

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

LÊDA MARIA ALBUQUERQUE

**PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA  
BASE CIPESC® NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

**CURITIBA  
2006**

**LÊDA MARIA ALBUQUERQUE**

**PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA BASE  
CIPESC<sup>®</sup> NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Siqueira de Carvalho

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marineli Joaquim Meier.

**CURITIBA  
2006**

A345p  
2006 Albuquerque, Lêda Maria  
Percepção das enfermeiras acerca da utilização da base CIPES® na  
consulta de enfermagem / Lêda Maria Albuquerque ; orientadora,  
Denise Siqueira de Carvalho ; co-orientadora, Marineli Joaquim Méier.  
– 2006.  
90 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal do Paraná,  
Curitiba, 2006  
Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Informática na enfermagem. 3. Sistemas de  
recuperação da informação – Enfermagem. 4. Enfermagem -  
Processamento de dados. 5. Enfermagem – Terminologia. I. Carvalho,  
Denise Siqueira de. II. Méier, Marineli Joaquim. III. Universidade  
Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
IV. Título.

CDD 20. ed. – 610.73  
610.730285

## TERMO DE APROVAÇÃO

LÊDA MARIA ALBUQUERQUE

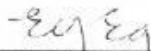
### PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA BASE CIPESC NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau Mestre – Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

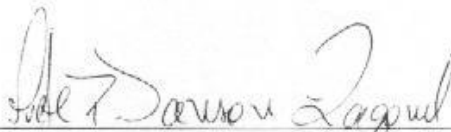
Orientadora:



Profa. Dra. Denise Siqueira de Carvalho  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry  
Membro Titular: Escola de Enfermagem da Universidade Estadual  
de São Paulo - EEUSP



Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson Zaganel  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 31 de março de 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por tantas graças concedidas no percurso de minha vida, e especial sustentação neste momento.

Aos meus pais, Maria e José (*inmemoria*) pela vida, valores, apoio e amor, sempre incondicional, e a meus irmãos, pelo carinho, apoio e exemplos de persistência.

Ao Lidio, companheiro com quem divido minha vida, em especial aos nossos filhos Aline e Marcos, pelo carinho, ajuda e compreensão, e à Néia organizadora da nossa casa.

Aos amigos pelo carinho e estímulo. De maneira muito particular meus agradecimentos à Marcia Cubas, Soriane, Eduardo e Dione, fiéis companheiros.

À professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pesquisadora pioneira em Sistemas de Classificação de Enfermagem no nosso país, consultora técnica para implantação da nomenclatura de enfermagem no prontuário eletrônico na SMS, inspiradora e incentivadora da realização deste estudo.

Aos colegas da turma do Mestrado com os quais compartilhei momentos felizes e sofridos, típicos do crescimento.

Aos professores e funcionários da pós-graduação da UFPR pela ousadia de ofertar o Mestrado em Enfermagem.

À Secretaria Municipal da Saúde, instituição da qual tenho orgulho em pertencer e ser partícipe na luta pela construção do Sistema Único de Saúde. E que, pioneiramente, aplicou os resultados do Projeto CIPESC na consulta de enfermagem informatizada e, ainda, pela oportunidade de um fazer mais reflexivo.

Aos colegas do Distrito Bairro Novo, com os quais compartilho o cotidiano do fazer em saúde em prol de uma vida mais digna aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, especialmente à Márcia Steil.

Às enfermeiras da SMS que ousaram participar de um processo de construção e implantação de uma Nomenclatura de Enfermagem. E, de maneira muito singular, às colegas que contribuíram diretamente para a realização deste estudo, respondendo ao questionário.

À prof.<sup>a</sup> Denise, orientadora neste trabalho, pelo apoio e pela condução estimulante.

À prof.<sup>a</sup> Marineli, co-orientadora, pelas importantes contribuições e ajuda incondicional.

À Associação Brasileira de Enfermagem nacional e seção Paraná pelo enorme trabalho que realizam, historicamente, em prol do desenvolvimento da enfermagem Brasileira.

Aos professores do curso de enfermagem da PUCPR pela acolhida e apoio.

## RESUMO

ALBUQUERQUE, L. M. **Percepção das enfermeiras acerca da utilização da base CIPESC® na consulta de enfermagem.** 2006. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Trata-se de um estudo centrado no objetivo de conhecer a percepção das enfermeiras acerca do uso da Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de Enfermagem, desenvolvida com base na CIPESC® (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) e implantada na consulta de enfermagem informatizada da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Utiliza como referência teórica, estudos sobre os Sistemas de Classificação em Enfermagem, perpassando pela Metodologia da Assistência em Enfermagem e a Avaliação. Caracteriza-se como um estudo de abordagem metodológica quantitativa, utilizando-se de questionário para a coleta dos dados, aplicados a cento e uma enfermeiras que atuam na assistência, em diferentes Unidades de Saúde dos nove Distritos Sanitários do município. Processaram-se os dados com apoio do programa Epi-Info, o que possibilitou a identificação dos seguintes resultados: das enfermeiras participantes 98% realizam consulta de enfermagem; em média o tempo dedicado à realização da consulta de enfermagem constituiu-se de 3,3 períodos semanais; 94,1% referem utilizar o sistema informatizado com facilidade. Dificuldades apontadas: 77,2% mencionam que o sistema é lento; 77,2% sugerem maior integração das telas; 84,2% referiram múltiplas interrupções da consulta de enfermagem pela equipe. Facilidades: a nomenclatura favorece o raciocínio clínico: 94,1%; a nomenclatura possibilita maior autonomia da enfermeira: 93,1%; a existência de diagnósticos múltiplos e variados no sistema facilita a utilização da nomenclatura: 86,1%; a entrega das intervenções para o usuário, por escrito, valoriza a consulta perante a comunidade: 98%. Estes, dentre outros resultados permitem afirmar que, apesar das enfermeiras elencarem empecilhos, a nomenclatura de enfermagem vem sendo utilizada com resultados animadores contribuindo para a qualidade da assistência, visibilidade do trabalho da enfermeira e consolidação da prática da consulta de enfermagem na instituição.

Palavras-chaves: Enfermagem, prática profissional; avaliação; terminologia; consulta de enfermagem.

## **ABSTRACT**

ALBUQUERQUE, L. M. **Terminology based on CIPESC® in nursing consultation: perceptions of its use.** 2006. 90 f. Dissertation (Master in Nursing). Federal University of Paraná, Curitiba.

The objective of the study was to evaluate the use of nursing terminology based on ICNP/ICNP in Primary Health Care after it was implemented in the information system of the Municipal Health Department in Curitiba / Brazil. As theoretical background, it relies on Nursing Classification Systems, Nursing and Work Process, Nursing Clinical Practice Methodology and Evaluation. The study design is a quantitative methodological approach, using questionnaires for data collection applied to 101 (a hundred and one) nursing practitioners from different Health Units in the 9 (nine) Sanitary Districts of the municipality. Data processing was performed by Epi-info program, which enabled the identification of the following results: 98% of the nursing participants carry out nursing consultation; the average time for the nursing consultation is 3.3 weekly periods; 94.1% find it easy to use the information system. Difficulties pointed out: 77.2% remark that the system is slow; 77.2% suggest better screen integration; 84,2% refer to the multiple interruptions in the nursing consultation by the team members. Advantages: terminology facilitates clinical thinking, 94.1%; terminology fosters nursing autonomy, 93.1%; the existence of multiple and various diagnoses in the system facilitates terminology use, 86.1%; consultation is better valued by the community once interventions are written down and handed in, 98%. The results enable to conclude that nursing terminology has been used with encouraging results, in spite of the aforementioned difficulties, thus contributing for the quality of clinical practice, visibility in the nursing job and consolidation of nursing consultation practice in the institution.

