

O QUE SE PESQUISA EM ENFERMAGEM

[What is researched in nursing]

Fátima Luna Pinheiro Landim*

Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes*

Maria Nazaré de Oliveira Fraga**

Marta Maria Coelho Damasceno**

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi analisar dissertações produzidas no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, buscando evidenciar relações entre essa produção intelectual e prioridades de saúde da população de Fortaleza. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que cobriu 48 dissertações defendidas no período de 1993 até março do ano de 1999. Como resultado do estudo, constatou-se que, ao contrário da enorme dinâmica em que se manifestam os fenômenos determinantes do processo saúde-doença na cidade de Fortaleza – seguindo assim uma realidade ditada pelo clima variável, a sazonalidade, os surtos e epidemias, bem como fatores socioeconômicos e os relacionados com a hereditariedade – as dissertações de mestrado, elaboradas e defendidas no intervalo de tempo considerado, mantiveram um mesmo perfil de abordagem, perfil caracterizado por grande variedade de temas desenvolvidos, sem que, necessariamente, figurem como foco principal de interesse processos mórbidos definidores da realidade epidemiológica local.

PALAVRAS-CHAVE: Dissertações acadêmicas; Prioridades em saúde; Pesquisa em enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela pesquisa é considerado fato ainda muito recente na história da enfermagem, vindo a acontecer somente a partir da década de 50. Embora se saiba que a produção intelectual se intensificou nos últimos decênios, como conseqüência, basicamente, da abertura dos cursos de pós-graduação, essa produção vem despertando críticas e requerendo progressiva capacitação dos pesquisadores no exercício do método científico (Bussinguer et al., 1997; Ciampone, 1997; Almeida et al., 1997). É que, junto com o

aumento da produção intelectual na enfermagem, se elevam os números das pesquisas que não chegam até os profissionais dos serviços, não sendo assim incorporadas e utilizadas na transformação das práticas.

Preocupados com essa realidade, representantes de órgãos nacionais e internacionais de apoio e financiamento de pesquisas têm voltado a sua atenção para um sistema de acompanhamento/avaliação dos programas de graduação e pós-graduação em enfermagem, bem como das demais áreas do conhecimento, visando, entre outros aspectos, à qualidade da produção científica e a 'viabilização' desta no exercício da enfermagem; o que Arcuri, 1994, aponta como condição que deve permear e traduzir o compromisso social e profissional dos pesquisadores.

Para a realidade específica das pesquisas em saúde, o critério de viabilização aponta, ainda, a necessidade de se estar permanentemente traçando relações de causa-e-efeito entre fatores de morbimortalidade e a interferência ambiental no processo saúde-doença das populações assistidas. Segundo Mendes (1997), deve-se priorizar aqui a investigação básica e aplicável; considerando, ainda, que a pesquisa, não necessariamente deva encerrar em si mesma, mas que consolide um corpo de conhecimento com potencial para tornar-se referência no desenvolvimento tecnológico e na articulação deste com as prioridades sociais de saúde.

Neste artigo, a especificidade das análises e reflexões está baseada no entendimento que temos da pesquisa em enfermagem como referência maior para o fortalecimento de uma prática comprometida com as prioridades de saúde das populações assistidas. O objetivo, portanto, é analisar dissertações produzidas no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), em certo período de tempo, buscando evidenciar relações entre essa produção intelectual e as prioridades de saúde da população de Fortaleza.

* Doutoradas em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem.

** Doutoradas em Enfermagem. Professoras Adjuntas do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem-UFC.

2 METODOLOGIA

Este estudo é da abordagem qualitativa, composto por dois momentos distintos que se complementam. No primeiro momento utilizamos a análise bibliográfica e estudo documental, para identificar e descrever as principais causas de morbimortalidade na população de Fortaleza, dentre aquelas que predominaram no período de 1993 até março do ano de 1999, intervalo de tempo referente ao desenvolvimento das dissertações contempladas por este estudo. Aqui, consideramos como fonte de dados os registros mantidos por órgãos públicos de notificação epidemiológica e os de consolidação estatística tidos como referência para o Estado do Ceará.

Vale, ainda, ressaltar que as principais causas de morbimortalidade para a população de Fortaleza constituem as informações que provêm de variadas e fidedignas fontes; mas que, embora com grau de variação aceitável pela OMS, são incompletas ou inexatas, o que reflete a subnotificação, condições inadequadas de registro, caráter de funcionamento e das rotinas de cada serviço.

