde que:


- As entrevistas sejam pactuadas com a equipe para que não haja prejuízos ao cotidiano da Unidade;
- Que após a conclusão seja enviado os resultados para que possamos socializar aos demais profissionais do Departamento de Atenção Básica.

A pesquisadora deverá se apresentar à Equipe da USF ou supervisora da UBS portando cópia deste parecer.

A pesquisa só poderá ser iniciada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de origem.

Observação: às folhas de nº. 10 do Projeto há um equívoco. A SMS conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 Equipes de Saúde da Família implantadas em 11 Unidades Saúde da Família.

São Carlos, 09 de Junho de 2008.


 Marilda Siriani de Oliveira
 Diretora do Departamento de Atenção Básica

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFSCar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 1773.0.000.135-08

Título do Projeto: Ciência, tecnologia e inovação em saúde: produção e consumo na assistência de enfermagem em hipertensão arterial

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): Helen Cristina Pedrino, Prof^a. Dr^a. Márcia Niituma Ogata (orientadora)
Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Teixeira Machado (Co-Orientadora)

Parecer N^o. 374/2008

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

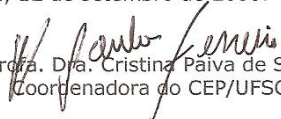
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 12 de setembro de 2008.


Prof^a. Dr^a. Cristina Paiva de Sousa
Coordenadora do CEP/UFSCar