**Key words:** nursing, nursing clinical practice; evaluation; terminology; nursing consultation

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABEn-PR - Associação Brasileira de Enfermagem - seção Paraná

ANA – American Nurses Association (Associação Americana de Enfermeiras)

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiras

CIPE<sup>®</sup> - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPESC<sup>®</sup> – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

ISO - International Organization for Standardization –(Organização Internacional de Normalização)

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PR – Paraná

SMS – Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPR – Universidade Federal do Paraná

US – Unidade de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
2.1 Processo/consulta de enfermagem: instrumento metodológico do trabalho do enfermeiro .....	15
2.2 Sistemas de Classificação para as Práticas de Enfermagem .....	23
2.3 Avaliação .....	32
<b>3. CONSTRUÇÃO DA NOMENCLATURA DE ENFERMAGEM COM BASE     NA CIPE®/CIPESC® NA SMS DE CURITIBA .....</b>	<b>37</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>44</b>
A. Cenário.....	44
B. Desenho do estudo .....	44
C. Coleta de dados .....	46
D. Variáveis .....	48
E. Processamento e análise dos dados .....	50
F. Aspectos éticos .....	50
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
Perfil profissional .....	52
Conhecimentos específicos .....	55
Consulta de enfermagem .....	56
Nomenclatura .....	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>90</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Ao revisar as práticas de Enfermagem na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS), um grupo de enfermeiras iniciou a construção do conhecimento em relação a Sistemas de Classificação de Enfermagem, o qual se refere à organização dos elementos constituintes da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), configurando-se em uma linguagem disposta em grupos ou classes por similaridade (NÓBREGA, 2000).

Com intuito de construção de uma nomenclatura de enfermagem embasada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) e nos resultados do projeto de pesquisa brasileiro da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPE<sup>®</sup>) e situada no contexto da prática das enfermeiras da SMS. Tal desafio teve sua consecução possibilitada devido à disponibilidade de sistema informatizado na instituição.

A informatização, inovação presente no Sistema Municipal de Saúde de Curitiba desde 1999, iniciou com o propósito de instituir um prontuário único para cada cliente, com registro de todos os atendimentos nos serviços de saúde, agregada a um tipo de cartão personalizado (SCHNEIDER et al., 2001). Tendo como ponto de partida o cadastro dos moradores do território da área de abrangência da Unidade de Saúde (US), o sistema informatizado incluía campos específicos para registros dos dados cadastrais e dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, condizente com as atividades realizadas rotineiramente, à exceção da consulta de enfermagem, prática existente na instituição, e que, naquele momento, não havia sido incorporada ao sistema informatizado.

A ausência de campo específico para registro da consulta de enfermagem no prontuário eletrônico na SMS foi propulsor da discussão sobre o trabalho desenvolvido pela enfermeira na Unidade de Saúde, bem como, da necessidade de sistematizar a consulta de enfermagem e suas diferentes etapas (coleta de dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), para inserir no sistema existente, de acordo

com Michel e Barros (2002) a informatização dos serviços de saúde tem sido importante facilitador da efetivação das classificações de enfermagem como ferramenta de trabalho da enfermeira.

Como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) havia concluído no ano anterior o trabalho de pesquisa que originou a CIPESC<sup>®</sup>, considerou-se imprescindível a participação da ABEn Paraná para aprofundamento da discussão. Assim nasce o Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem da SMS, que passa a estudar a CIPE<sup>®</sup> e a CIPESC<sup>®</sup> e a utilização destas na prática assistencial, como instrumento para uniformização da linguagem profissional no espaço da consulta de enfermagem.

Com a finalidade de reciclar, aperfeiçoar, aprofundar conhecimentos relacionados à especificidade da consulta de enfermagem, nas áreas da criança, adulto e mulher organizou-se um curso de aperfeiçoamento de 195h envolvendo 150 enfermeiras da rede municipal, realizado no ano de 2002, em uma parceria com a ABEn –PR e o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Este ressignificar da prática da enfermeira foi fundamental, pois, se configurou em pré-requisito à etapa posterior de construção da nomenclatura, específica para o contexto da SMS de Curitiba, para então implantá-la como instrumento de trabalho na consulta de enfermagem informatizada.

Paralelamente, desenhou-se uma proposta de implantação da nomenclatura de enfermagem no sistema informatizado, e, diante da complexidade do assunto a SMS estabeleceu um contrato de consultoria com a ABEn Nacional (CUBAS et al, 2004), que indicou a enfermeira, professora doutora, da Universidade Federal da Paraíba – Maria Miriam Lima da Nóbrega, notório saber nesta área do conhecimento, para auxiliar na sustentação desse trabalho, e que desempenhou papel fundamental na direcionalidade do mesmo.

Foram organizadas oficinas com enfermeiras assistenciais e gerenciais dos diferentes Distritos e, a partir de balizamento conceitual, utilizando-se de metodologia problematizadora (BORDENAVE; PEREIRA, 2004), retrospectiva (CIE, 2000) e ancorando-se na matriz da CIPE<sup>®</sup> e nos fenômenos e ações da CIPESC<sup>®</sup>, delineou-se a Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem da SMS a ser incorporada na consulta de enfermagem. O tema de Saúde da Mulher foi o primeiro a

ser desenvolvido, esta escolha deu-se devido à experiência das enfermeiras da rede municipal com esta clientela, em consonância com a existência de programas institucionais (Mãe Curitibana, Planejamento Familiar, Viva Mulher, Mulher de Verdade) consolidados.

Em maio de 2004 implantou-se, no prontuário eletrônico, a Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na rede básica de saúde, iniciando pelo tema Saúde da Mulher. Inicialmente, em um Distrito Sanitário – como piloto – e no mês seguinte expandiu-se para as demais Unidades que já estavam informatizadas. Em junho de 2005 foi incluindo no sistema os diagnósticos e intervenções pertinentes ao tema Saúde da Criança.

A trajetória da autora confunde-se com a retrospectiva descrita. O interesse pelo tema nasceu a partir da participação no Seminário de Diagnóstico de Enfermagem, realizado em 1998, no município de Curitiba. Nesta oportunidade entrou em contato com o Projeto CIPESC, pelo qual se encantou. Certamente, “encantamento” é a palavra apropriada, porque naquela época não percebia a dimensão de tal projeto e seu impacto positivo na prática da Enfermagem.

Enquanto enfermeira assistencial em uma Unidade de Saúde vivenciou a implantação do sistema informatizado, e apropriando-se deste novo instrumento de trabalho percebeu a ausência de campo específico para registro da consulta de enfermagem, atividade que desempenhava naquela comunidade, passando a pleitear sua inclusão.

Inseriu-se na discussão da revisão da arquitetura (formato das entradas e saídas de dados) do sistema informatizado e a partir daí passou a compor o grupo de sistematização das práticas de enfermagem da SMS.

Nesta experiência de conhecer os sistemas de classificação em enfermagem, participar da construção da nomenclatura, bem como de sua implantação nas Unidades de Saúde muitos questionamentos surgiram: as enfermeiras realizam consulta de enfermagem? Quanto dedicam de seu tempo a esta atividade? Utilizam a nomenclatura disponível no sistema informatizado? Quais dificuldades sentem? Percebem modificações na sua prática com a introdução deste novo instrumento?