No segundo momento, elegemos como amostra dissertações de mestrado, produzidas e apresentadas no intervalo de tempo de 1993 até março do ano de 1999. Um levantamento preliminar apontou a existência de 52 dissertações, mas duas não haviam sido entregues na versão definitiva até a data de encerramento de coleta de dados. A análise incidiu sobre 48 dissertações que tiveram Fortaleza como cenário de investigação. Duas dissertações não foram analisadas porque tiveram como cenário outros municípios.

A opção por desenvolver o estudo junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, mais especificamente junto ao Curso de Mestrado, deveu-se ao fato de que este recebe enfermeiras das diversas instituições de ensino e de serviço da cidade de Fortaleza, sejam elas públicas ou privadas, ocorrendo-nos que essa peculiaridade contribui para maior abrangência das problemáticas originadas nos mais diversos contextos de trabalho, o que, provavelmente, denunciaria a influência da realidade de morbimortalidade da cidade.

Elaboramos um instrumento que consta de quesitos de identificação, e que teve a função, entre outras, de evidenciar o período de desenvolvimento das atividades de cada pesquisa. Os demais quesitos utilizados para explorar as dissertações – *fonte de dados, foco da pesquisa, população-alvo, influências teórico-filosóficas* – foram formulados para evidenciar categorias que permitissem analisar as relações existentes entre essa produção científica da enfermagem e as prioridades em saúde para a população de Fortaleza.

A decodificação do instrumento originou dois quadros demonstrativos, a partir dos quais procedemos à análise dos dados.

3 RESULTADOS

3.1 FORTALEZA: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Fortaleza ocupa uma área de 336 km²; segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, até 1996 (data da última contagem populacional do país) sua população era de 1.967.365 pessoas; estando 78,61% delas situadas na faixa etária de 0 a 39 anos de idade. O percentual feminino era de 52% de toda população (Ceará Mulher, 1996).

Considerando a Taxa Média Geométrica de Crescimento estipulada em 2,17% pelo Instituto de Planejamento do Município-IPLAM, estima-se para o ano de 2001, uma população de mais de 2.300.000 habitantes vivendo na cidade de Fortaleza. O acelerado crescimento populacional justifica-se, em grande parte, pela atração que o município exerce como o maior pólo concentrador de atividades socioeconômicas do Estado.

Apesar do evidente progresso industrial e tecnológico, o município tem se destacado principalmente pela grande demanda, nas unidades de saúde, de pessoas portando doenças infecciosas passíveis de prevenção e controle.

3.2 PRIORIDADES DE SAÚDE PARA FORTALEZA

Falar em prioridades de saúde para a Fortaleza não é fácil tarefa, devido às múltiplas dimensões que passa a assumir esta temática nos diversificados contextos sociopolíticos e culturais.

Estamos cientes de que o quadro de morbimortalidade em dada sociedade é determinado por múltiplos e complexos fatores que se interligam, potenciando-se. Não obstante, para efeito desse estudo, consideramos os dados estatísticos de incidência e prevalência das causas de morbidade, como parâmetro para inferir a representação das prioridades de saúde em Fortaleza.

Tendo essa consideração em mente, lembremos que nos últimos quinze anos em Fortaleza, bem como em todo resto do Estado e no Brasil, assistimos ao surgimento de doenças novas (ou emergentes) e ao reaparecimento de doenças que pareciam erradicadas (re-emergentes). A seguir passamos a descrever alguns dos grupos de doenças que mais prevaleceram em termos de morbimortalidade durante o intervalo de tempo considerado pelo estudo.

3.2.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

As doenças sexualmente transmissíveis, com características epidêmicas, vêm tornando-se grave problema de Saúde Pública, com números cada vez mais crescentes de casos em mulheres jovens no período reprodutivo. Segundo Baracat & Lima(1995), nessa fase tão inicial da vida adulta, as DST podem acarretar problemas ósseos, imunológicos, psicológicos e levar à infertilidade, esterilidade, abortamentos, infecções generalizadas e até à morte.

Ainda outro aspecto de relevância a ser considerado nos estudos que envolvem portadores de DST é seu papel facilitador na transmissão do vírus HIV. Rouquayrol (1996) alerta que esse grupo de patologias tem conotação especial para o sistema de notificação, pois reflete o comportamento sexual de risco da população, tendo grande importância como indicador do processo de 'transformação de comportamento' almejado pelas campanhas educativas para controle da AIDS.