A partir da possibilidade de cursar o Mestrado vislumbrou-se como oportunidade para aprofundar os conhecimentos e explorar os questionamentos no intuito de compreender melhor o processo que estava em andamento na SMS.

Tendo em vista que, o processo de implantação da nomenclatura de enfermagem na SMS envolve, simultaneamente, muitas áreas novas, pouco exploradas, requer um olhar mais atento no sentido de perceber quais os aspectos que influenciam tal movimento.

Considerando o processo de avaliar como inerente à estrutura das atividades humanas, constituindo-se em aspecto imprescindível do processo de tomada de decisão para a obtenção de alternativas viáveis e/ou soluções adequadas. E sendo requerido freqüentemente, por incorporar inúmeros aspectos e dimensões, podendo ser entendida como “... atividade resultante e propiciadora da construção de conhecimentos...” (PEDROSA, 2004, p.623).

Diante de tantos questionamentos suscitados na prática profissional, a avaliação, inerente à estrutura das atividades humanas, que incorpora múltiplas dimensões e aspectos, compreendida como: apreciação, valoração, apresenta-se Pedrosa (2004, p.623), como “... atividade resultante e propiciadora da construção de conhecimentos...”. E, segundo Zanei, et al. (2000) consiste em uma atividade metodológica, que a partir da coleta e combinação de dados e utilizando parâmetros, determina o valor do fenômeno estudado.

A construção e a utilização da nomenclatura de enfermagem com base na CIPESC<sup>®</sup> implantada na consulta de enfermagem informatizada configuram-se em tema inusitado, de extrema relevância para a prática da enfermagem, portanto, conhecer em que medida o seu uso interfere na prática da enfermeira, representa importante contribuição para a profissão.

Assim, transcorrido um ano da implantação da Nomenclatura de Enfermagem no prontuário eletrônico pergunta-se: Como se caracteriza o processo de uso da nomenclatura de Enfermagem na SMS de Curitiba?

O Município de Curitiba, sendo o único que, até o momento, implantou uma Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem construída em consonância com a estrutura da CIPE<sup>®</sup> e utilizando o inventário vocabular contido na

CIPESC<sup>®</sup>, na consulta de enfermagem informatizada, apresenta condições favoráveis e oportunas para a realização de estudos que possam ampliar o debate sobre a questão.

O estudo que ora se apresenta demonstra uma avaliação da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um serviço de atenção básica, sob o olhar da enfermeira que o pratica. Esta aplicação dá-se em um sistema informatizado de documentação em saúde e utiliza uma Nomenclatura de Enfermagem construída, pelas enfermeiras da prática, com base na CIPESC<sup>®</sup> e na CIPE<sup>®</sup> - Versão *Beta 2*.

Com este estudo pretende-se contribuir para ampliação da discussão do tema, disponibilizando uma reflexão realizada pelas enfermeiras inseridas em um serviço que implantou uma nomenclatura de enfermagem ancorada na CIPE<sup>®</sup>/CIPESC<sup>®</sup>.

Diante do exposto caracteriza-se como **objetivo** desta pesquisa: conhecer a percepção das enfermeiras acerca do uso da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem, com base na CIPESC<sup>®</sup>, implantada na consulta de enfermagem informatizada da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura aborda-se sobre a Enfermagem e o processo de trabalho, a metodologia da assistência de enfermagem, com menção específica à consulta de enfermagem, os sistemas de classificação em enfermagem, com ênfase na CIPE<sup>®</sup> e na CIPESC<sup>®</sup>, e a Avaliação.

O nascimento da Enfermagem moderna coincide com o surgimento do modelo clínico de atenção e as influências deste são observadas até os dias atuais na organização do processo de trabalho em saúde, com concentração de ações fracionadas sobre o indivíduo.

A Enfermagem têm na atualidade o desafio de consolidar-se como Disciplina, a partir da solidificação de um corpo de conhecimento próprio, com vistas ao desenvolvimento profissional, em consonância com os interesses e necessidades da humanidade (THOFEHRN e LEOPARDI, 2002).

De acordo com Antunes (2000, p.13), a Enfermagem brasileira está buscando definir “novos atributos e estabelecer novos valores sociais para sua prática profissional”, que incorporem novos conhecimentos, levando a cientificidade e considerando valores como humanidade e solidariedade, além da inclusão de paradigmas como o da determinação social da saúde e da doença.

Enquanto prática social e trabalho, a Enfermagem se transforma historicamente e é determinada pelas políticas públicas e sociais e, mais especificamente, pelas políticas de saúde. Almeida, e Rocha. (1997) afirmam ainda que, se constitui em uma prática fundamentada em princípios científicos, complementar aos demais saberes da área da saúde.

Para Thofehrn e Leopardi (2002), a atuação da enfermeira vai além de uma ação prática sobre um objeto, tem uma finalidade, uma intencionalidade de manter, restaurar ou promover a saúde, na perspectiva de busca de qualidade de vida, para tanto se ancora em referenciais teóricos, que, por vezes subsumidos, não são identificados conscientemente por aqueles que realizam a prática profissional.

Estas autoras argumentam ainda que, a prática assistencial representa a “razão de ser” da enfermagem, portanto, a essência da profissão, e que, as demais dimensões

que constituem uma profissão (educação, legislação, existência de órgãos de classe, sistema de educação de seus próprios membros, corpo de conhecimentos específicos), objetivam a sua sustentação.

Diante do exposto e considerando-se a enfermagem uma parcela do trabalho em saúde, cabe refletir sobre o Processo de Trabalho na assistência e sua influência no trabalho dessa categoria profissional.

O processo de trabalho, descrito por Almeida e Rocha (1997, p. 23), “é o modo como o homem produz e reproduz sua existência”. Ressaltam a necessidade de se analisar a Enfermagem como trabalho, portanto, inserida no processo de trabalho da saúde, com peculiaridades quanto à finalidade, instrumentos e objeto. Consideram ainda que, a análise de realidades concretas possibilita perceber as contradições e dinâmicas da prática e assim colaborar com estratégias de transformação da realidade.

Tal afirmação constitui-se em fonte de inspiração para realização deste estudo que se propõe a conhecer a percepção das enfermeiras sobre o uso da nomenclatura de enfermagem implantada na consulta de enfermagem informatizada da SMS de Curitiba.

Primeiramente, é preciso compreender a palavra Trabalho, que designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura, e que aparece nos dicionários com diferentes significados, desde uma forma de expressão da interioridade das pessoas, até a de esforço repetitivo e incômodo inevitável (ALBORNOZ, 2000).

A compreensão da categoria trabalho é considerada por Mendes-Gonçalves (1992) como nuclear para a apreensão e compreensão das práticas de saúde. Para fins de análise usa os elementos constituintes do trabalho: *objetos*, *instrumentos* e *finalidade*, provenientes da teoria marxista. Dentre os seus elementos constituintes conceitua-se:

O **objeto de trabalho** como a matéria sobre a qual se aplica o trabalho, se desenvolve uma atividade, com uma finalidade. Aplicando-se à enfermagem, Peduzzi e Anselmi (2000) referem que os objetos de trabalho são: o cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado de enfermagem.



Ao que Almeida e Rocha (1997) apontam como uma dicotomia construída entre a concepção (o planejamento) do trabalho - ação reservada as enfermeiras (gerenciar), e, o agir sobre o corpo do paciente (cuidar) - ação executada pelo pessoal auxiliar, ainda que sob a supervisão da Enfermeira.

A **finalidade** - considerada por Mendes-Gonçalves (1992) como característica central do trabalho. No caso da área da saúde a intenção é a satisfação de necessidades de saúde apresentada pelos indivíduos/família/comunidade.

O **instrumento** e/ou **meio** é definido por Marx (1982, p.203) como “uma coisa, ou complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve para dirigir a atividade sobre este objeto”. Para Kalinowski (2004), os instrumentos de trabalho são os recursos utilizados para que a ação seja efetivamente eficaz ou transformadora, estando diretamente vinculados ao gasto de energia na realização do trabalho.

Peduzzi e Anselmi (2002) enfatizam que os instrumentos são histórica e socialmente construídos pelo sujeito que realiza a intervenção. Corroborando com esta posição, Cestari (2002) ressalta que o ser humano idealiza e constrói instrumentos para utilização em seu processo de trabalho de modo a torná-lo mais fácil e apropriado ao objeto que desejam transformar.

Repensar o processo de trabalho em saúde, em sua totalidade é fundamental para criação de práticas inovadoras. Kalinowski (2004) afirma que a compreensão dos determinantes do trabalho e das relações sociais presentes em seu contexto configura-se em estratégia para o desenvolvimento de uma prática reflexiva da enfermeira, levando à transformação da mesma.

Assim compreender os elementos constituintes do processo de trabalho torna-se fundamental para reflexão da inserção da profissional enfermeira no processo de produção dos serviços de saúde.

Desta maneira, Silva, et al. (1997) assinalam o estudo dos instrumentos de trabalho utilizados pelas enfermeiras, em seu cotidiano, como importante recurso para análise da pertinência ao objeto e finalidade do trabalho realizado.

Neste trabalho, compreendem-se como instrumentos: o sistema informatizado do prontuário eletrônico da SMS com suas telas específicas de registro e documentação

da consulta de enfermagem, bem como a nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem nela inserida.

Este trabalho focaliza-se sobre o uso da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem inserida na consulta de enfermagem no sistema informatizado da SMS. E, entendendo-se que, a prática de enfermagem está associada a um método, faz-se necessário a discussão sobre Metodologia da Assistência.

## **2.1 Processo/consulta de enfermagem: instrumento metodológico do trabalho do enfermeiro**

A viabilização do cuidado ao cliente nas diferentes especificidades e contextos se efetiva através do uso pela enfermeira de um instrumento valioso, que é o processo/consulta de enfermagem. Esse instrumento contém etapas que se articulam com a finalidade de obter informações precisas para identificar e planejar as ações de cuidado, com vistas à melhoria e manutenção do estado de saúde do usuário.

A partir do delineamento dos problemas a enfermeira tem condições de nominar os diagnósticos de enfermagem, os quais irão gerar ações concretas a serem efetivadas pelo usuário, família ou pelo próprio profissional.

A utilização desse instrumento, enquanto metodologia de trabalho subsidia o alcance dos objetivos e das ações da enfermeira. Assim o método científico oferece os passos, as etapas a serem seguidas e, portanto, facilitam a implementação do processo de enfermagem. O método científico serve aos propósitos de pesquisa, porém, suas etapas são similares e podem ser transpostas ao processo de cuidar, auxiliando para que nenhuma etapa seja subtraída ou desconsiderada durante o encontro entre a enfermeira e o usuário.

Primeiramente, identifica-se o conceito de método o qual significa caminho, a maneira, ou, o “como” fazer algo, desviando-se menos do objetivo perseguido, despendendo menos tempo e energia (TOBAR e YALOUR, 2001).

Antunes (2000, p.12) refere que o uso de método específico na Enfermagem, à semelhança do método científico, com intuito de sistematizar sua prática, imprime uma peculiaridade no desempenho frente à clientela, gerando benefícios e resultados

diferentes dos demais domínios profissionais, “oferecendo uma assistência profissional, segura e de qualidade”.

Na literatura de Enfermagem a Metodologia da Assistência recebe diferentes designações, tais como: Processo de Assistir, Processo de Enfermagem, Metodologia de Cuidado, Processo de Cuidado, Sistema de Assistência de Enfermagem e Consulta de Enfermagem. Independente de sua denominação refere-se ao respaldo do método científico para o planejamento e orientação das ações de Enfermagem (CARRARO, et al., 2003; MENDES e BASTOS, 2003).

Para fins desse estudo, os termos Metodologia da Assistência, Processo de Enfermagem e Consulta de Enfermagem são considerados sinônimos. Tendo em vista que se configuram em instrumento metodológico para a concretização da assistência de enfermagem e compõe-se por etapas similares, com a ressalva do contexto em que se desenvolvem, sendo o Processo em ambiente hospitalar e a Consulta em espaço ambulatorial.

Considera-se relevante, neste momento, fazer um breve resgate histórico do surgimento do Processo de Enfermagem.

Após a segunda guerra mundial efervescia o desenvolvimento científico, tecnológico e socioeconômico, além do crescimento populacional, o que desencadeou mudanças sociais, refletindo em modificações no sistema de saúde, e, conseqüentemente, na Enfermagem.

O trabalho em equipe passa a ser valorizado e o plano de cuidados tem seu uso ampliado funcionando, inicialmente, como um relatório elaborado pela enfermeira, contendo informações sobre o paciente, em seguida passando a incluir as ações a serem desenvolvidas junto a este. Configurando-se assim em uma das primeiras tentativas de aplicar um planejamento da assistência de enfermagem, exprimindo um interesse técnico das enfermeiras em organizar o trabalho pautado na análise dos dados coletados, embora o diagnóstico médico ainda ocupasse o papel central de desencadeador dos cuidados (SOUZA, 2001).

O surgimento da palavra *processo* associada à Enfermagem ocorreu em 1950, durante a realização de uma palestra proferida por Lynda Hall, em *New Jersey*,

oportunidade em que esta qualificou o termo como a atuação da enfermeira *com e para* o paciente (ROSSI e CASAGRANDE, 2001).

Em retrospectiva histórica, Horta (1979) relata que em 1963, as enfermeiras Virginia Bonney e June Rothberg apresentam as etapas: dados sociais e físicos, diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

A partir destes fatos surge na literatura específica de enfermagem a denominação **Processo de Enfermagem**, descrito como instrumento metodológico do trabalho da enfermeira, que permite identificar, descrever e antever a resposta da clientela aos problemas de saúde ou a processos vitais, possibilitando um agir profissional.

Em 1997 ocorreu o lançamento do primeiro livro a descrever o *processo*, de autoria de Yura e Walsh, e que discriminou quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação. O interesse pelo processo de enfermagem cresceu rapidamente nas escolas, que passaram a utilizá-lo como ferramenta de ensino, mas sua adoção em hospitais, nos Estados Unidos e Reino Unido, só acontece na década de 1970 (ROSSI e CASAGRANDE, 2001).

Esta discussão chega ao Brasil na década de 1960 e ganha força com os trabalhos de Horta (1979) que se dedica intensamente na sua disseminação e descreve o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas.

No entanto, seu reconhecimento, como prática legal, dá-se anos mais tarde, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional, n.º 7.498, em 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), e do Decreto n.º 94.406 em junho de 1987.

Tal fato impulsionou sua implantação em diferentes instituições de saúde e a publicação de relatos de experiências em periódicos local contribuiu para a discussão nacional. No entanto, como lembra Campedelli (2002), a legislação por si só não garante a legitimação do Processo de Enfermagem e assegura que a sua aplicação contínua é que o consolida, afirma ainda que, a sua aplicação configura-se, atualmente, como uma necessidade social.