Em se falando de AIDS, o primeiro caso registrado em Fortaleza data de 1983. A progressão da doença seguiu curso lento, mas a partir de 1992 ultrapassa os 100 casos anuais. Segue subindo até 1998, quando as notificações comprovam a existência de 365 casos só na capital do Estado (Controlar Doenças Transmissíveis, 1999).

Atualmente vem-se observando aumento do número de casos de AIDS nos heterossexuais e nas mulheres com parceiro determinado. Enquanto em 1989 existiam 53 homens com AIDS para cada mulher, em 1995 a proporção foi de 5 homens infectados para 1 mulher(5:1), caindo ainda mais para 3:1 em 1996 (Rouquayrol, 1996).

Outra DST muito presente é o Condiloma. Até 1995 o número casos dessa DST era relativamente estável na cidade de Fortaleza. Nos anos que se seguiram cresceu o número de casos notificados, passando de 139 em 1995, para 660 em 1998. A freqüência de recidivas e a dificuldade de tratamento fazem com que sua prevalência tenda a ser alta. A facilidade diagnóstica faz com que essa DST represente 14,5% das notificações na capital cearense.

A notificação de pessoas do sexo feminino chega a apresentar uma média de três registros da doença em mulheres para cada uma do sexo masculino. Essa realidade certamente tem ligação com a maior freqüência de exames saúde realizados pelas mulheres, o que não ocorre na mesma proporção entre os homens, favorecendo a detecção e tratamento da doença entre elas.

Ao contrário do condiloma, a maior freqüência de notificações de sífilis ocorre entre os homens. O Hemocentro do Ceará (HEMOCE) concentra 88% das notificações para sífilis acometendo o sexo masculino.

Em Fortaleza, nos últimos cinco anos, os casos de notificação de sífilis têm se mantido sem grandes variações.

De 1993 a 1998 foram 2.347 casos notificados, sendo que os adultos jovens (15-49 anos) estiveram sob maior risco em todos os anos.

A gonorréia é outra DST sempre presente na população de Fortaleza, porém com valores sempre estáveis. De 1993 a 1998, a notificação para a doença variou de 100 a pouco mais de 300 casos por ano. Os homens são responsáveis por cerca de 80% do total das notificações. Esse fato deve-se, em parte aos sintomas da doença que causam muito incômodo, especialmente nos homens.

3.2.2 Doenças de veiculação hídrica

A cólera é exemplo de doença tida como reemergente na cidade de Fortaleza. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Município, as primeiras notificações de casos de cólera datam de abril de 1992 (Controlar as doenças Transmissíveis, 1999), quando foi diagnosticado laboratorialmente o primeiro caso. A partir daí, os casos começaram a ocorrer em toda a cidade, sempre com notificação crescente. O ano de 1993 foi o auge da epidemia com notificação de 12.522 casos confirmados e 65 óbitos em consequência dos agravos da doença – uma letalidade de 1,4% acima da recomendada pela OMS, que é de 2% do total de acometimentos. Durante três anos de epidemia, as maiores proporções de casos ocorreram entre as pessoas pobres das faixas etárias de 15 a 49 anos e de 50 anos ou mais (Rouquayrol, 1996). Nos anos de 1995 a 1997 não foi registrado nenhum caso de cólera em Fortaleza.

Por outro lado, as diarreias agudas, síndrome clínica de diversas etiologias, há muito estão entre as primeiras causas de mortalidade infantil na capital do Ceará. Todavia somente a partir de 1994 é que passaram a ser notificadas regularmente, dada a necessidade de estabelecimento de parâmetros para o controle dos surtos de cólera no país. Nesse ano identificaram-se 40.541 casos, predominando entre menores de 1 ano de idade. Em 1996 foram notificados 86.212 casos, repetindo-se os patamares de notificação nos anos seguintes.

3.2.3 Outras doenças infecciosas

Em muitas das localidades dos países desenvolvidos, a tuberculose já está controlada. No Brasil, e mais especificamente em Fortaleza, a despeito de comprovados avanços nos recursos diagnósticos e de tratamento, a doença vem mantendo-se persistente, apresentando elevados índices de morbidade.