O Processo de Enfermagem, segundo Horta (1979, p.35), é “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”, caracterizando-se pelo dinamismo e inter-relacionamento de seus passos, os quais

define como: *histórico* (roteiro sistematizado para a coleta de dados significativos); *diagnóstico* (identificação das necessidades do ser humano e o grau de dependência em natureza e extensão); *plano assistencial* (determinação global da assistência de enfermagem ao ser humano a partir do diagnóstico); *plano de cuidados ou prescrição* (implementação do plano assistencial pelo roteiro diário ou aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados); *evolução* (relato diário ou aprazado das mudanças ocorridas); e o *prognóstico* (estimativa do ser humano em atender suas necessidades).

Em outra abordagem Iyer, et al. (1993) definem o Processo de Enfermagem como o método, através do qual o conhecimento da Enfermagem é aplicado à prática.

Ao discorrer sobre a operacionalização do processo de enfermagem, Leopardi (1999, p.35) enumera os seguintes elementos como necessários ao seu desenvolvimento: “agente terapêutico – enfermeira ou outro elemento da equipe de enfermagem; interagente – cliente, enfermo, paciente, usuário<sup>1</sup>; tecnologia – conhecimento transformado em técnicas, métodos e artefatos; base conceitual – filosófica – marco teórico ou marco referencial; objetivos – motivo ou finalidade para a ação; e recursos - instrumentos ou meios para o trabalho”.

Para essa autora o Processo de Enfermagem configura-se em uma atividade unificadora da profissão, evidenciando a função de enfermagem, por meio da utilização da arte e da ciência, constituindo unidade entre teoria, tecnologia e interação. Assim recupera para a enfermagem seu compromisso supremo de cuidar das pessoas, de maneira singular, humana e técnica.

Entretanto, é importante ressaltar que a utilização de um referencial teórico consiste no guia para conduzir os passos do Processo, desde a coleta de dados até a avaliação de resultados. Desta maneira, afirma-se que o processo de enfermagem representa o mecanismo, por meio do qual, os conhecimentos são aplicados na prática profissional.

Um outro aspecto focado na literatura é que o Processo de Enfermagem é considerado como um instrumento essencial, uma vez que constitui a base da prática

---

<sup>1</sup> Termo acrescido pela pesquisadora

de enfermagem. A sistematização do cuidar é visualizada como o caminho imprescindível (sem alternativa até o momento atual) para o reconhecimento da enfermagem (MENDES e BASTOS, 2003).

Desta maneira, o Processo de Enfermagem configura-se em uma abordagem deliberativa de solução de problemas, exigindo habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, estando voltado à satisfação das necessidades do usuário/família, tornando visível o trabalho da profissão perante a sociedade.

O Processo de Enfermagem possui características específicas que o qualificam como um instrumento imprescindível para a prática profissional. Timby (2001) assinala os fatos de: compor o arcabouço legal da profissão; basear-se no conhecimento; ser planejado; centrado no usuário; voltado a metas; possuir prioridades; e ser dinâmico. Em outra abordagem, Iyer, et al. (1993) destaca a intencionalidade, organização/sistematização, dinamicidade, flexibilidade e embasamento teórico.

Corroborando com as perspectivas anteriores Alfaró-Lefevre (2005) caracteriza o Processo como: sistemático, dinâmico, humanizado e dirigido a resultados.

Algumas vantagens do uso do Processo são apontadas por Iyer, et al. (1993), que as categoriza da seguinte maneira: *para a profissão* – demonstra o alcance da atividade de enfermagem, define seu papel perante o usuário e as demais profissões; *para o usuário e sua família* - proporciona ambiente seguro e terapêutico, envolvendo-os nas diferentes etapas, e ainda possibilita a continuidade do cuidado por meio da documentação escrita; *para a enfermeira* - aumenta a satisfação e acentua o aperfeiçoamento profissional, além do desenvolvimento de relações significativas entre enfermeira e usuários, favorece a inovação e criatividade na solução de problemas referentes ao cuidado e estimula o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais.

Ao refletir sobre os benefícios do Processo, Alfaró-Lefevre (2005) assinala o fato de abordar a pessoa de maneira *holística*, focalizando nas suas *respostas* aos problemas médicos, planos de tratamento e mudanças na vida diária. Enfatiza que as intervenções são elaboradas para o indivíduo e não para a doença.

Além destes aspectos, a aplicação do Processo de Enfermagem influencia o reconhecimento profissional, proporcionando visibilidade à profissão, favorecendo sua

institucionalização, seu afastamento da identidade feminina de submissão e, sua distinção das atividades denominadas ocupações (ANTUNES, 2000).

Sendo assim, a implantação da Metodologia da Assistência de Enfermagem oferece segurança, respaldo, além de direcionar o desempenho das atividades, corroborando para a “credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem e conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional” (CARRARO, et al., 2003, p.499).

No entanto, apesar dos benefícios citados anteriormente observa-se que apenas alguns serviços aplicam a Metodologia da Assistência de Enfermagem, estando esta prática mais presente no discurso dos profissionais do que no fazer cotidiano (MENDES e BASTOS, 2003).

As enfermeiras têm se deparado com obstáculos internos e externos à Enfermagem para utilização da Metodologia da Assistência como instrumento científico de seu trabalho. Segundo Carraro, et al. (2003), isso tem sido demonstrado pela própria prática assistencial, pois mesmo reconhecendo o Processo como instrumento de cuidado individualizado, freqüentemente, a enfermeira não o utiliza. Como fatores de dificuldade ressaltam-se questões institucionais, bem como habilidades específicas do profissional.

De acordo com Horta (1979) os elementos intervenientes para a implementação do Processo de Enfermagem concentram-se nos aspectos do preparo da enfermeira e da filosofia da instituição. Requer-se para a implementação da Metodologia da Assistência conhecimento aprofundado sobre a área específica de atuação e sobre a própria metodologia, bem como a adequação de aspectos estruturais (recursos humanos, espaço, físico,...).

Em estudo realizado por Mendes e Bastos (2003) para conhecer os significados, valores e crenças da enfermeira em relação ao Processo de Enfermagem, o exame físico<sup>2</sup> e o raciocínio clínico aparecem como as áreas de conhecimento mais deficitárias percebidas pelas enfermeiras, gerando dificuldades para implementar o Processo.

---

<sup>2</sup> Esclarece-se que o exame físico compõe a etapa inicial do Processo denominada Histórico de Enfermagem.

Um outro fator, se refere à complexidade do Processo, aspecto que se pode constatar na definição apresentada por Yura e Walsh, apud Rossi e Casagrande (2001, p.48) “...método contínuo, sistemático, crítico, ordenado, de se coletar, julgar, analisar e interpretar informações sobre as necessidades físicas e psíquicas do paciente para levá-lo à saúde, à normalidade”.

Entretanto Carraro (2001) refere que, à primeira vista, o uso da metodologia da assistência aparenta complexificar o trabalho, porém a persistência de seu uso organiza e direciona o desempenho, certificando maior qualidade à assistência prestada. Ressalta-se que, muitos estudos têm mencionado o uso da metodologia da assistência de enfermagem, além de definir, destacam sua importância para o alcance da qualidade da assistência e para a consolidação da prática de enfermagem.

Dentre as distintas denominações da Metodologia da Assistência tem-se a Consulta de Enfermagem. Criada em 1968, pelas enfermeiras participantes de um curso de Planejamento em Saúde, realizado no Rio de Janeiro, promovido pela Fundação de Ensino Especialização de Saúde Pública, ocasião em que foi considerada uma das atividades-fim em uma unidade sanitária (VANZIN e NERY, 1996).

A consulta de enfermagem, atividade privativa da enfermeira, tem o ser humano como sujeito, ancora-se nas teorias relacionadas à cultura, autocuidado, níveis de prevenção dentre outras, e enfatiza a proteção e promoção da saúde. É uma atenção organizada, sistemática e contínua, prestada ao indivíduo, família ou comunidade, com vistas a promover a saúde, por meio de identificação e intervenções precoces (VANZIN e NERY, 1996). E, refere-se à aplicação do Processo de Enfermagem em ambiente ambulatorial, ou seja, para usuários que estejam convivendo com seu ambiente natural, podendo ser realizada em Unidades de Saúde, em ambulatórios, ou ainda em domicílios.

A perspectiva direcionada para a Saúde Coletiva prevalece no olhar de Nunes (2004) que considera que a Consulta de Enfermagem se integra ao movimento de reorganização das práticas assistenciais, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, desempenhando importante papel junto à comunidade, tendo em vista seu objetivo de melhorar o estado de saúde de quem assiste.



Destaca-se em sua realização o planejamento, organização e conhecimento, conforme se pode captar nas idéias de Vanzin e Nery (1996), que referem que esta se constitui em uma atividade de unidade completa, com ações integradas e interdependentes, desenvolvidas em uma seqüência lógica, focada no alcance de resultados específicos, em consonância com padrões pré-estabelecidos; para tanto requer organização para sua realização, sugerindo assim, ser uma ação sistematizada.

Além disso, a percepção da Consulta como roteiro sistematizado é um aspecto enfatizado por vários autores, conforme se observa na afirmativa de Zagonel (2001, p.42): "...uma forma lógica, sistemática e racional..." para organizar as informações resultando em um cuidado oportuno e efetivo.

A Consulta/Processo de Enfermagem possui as etapas da coleta de dados, diagnóstico, planejamento, prescrição e avaliação. Tendo em vista que, este estudo visa conhecer a percepção das enfermeiras sobre o uso da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na consulta de enfermagem informatizada, far-se-á um recorte específico sobre a etapa do Diagnóstico de Enfermagem com intuito de subsidiar o leitor.

O termo diagnóstico de enfermagem aparece pela primeira vez na literatura de enfermagem em 1953, citado por Fry, para descrever uma etapa prévia ao desenvolvimento do plano de cuidados (CARPENITO, 2002).

Sendo uma etapa do processo baseia-se na coleta de dados, serve de referencial para a prescrição de enfermagem e é retomado na análise da evolução de enfermagem. Desta forma apresenta potencialidades tais como: orientar e justificar a prescrição, com linguagem específica da enfermagem; estimular o desenvolvimento de pesquisas; gerar no profissional o sentimento de valorização e responsabilidade pelos resultados do cliente; prestar-se a documento de auditoria e parâmetros de resultados de qualidade esperados em enfermagem (MARIA, 1997).

Segundo Cruz (2001), o Diagnóstico de Enfermagem além de constituir-se em uma etapa do processo de enfermagem, situação em que se configura na conclusão do levantamento dos dados; é considerado como processo de julgamento clínico, ou ainda como um enunciado das necessidades de cuidados detectados naqueles para quem se presta assistência.

Esta autora argumenta que o Diagnóstico, enquanto raciocínio clínico, está presente na prática assistencial desde sempre, afinal “não há cuidar sem diagnóstico” (p.66), ou seja, todo cuidado é realizado a partir da detecção de uma necessidade, ainda que esta não seja nominada como tal.

No entanto, com intuito de designar os fenômenos de que se ocupa a Enfermagem e melhorar a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e entre estes e os demais profissionais tem-se discutido sobre a estruturação de um sistema de linguagem.

Assim, a Consulta de Enfermagem constitui-se importante prática da enfermeira que atua em serviços ambulatoriais e de atenção básica de saúde. Oportunidade de encontro entre enfermeira e usuário, em que se presta assistência sistematizada, percorrendo os passos previamente estabelecidos: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados de enfermagem.

## **2.2. Sistemas de Classificação para as Práticas de Enfermagem**

Frente às considerações anteriores, julga-se a utilização da Metodologia da Assistência, Processo/Consulta de Enfermagem ainda emergente na profissão, desta maneira urge o estabelecimento de estratégias para facilitar sua adoção nos diferentes cenários da prática.

Cabe salientar que, a partir do desenvolvimento do Processo/Consulta de Enfermagem, a enfermeira, ao deparar-se com os diferentes problemas detectados na etapa de coleta de informações, necessita de um instrumento de registro, que auxilie a ordenar os achados. Sendo assim, a Classificação para a Prática de Enfermagem oferece o suporte científico para nominar os diagnósticos e intervenções de enfermagem que foram delineados durante todo o processo de interação entre enfermeira e usuário.

Os sistemas de classificação, segundo Tristão, et al. (2004, p.162) constituem-se em “...linguagens documentárias, ou seja, são sistemas artificiais de signos normalizados que permitem representação mais fácil e efetiva do conteúdo documental,

com o objetivo de recuperar manual ou automaticamente a informação que o usuário solicita” .

Assim, configura-se em um conjunto de conceitos organizados ordenadamente a partir de características previamente definidas, com intuito de estabelecer a comunicação entre a linguagem natural dos usuários e o sistema de informação (TRISTÃO, et al., 2004).

Os estudiosos da temática, tais como Straioto (2001), afirmam que os princípios teóricos da classificação podem ser aplicados para organização de diferentes sistemas de conhecimento. Deste modo, conforme afirma Tristão, et al. (2004), a classificação constitui-se em recurso de ordenamento das coisas ou conceitos que estão dispersos, sendo necessário para isso o estabelecimento de critérios rigorosos que permitam a distinção entre seus elementos. Configurando-se em uma rede ou estrutura de relacionamentos, com possibilidade de aplicação em quaisquer áreas do conhecimento.

Cabe ainda apresentar a conceituação do termo **Taxonomia**, ou Taxionomia<sup>3</sup>, que, para Tristão, et al. (2004), consiste em uma classificação analítica que sistematiza fenômenos e fornece uma base para sua explicação e entendimento, também chamada classificação científica, como exemplo tem-se a classificação do reino animal.

Outro termo utilizado nesta área das classificações, porém menos conhecido, denomina-se **Tesouro** que consiste em um vocabulário de termos relacionados, genérica e semanticamente, sobre determinada área de conhecimento (MOTTA, 1987). Tal conjunto agrupa os termos, do mais geral para os mais específicos. Existem tesouros pertinentes a objetos, plantas, minerais, ou a disciplinas específicas, ou ainda, aqueles que dizem respeito a todas as classificações, denominados classificações universais (TRISTÃO, et al., 2004).

Com significado semelhante tem-se o conceito de **Terminologia**, que, segundo Tristão, et al. (2004), se refere à atividade relacionada com a sistematização e representação de conceito, e, ainda, como um conjunto de termos que constituem um sistema de conceitos de uma determinada área.

---

<sup>3</sup> As duas formas são aceitas como corretas e têm o mesmo significado.