Em 1998 foram notificados 2.031 casos novos de tuberculose, atingindo especialmente adultos jovens em idade

produtiva, entre 20 e 40 anos. A média de casos notificados nos últimos cinco anos é de aproximadamente 2.000 casos. Segundo informes da Secretaria Municipal de Saúde, a forma pulmonar predomina em cerca de 85% dos casos diagnosticados.

Tão grave como a tuberculose, as doenças respiratórias agudas ocorrem numa frequência muito alta durante todo o ano em Fortaleza, observando-se ascendência dos casos na época de maior pluviosidade.

A notificação das doenças respiratórias em caráter obrigatório iniciou-se em 1994 com 90.356 casos. Nos anos seguintes os números cresceram rapidamente, chegando a atingir 337.186 no ano de 1998. A faixa etária com maior número de notificações foi a de 1 a 4 anos de idade. A maior incidência dos casos de pneumonias ainda é entre os menores de 1 ano. Na grande maioria dos pacientes a doença é benigna e somente 10% dos casos evoluem para um quadro que exige internação (Rouquayrol, 1996).

Enquadrada entre as doenças infecciosas, os primeiros casos de dengue em Fortaleza datam de 1986. Em 1994 foi o ano da grande epidemia no Ceará, sendo notificados 25 casos de dengue hemorrágico e 47 789 casos de dengue clássica; destes, 28.517 só na cidade de Fortaleza. Outro momento de auge da dengue foi no ano de 1998, sendo confirmados 2.176 casos (Controlar as Doenças Transmissíveis, 1999).

No período de 1991 a 1994, observou-se um aumento das meningites com predomínio dos casos com origem viral. Os casos acumulados de 1993 a 1998, para todos os casos de meningite, chegaram a 2.923, tendo o ano de 1994 apresentado os maiores números de notificação, ou seja, 739 casos. A incidência para algumas faixas etárias apresenta valores aproximados, mas o número de casos na faixa etária de 5 a 14 anos vem superando as demais. Em 1994 foram 351 casos só nessa faixa etária.

Também é significativo o número de casos de hanseníase em Fortaleza. Segundo a OMS, a morbidade por hanseníase é considerada baixa quando comparada com outras doenças contagiosas. Todavia sua importância como problema de Saúde Pública não deve ser medido somente observando os parâmetros estatísticos. O intenso estigma social que a doença causa, bem como as deformidades e conseqüente perda na produção econômica não podem ser facilmente qualificados.

Desde 1993, quando a notificação foi de 542 casos, a hanseníase vem apresentando discreto aumento, tendo sido confirmados 854 casos até o final do ano de 1998. Os coeficientes de morbimortalidade pela doença aumentam com a idade e nos grupos de pessoas com doenças depressivas do aparelho imunológico, dada certa característica oportunista

do agente etiológico. Os índices de notificação na faixa etária de 15-49 anos são muito elevados, predominando em relação aos demais grupos etários (Rouquayrol, 1996).

3.2.4 Doenças crônico-degenerativas e do aparelho circulatório

Como as doenças infecciosas e de notificação compulsória, as crônico-degenerativas e do aparelho circulatório constituem sério problema de Saúde Pública nos países, tanto de terceiro mundo como nos mais desenvolvidos. No Brasil, nas duas últimas décadas, as moléstias cardiovasculares sobressaíram no caráter de morbimortalidade, sendo causa de morte de aproximadamente 1200 pessoas por dia (Universidade Federal do Ceará/ Parque de Desenvolvimento Tecnológico, 1995).

No Ceará, somente no ano de 1996, o número de óbitos por doenças do aparelho circulatório foi de 5.153, o que corresponde a 18,5% do total de óbitos por todas as causas. Na cidade de Fortaleza, excluindo as causas mal definidas, as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte, correspondendo a 23,8% do total dos óbitos (Reduzir anos de vida potencialmente perdidos por causas externas e doenças crônico-degenerativas, 1999).

Já as neoplasias, a segunda maior causa de morte, foram responsáveis por 3.257 óbitos no ano de 1996. O carcinoma endocervical é o que mais acomete as mulheres, depois do câncer de mama. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil apresenta um dos maiores índices de morbimortalidade por câncer de colo uterino, que perde apenas para o câncer de mama. A doença representa 15% do total de casos de câncer e é responsável por 8% dos óbitos entre mulheres com mais de 15 anos de idade (Brasil, 1997).