Para Andrade (2001), a terminologia é um estudo dos conceitos e dos sistemas conceituais que descrevem cada disciplina, que estabelece as denominações precisas de maneira a garantir uma comunicação profissional rigorosa.

E, por fim, a **Nomenclatura** é compreendida como a constituição dos termos organizados, pertinentes a uma determinada área do conhecimento (NÓBREGA, 2000).

Observa-se que os termos definidos acima se referem à preocupação com a definição de uma linguagem, ou sistema de linguagem profissional, proporcionando uma estrutura referencial comum que possibilite a comunicação interna da disciplina específica, bem como a interface entre ela e as demais, seja por meio de sistema de informação automatizado ou não. Segundo Simões (1980), a existência de terminologia específica constitui-se como condição para o desenvolvimento de uma profissão, esperando-se que os termos empregados tenham significados comuns a todos.

Dada a semelhança entre os diferentes termos e seus conceitos apresentados anteriormente, esclarece-se que neste estudo utilizam-se os termos Sistema de Classificação das Práticas de Enfermagem, Taxonomia, Terminologia e Nomenclatura como sinônimos.

A função maior dos signos ou códigos está em possibilitar o compartilhamento de significados, social e contextualmente pertinente, gerando uma comunicação efetiva. É o que acontece, por exemplo, com a palavra “cadeira”, que é utilizada para representar o objeto cadeira, e ao ser utilizada na comunicação cotidiana é compreendida porque as pessoas possuem uma representação mental de seu significado, tornando-se desnecessário a apresentação do objeto, concretamente, a cada vez que for mencionada.

Estudos nesta área do conhecimento objetivam obter significado específico e inequívoco aos vocábulos. Desta maneira, a estruturação de uma terminologia para a Enfermagem necessita do reconhecimento dos termos presentes no exercício profissional e da construção dos respectivos significados, pertinentes aos diferentes contextos da prática.

Antunes (2000, p.13) ressalta o importante benefício de um sistema de classificação na identificação dos problemas, necessidades e intervenções próprias da Enfermagem, no campo da saúde, revelando as contribuições no cuidado às pessoas -

individual e coletivamente - esquivando-se do modelo biomédico predominante e procurando um novo referencial ancorado em conhecimentos e valores novos, destacando-se dentre eles a “integralidade e a contextualização social de si própria e daqueles a quem cuida”.

De acordo com Garcia e Nóbrega (2000), os sistemas de classificação para a prática de enfermagem surgiram no mundo na década de 1950, quando as enfermeiras começavam a desenvolver as teorias de enfermagem.

Importante aspecto apontado por Carpenito (2002) refere-se ao fato de uma classificação proporcionar um sistema compatível com a informatização, configurando-se em oportunidade de inclusão e recuperação dos dados referentes à prática de enfermagem em sistema computadorizado de informação em saúde.

Cruz (1995) menciona a tendência mundial em estabelecer como tripé da prática profissional: o diagnóstico, as prescrições e os resultados esperados com a sua implementação. Tal tendência é confirmada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (GARCIA e NÓBREGA, 2005).

Nóbrega (2000) relata que uma taxonomia traria benefícios a todos os níveis da prática da enfermeira, ou seja, assistência, ensino e pesquisa. Além disso, facilitaria a comunicação, ao proporcionar uma terminologia comum para a troca de informações de todas as áreas de enfermagem.

Segundo Carpenito (2002), o desenvolvimento de um sistema de classificação das práticas de enfermagem constitui-se em um processo lento e trabalhoso e tem demandado envolvimento e esforços de enfermeiras clínicas, pesquisadoras, dentre outras, no intuito de construir um sistema científico e confiável refletindo a arte e a ciência da enfermagem.

Atualmente, existem diferentes classificações que possibilitam a documentação de enfermagem, associados às etapas do Processo de Enfermagem e aos elementos da prática de enfermagem: diagnóstico de enfermagem, intervenções e resultados (NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Dentre as mais conhecidas está a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, que é amplamente divulgada e aplicada em todo o mundo. Em 1973, nos Estados Unidos aconteceu a primeira conferência para discussão sobre a padronização

de uma nomenclatura para descrever as situações identificadas e tratadas pelas enfermeiras, surgiu a primeira versão. Desde então, esta classificação vem passando por atualizações, encontrando-se, no momento, com a estrutura multiaxial, organizada em 13 domínios, 46 classes, e 167 diagnósticos de 93 conceitos diagnósticos de enfermagem denominada Taxonomia II NANDA Internacional (NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Nóbrega e Garcia (2005) mencionam ainda as seguintes classificações: Classificação de Saúde Comunitária de Omaha, Classificação dos Cuidados Clínicos, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) e Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC<sup>®</sup>).

Em agosto de 1987, por iniciativa das Associações de enfermagem canadense e americana, foi enviada à Organização Mundial de Saúde (OMS) uma proposta de classificação de enfermagem, construída a partir da compilação dos trabalhos da NANDA, do sistema de classificação de Omaha e do Conselho de Saúde Psiquiátrico da Associação Norte Americana de Enfermagem (ANA). Com intuito de inclusão ao Código Internacional de Doenças (CID), que passava pela sua décima revisão, porém tal proposta foi rejeitada pela OMS, com a justificativa da falta de respaldo internacional (NÓBREGA, 2000).

Esse fato provocou a definição da criação de uma classificação única que expressasse o que as enfermeiras fazem, suas ações, relacionadas a quais necessidades de cuidados e com vistas a alcançar quais objetivos. Tal decisão foi tomada por ocasião do Congresso Quadrienal do CIE, no ano de 1989, em Seul-Coréia, a partir daí estruturaram-se grupos de trabalho com este fim.

Estudos realizados demonstraram a existência de diferentes classificações em uso no mundo, porém poucas continham diagnósticos, intervenções e resultados, mais comumente apresentavam apenas diagnósticos de enfermagem. Assim, constituiu-se uma estrutura taxonômica que possibilitasse a ordenação dos termos em um sistema lógico, seguindo os princípios aplicados a qualquer disciplina (CIE, 1997).

O Conselho Internacional de Enfermagem considerou, na ocasião, que para ser utilizada em todos os países esta Classificação deveria ser ampla, simples, significativa da prática, útil para organizar a prática; consistente com uma estrutura conceitual claramente definida, desvinculada de Modelo de Enfermagem específico, baseada em um núcleo central que possibilite acréscimos por meio de um processo permanente de desenvolvimento e aprimoramento, sensível às diversidades culturais, e, compatível com o uso integrado ou complementar às classificações de doenças e saúde, desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde, cujo núcleo central é a Classificação Internacional de Doenças -10 (CIE, 1997).

De acordo com o CIE (1996, p.27) os objetivos pretendidos com a estrutura de uma Classificação Internacional são:

Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, de forma a aumentar a comunicação entre as enfermeiras, e entre esta e outros profissionais; descrever o cuidado de enfermagem prestado às pessoas (indivíduo, famílias e comunidades) nos vários contextos da prática, tanto institucionais quanto não institucionais; possibilitar a comparação dos dados de enfermagem obtidos de diversos contextos clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo; demonstrar ou projetar tendências na provisão dos cuidados de enfermagem e a alocação de recursos para os pacientes de acordo com as suas necessidades, baseados nos diagnósticos de enfermagem; estimular a pesquisa em enfermagem através da vinculação com os dados disponíveis nos sistemas de enfermagem e em outros sistemas de informações de saúde; e propiciar dados sobre a prática de enfermagem de modo que possam influenciar a tomada de decisão em políticas de saúde.