3.2.5 Morbimortalidade por causas externas

Dentre as causas externas,¹ as agressões e acidentes de trânsito são hoje responsáveis por milhares de mortes precoces em Fortaleza. Em um único hospital de referência para o atendimento a esse tipo de agravo, deram entrada 11.563 pessoas somente no primeiro semestre de 1999, predominando o atendimento a pacientes do sexo masculino (IJF, 1999).

No que tange ainda à violência, os mais fragilizados, e por isso as maiores vítimas, são crianças e mulheres. De

¹ Para a realidade do estudo, consideram-se causas externas o envenenamento e a violência decorrentes dos acidentes de trânsito, agressões físicas, por arma branca e arma de fogo.

1994 até agosto de 1996 foram 13.148 casos de mulheres agredidas e com ameaça de morte na capital do Ceará. O número de assassinatos nesse mesmo período foi de 200 mulheres. Mais de 800 casos de estupro contra mulheres foram denunciados entre os anos de 1994 e 1995, segundo entidades de proteção; os números seguem uma ordem crescente (Ceará Mulher, 1996).

3.3 AS DISSERTAÇÕES INVESTIGADAS

Na análise das dissertações, levamos em consideração os dados contidos no tópico anterior, que

apresentou um panorama do que, no intervalo de 1993-1998, consideramos como prioridades de saúde para Fortaleza.

Nas repetidas leituras das dissertações, duas grandes categorias emergiram, dando vazão à discussão dos achados. São elas *fatores de morbimortalidade contemplados nas dissertações; outros temas abordados*.

3.3.1 Fatores de morbimortalidade contemplados nas dissertações

Com base no quadro a seguir, apresentamos e discutimos os achados para a primeira categoria de análise.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS DISSERTAÇÕES SEGUNDO TEMAS QUE ABORDAM FATORES DE MORBIMORTALIDADE NO INTERVALO DE 1993-1999. FORTALEZA, 2000.

FATOR DE MORBIMORTALIDADE	GRUPO/DOENÇA A	1993-1995 F	1995-1997 F	1996-1998 F	1997-1999 F	TOTAL F
Doenças circulatórias: Cardiopatas		-	02	01	01	04
	DHEG*	-	01		-	01
	Hipertensão	-	-	02	-	02
DST: HIV		01	-	01	01	03
	HPV	-	-	01	-	01
Doenças infecto-contagiosas: Hanseníase		01	-	-	01	02
Doenças crônica e degenerativas: Câncer		-	-	01	-	01
	Diabetes	-	-	-	01	01
	Leucemia	-	-	-	01	01
	Renal crônico	01	-	-	-	01
Doenças respiratórias: Asma		01	-	-	-	01
Problemas mórbidos envolvendo: O stomizos		-	01	-	-	01
O aparelho digestivo						
Drogadição		-	-	01	01	02
Transtornos Mentais		01	01	-	-	02
Intoxicação Exógena		-	01	-	-	01
Problemas mórbidos relacionados com a violência		-	01	-	-	01
Problemas mórbidos de ordem visual		-	01	-	-	01
Desnutrição					01	
Total		05	08	07	07	27

* Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

A exploração das dissertações em seus componentes constitutivos permitiram compreensão de que todas elas tiveram como motivação temáticas na área de saúde. Todavia, das 48 dissertações, 27 contemplaram grupos de distintas patologias ou fatores de morbimortalidade, entre aqueles que ganharam destaque na cidade de Fortaleza no intervalo de tempo de 1993-1998.

Das patologias abordadas, as relacionadas com o aparelho circulatório predominam, tendo essa constatação sido feita para 7 das 27 dissertações agora consideradas. Acompanhando as doenças do aparelho circulatório, têm-se as crônico-degenerativas e as DST, que são abordadas respectivamente em 5 e 4 dissertações. As 22 dissertações restantes versam sobre temas variados e serão analisadas

mais adiante quando trabalhamos com a categoria *outros temas abordados nas dissertações*.

Os dados coletados apontam para certa aproximação entre os estudos realizados e o que se delineou como prioridade de saúde na cidade de Fortaleza. O fato é que o número de dissertações por patologia/morbidade ou mesmo por grupo de patologia/morbidade é muito incipiente, não permitindo traçar exata relação entre essa produção científica e a necessidade de responder às demandas de saúde local; embora contraditoriamente, conforme aponta Ciampone (1997), deve haver confluência das investigações, de modo a atender à realidade, produzindo um conhecimento contextualizado e orientado para os problemas de saúde socialmente significativos.

Se considerarmos o que preconiza Ciampone, as dissertações de mestrado teriam baixo ou nenhum impacto, visto o impacto social da pesquisa ficar na dependência das respostas objetivas que possam dar aos problemas de saúde mais prementes na população.

Corroborar essa assertiva Egry (1997), quando discorre sobre a investigação como forma de geração de conhecimento na enfermagem. Segundo essa autora, tratar-se-ia aqui de fenômeno social articulado a uma prática que se desenvolve em realidade concreta e histórica. Daí o significado e necessidade de o conhecimento ser contextualizado e socialmente relevante, no sentido de considerar os perfis epidemiológicos da coletividade, produzindo os meios e instrumentos necessários a que se auxiliem e intervenham nos processos saúde-doença da população assistida.

Desta feita, uma inferência que se pode retirar das dissertações submetidas à análise nesse estudo diz respeito à 'dificuldade' originalmente sentida ou o 'problema' percebido e que despertou na pesquisadora interesse em desenvolver investigações.

Considerando a procedência das enfermeiras que buscam fazer mestrado, na maioria das vezes o 'problema'

inicial de investigação surge das inquietações, dificuldades ou mesmo constatações realizadas por enfermeiras que vivenciam o cotidiano de trabalho. Assim, a consideração desse 'problema' vem constituindo-se, na sua origem, de fenômenos que se inserem nos quadros epidemiológicos e dificuldades em saúde enfrentadas por toda população do Estado, uma vez que a demanda dos serviços é fruto dessa realidade. Todavia o que se tem de mais evidente é que não há por parte das pesquisadoras uma compreensão mais abrangente da realidade epidemiológica ou de morbimortalidade local e, por conseguinte, não refletem os trabalhos de investigação a intencionalidade de se estar buscando responder a essa realidade específica.

Assim, no contexto geral, os estudos de investigação parecem buscar responder, muito mais, às inquietações pessoais ou profissionais vivenciadas por cada pesquisadora no confronto diário com a alta demanda e/ou complexidade das problemáticas assistidas em sua unidade de serviço.

No quadro a seguir, evidencia-se como as 22 dissertações restantes se voltam para temáticas as mais variadas, desfocadas, todavia, das implicações mórbidas dos processos que envolvem a problemática investigada, para o contexto social maior.

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS DISSERTAÇÕES SEGUNDO OUTROS TEMAS ABORDADOS FORTALEZA, 1993-1999

OUTROS TEMAS ABORDADOS NAS DISSERTAÇÕES	1993-1995	1995-1997	1996-1998	1995-1999	TOTAL
	F	F	F	F	F
1. Cuidado informal	01	-	-	-	01
2. Comportamento de mães diante da morte do filho	01	-	-	-	01
3. Doação de filho	01	-	-	-	01
4. Nutrição parenteral	01	-	-	-	01
5. Saúde nas diversas fases da vida de mulheres	01	-	-	-	01
6. Políticas de financiamento do SUS	-	01	-	-	01
7. Crise na gravidez	-	01	-	-	01
8. Cuidados de enfermagem	-	-	01	-	01
9. Registro de enfermagem	-	-	01	-	01
10. Cuidado em saúde prestado pela família	-	-	01	-	01
11. Desmame precoce	-	-	01	-	01
12. Comunicação enfermeira-paciente	-	-	01	-	01
13. Expectativas e satisfação do paciente internado	-	-	01	-	01
14. Planejamento familiar	-	-	-	01	01
15. Relações de poder na enfermagem	-	-	-	01	01
16. Questões de gênero na enfermagem	-	-	-	01	01
17. Sistematização da assistência	-	-	-	01	01
18. Mães presidiárias	-	-	-	01	01
19. Acompanhante no ambiente hospitalar	-	-	-	01	01
20. Suspensão de cirurgia	-	-	-	01	01
21. Reesterilização de agulhas de anestesia	-	-	-	01	01
Total	05	02	06	08	21

Considerando todos os temas abordados, podemos dizer que a maioria deles (11) estão diretamente relacionados com a profissão, voltando-se para explorar relações de poder e de gênero na enfermagem, aspectos de sistematização ou organização do serviço, qualidade na assistência, condições de registro, características do cuidado prestado etc. Todas as demais dissertações trazem a mesma característica ressaltada anteriormente, quando o tema explorado versa sobre fator de morbimortalidade. Ao que nos parece, os estudos buscam responder a dúvidas e obter informações úteis à elaboração de propostas de cuidado ou organização e sistematização da assistência de enfermagem em uma realidade muito delimitada, isto é, o ambiente de trabalho de cada pesquisadora.

Essa condição não é de todo indesejada, no atual estágio de desenvolvimento da enfermagem. E aqui nos respaldamos nas colocações de Breilh (1990), para lembrar que o processo saúde-doença é mesmo uma resultante do conjunto de determinações que operam na sociedade, produzindo riscos com potenciais de interferência nos perfis de saúde, ou até mesmo de doença, da população. Quando buscam produzir conhecimento acerca de variados fenômenos com potenciais para a determinação de quadros de morbidade social, como os que constatamos nas dissertações, as enfermeiras podem estar contribuindo para com aspectos da promoção da saúde, embora possa não existir essa consciência por parte da pesquisadora.

Os achados nos impulsionam, ainda, a reportar-nos àquela característica tão particular do objeto de interesse da enfermagem – o cuidado – que inicialmente apresentamos como passível de ser observado sob diferentes ângulos e perspectivas. Assim, segundo Leopardi (1997), é conveniente lembrar o legado da enfermagem como ‘ação sobre enfermos’, e como isso nos coloca diante de um conceito de ciência que se amplia para dimensões *objetivas*, *subjetivas simbólicas* e *relacionais*. Essa peculiaridade do objeto de interesse da enfermagem nos apresenta a seguinte situação: se seu conceito amplia, ampliam-se também as questões de pesquisa, dadas as diferentes perspectivas com que se passa a perceber e viver as questões de saúde e de doença.

Feitas estas considerações, podemos refletir sobre as dissertações de mestrado e de como as enfermeiras vêm apropriando-se do método qualitativo, realizando estudos voltados para as dimensões subjetivas e simbólicas de seu objeto de pesquisa. Desta forma, prevalecem no processo de investigação, ‘*significado*’, ‘*percepção*’ e ‘*sentimento*’ como os principais focos de interesse na construção de conhecimento. No mais das vezes, busca a enfermeira obter o máximo de informações sobre os indivíduos com os quais necessita desenvolver ações de cuidado ou prevenção.

4 CONCLUSÕES

Ao contrário da enorme dinâmica em que se manifestam os fenômenos determinantes do processo saúde-doença na cidade de Fortaleza, seguindo assim uma realidade ditada pelo clima variável da sazonalidade, os surtos e epidemias, bem como fatores socioeconômicos e os relacionados com a hereditariedade, as dissertações de mestrado, elaboradas e defendidas entre 1993 1999, mantiveram o mesmo perfil de abordagem, perfil caracterizado por grande variedade de temas, desenvolvidos, sem que necessariamente figurem como foco principal de interesse os processos mórbidos definidores da realidade epidemiológica local, no exato intervalo de tempo em que se deu a investigação.

Prevalecem no processo de investigação questões relacionadas à subjetividade das pessoas – ‘*significado*’, ‘*percepção*’, ‘*sentimento*’ – como o principal foco de interesse para desenvolver conhecimento. Desta forma, as enfermeiras buscam esclarecer dúvidas e obter informações úteis à elaboração de propostas de cuidado ou organização e sistematização da assistência de enfermagem.

Diante das constatações, paramos para refletir sobre quanto a enfermagem como profissão e como ‘*ciência*’ é recente, e creditamos a essa ‘juventude’ da profissão e da produção intelectual em enfermagem o fato de as enfermeiras ainda realizarem muitas pesquisas visando a aprimorar conhecimentos, assegurar uma ação mais efetiva, promover maior qualidade na assistência e afirmar-se em sua identidade e autonomia.

Assim é que se pode compreender a necessidade de se estar priorizando estudos que dêem sentido e ampliem o acervo de conhecimento da disciplina; e que esse conhecimento se volte sobretudo para maior delimitação de ‘suas interfaces’ ou fronteiras com outros conhecimentos e práticas já consolidados. Aqui, o respeito à ‘fragilidade’ da enfermagem-ciência vem permitindo à profissão um conviver pacífico com os vários *tipos* de pesquisa, bem como uma compreensão eclética de seu objeto de interesse.

Nesse processo, há possibilidade de avanço rumo à almejada autonomia e a produção de tecnologia por meio da aplicação de conceitos e princípios que passem a nortear as práticas, ou por meio mesmo da testagem e validação de teorias próprias da enfermagem.

Existe, ainda, um crescimento pessoal caracterizado pelas possibilidades de questionamentos-respostas, concordância-discordância, erros-acertos. Segundo Santos (1997) sem os erros não se dá a evolução do conhecimento científico e, também, deles brota a sabedoria. Assim, o exercício e o debate científico são indispensáveis à sobrevivência da enfermagem como disciplina e como ciência.

ABSTRACT: The objective of this research was to analyze dissertations produced in the Program of Masters degree in nursing of UFC, intending to evidence relationships between intellectual production and health priorities of the population of Fortaleza. The study is about a bibliographical research over 48 defended dissertations in the period of 1993 until March, 1999. As a result of the study, it was verified that, unlike the enormous dynamics that the decisive phenomena of the process of health-disease was shown in the city of Fortaleza – following a reality dictated by the variable weather, the seasons and epidemics, as well as social-economics factor and others related with the heredity – the master's degree dissertations, elaborated and defended in the considered interval of time, maintained the same approach profile, which was characterized by the great variety of developed themes, without, necessarily, represent as main focus of interest, morbid processes that define the real status of the local epidemic.

KEYWORDS: Dissertations, academic; Health priorities; Nursing research;.

REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P. et al. Universidade e suas responsabilidades na produção do conhecimento técnico-científico em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, Vitória., 1997. **Anais...** Brasília, 1997. p.116-126.
- 2 ARCURI, E.A.M. Pesquisa em enfermagem: estado atual e questões éticas. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.1, jan./jun, 1994. p. 20-29.
- 3 BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. Infecção e infertilidade feminina. In: PASSOS, M. R. L. **DST**. 1995.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Incidência e Mortalidade por Câncer do Brasil para 1997**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.
- 5 BREILH, J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. In: COSTA, D.C. (Org.). **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990. p. 128-65.
- 6 BUSSINGUER, E.C., MACIEL, E., FREGONA, G. A socialização da produção científica na enfermagem: situação atual e perspectivas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, Vitória, 1997. **Anais...** Brasília, 1997. p. 54-68.
- 7 CIAMPONE, M.H.T. Impacto da pesquisa em enfermagem na sociedade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, Vitória, 1997. **Anais...** Brasília, 1997. p. 25-31.
- 8 CONTROLAR as doenças transmissíveis, com prioridades para as de veiculação hídrica e vetores. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/doencas.htm>. Acesso em 13 set. 1999.
- 9 EGRY, E.Y. Pesquisar para evoluir? Pesquisar para superar! **Rev. Esc. Enf. USP.**, v.I, n. esp., 1997.
- 10 INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DO CEARÁ. **Ceará mulher**. Fortaleza, v.1, n.1, 1996.
- 11 INSTITUO DR. JOSÉ FROTA.- IJF. **Boletins de 1997, 1998, 1999**. Departamento de Apoio Técnico – DEATEC, Serviço de Estatística – SAME. Fortaleza, 1999.
- 12 LEOPARDI, M. T. Áreas prioritárias de pesquisa em enfermagem e formas de parcerias. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, Vitória, 1997. **Anais...** Brasília, 1997. p. 39-47.
- 13 MENDES, I. A. A Relação dos organismos de fomento com a pesquisa e pesquisadores em enfermagem: Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e Científico – CNPq. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, Vitória, 1997. **Anais...** Brasília, 1997. p. 89-100.
- 14 REDUZIR os anos de vida potencialmente perdidos por causas externas e doenças crônico-degenerativos (cardio-vasculares e neoplasias). Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/anos.htm>. Acesso em 13 set. 1999.
- 15 ROUQUAYROL, M.Z et al. **Epidemiologia das doenças infecciosas em Fortaleza**. Fortaleza, 1996.
- 16 SANTOS, I. D., CLOS, A.C. Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, Vitória, 1997. **Anais...** Brasília, 1997. p. 68-85.
17. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Parque de Desenvolvimento Tecnológico. **Óleo marinho rico em ácidos graxos polinsaturados do tipo Omega-3**. Fortaleza, 1995. Boletim Industria Farmacêutica.

Endereço das autoras:
Cesar Fontenele, 390 - Parquelândia
60955-650 - Fortaleza-Ceará
Fones: 223-5751; 281-7344; 9990-4197
Fax: 281-5754
E-mail: llunna@terra.com.br