No ano de 1996 o CIE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE<sup>®</sup> - versão alfa - *um marco unificador*. Esta versão foi traduzida para o português e publicada pela ABEn no ano de 1997, como exemplar da série didática: enfermagem no SUS (CIE, 1997).

Em seguida, ano de 1999, o CIE lançou a CIPE<sup>®</sup> Beta, versão que não recebeu tradução e publicação no idioma brasileiro, motivo pelo qual se utilizou o exemplar traduzido pela Associação Portuguesa de Enfermeiras, o que ocasionou muitos problemas de tradução, nos aspectos de expressões lingüísticas e, ainda, de significados culturais específicos. Tema que foi amplamente discutido por Nóbrega e Garcia (2002) em estudo específico de adaptação transcultural.

A importante mudança da versão *Alpha* para *Beta* refere-se ao enfoque multiaxial, possibilitando combinações dos conceitos dos diferentes eixos, com isso ampliando o espectro da classificação (NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Nesta versão define-se o fenômeno de enfermagem como: “aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem” (CIE, 2000, p. xiii). Organizado em oito eixos, assim designados: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia, localização anatômica, probabilidade e portador.

Sendo que, para a composição do diagnóstico de enfermagem, é necessária a combinação mínima de um termo do eixo foco da prática e um termo do eixo julgamento ou do eixo probabilidade, sendo opcional a inclusão dos demais eixos (CIE, 2000).

A classificação das ações de enfermagem também se apresenta com oito eixos, quais sejam: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via, beneficiário. E, em consonância com a regra estabelecida inclui um termo do eixo tipo de ação, sendo a participação dos demais eixos opcional. O CIE (2000) estabelece a distinção entre ação e intervenção de enfermagem, e esclarece que esta última refere-se a uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, visando a produção de um resultado de enfermagem.

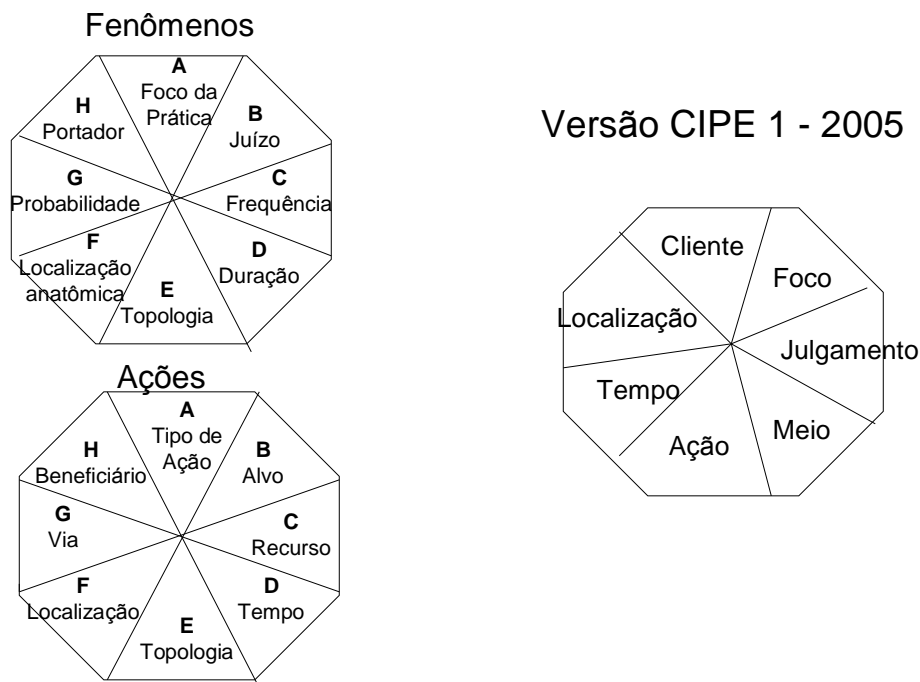
A versão *Beta 2* (CIE, 2003, p.1) apresenta uma edição atualizada dos termos e arranjo destes na ordenação taxonômica, mas mantém a estrutura de eixos para elaboração dos diagnósticos e das ações (esquema 1), bem como as mesmas regras de composição. Como resultado da revisão dos objetivos gerais do CIE acrescentou-se o aspecto relacionado ao ensino: “fornecer dados sobre a prática de enfermagem para influenciar o ensino de enfermagem e a política de saúde”. Desta maneira, o CIE evidencia que a existência de uma classificação das práticas de enfermagem tem o potencial de influenciar no processo de formação de novos profissionais.

No final do ano de 2003, a Organização Internacional de Normalização (ISO) aprovou uma norma sobre um modelo de referência para os diagnósticos e ações de enfermagem, número 18.104: Integração de um estado da terminologia da referência para cuidados de Enfermagem, que tem como finalidade estabelecer um modelo de referência para a estruturação de classificações de enfermagem (NÓBREGA e



GARCIA, 2004). O CIE, baseando-se nesta normativa lançou em maio de 2005, em seu congresso em Taiwan, a versão CIPE<sup>®</sup> 1.

Ainda não traduzida para o português, esta versão apresenta importantes mudanças, mantendo o modelo multiaxial, porém, simplificando de dezesseis eixos (oito de fenômenos e oito de ações), contidos nas versões anteriores (esquema 1), para apenas sete eixos que possibilitam a estruturação de diagnósticos, intervenções e resultados (CIE, 2005), conforme se pode observar no esquema abaixo.



Esquema 1: Representação gráfica comparativa dos eixos da CIPE<sup>®</sup> versão *Beta* 2 com o eixo da CIPE<sup>®</sup> versão 1 (CIE, 2004).

A tradução deste material para o português do Brasil, em menor tempo, bem como a organização da sua distribuição nacional, favorecendo o acesso ao material é condição importantíssima para sua propagação, de maneira a popularizá-la junto à categoria, tal qual aconteceu com a NANDA, que hoje é bastante conhecida no Brasil, além de outros países.

Conforme mencionado anteriormente, a construção da CIPE<sup>®</sup> iniciou-se a partir da junção dos sistemas de classificação de enfermagem previamente existentes. Desta maneira, percebeu-se a inexistência de termos relacionados à prática de enfermagem em atenção primária e em serviços comunitários de saúde. Com esta motivação o CIE constituiu um grupo de trabalho específico, com vistas a captar termos utilizados por enfermeiras de diferentes países, na área de atenção primária e serviços comunitários de saúde, evidenciando a linguagem, garantindo a incorporação desses termos na CIPE<sup>®</sup>, e, estabelecendo mecanismos, no âmbito dos países participantes, que possibilitassem, após o término do projeto, a continuidade de contribuição para a CIPE<sup>®</sup> (GARCIA, et al. 2002; NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Em 1994 a ABEn representava a enfermagem brasileira no CIE e participou de uma reunião do conselho consultivo para elaboração de instrumentos identificação dos elementos da prática de enfermagem nos sistemas comunitários e na atenção primária à saúde, em Tlaxcala – México (NÓBREGA e GARCIA, 2005). Configurando-se o marco inicial da participação brasileira na construção da CIPE<sup>®</sup>.

Em seguida o Brasil se fez presente na reunião em Los Angeles – Estados Unidos, em fevereiro de 1995, ocasião em que se definiu uma proposta para o desenvolvimento de sub-projetos específicos no Brasil, Chile, Colômbia e México.

Em 1996 iniciou-se o projeto CIPESC<sup>®</sup> – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, um movimento que envolveu muitos centros formadores, pesquisadores, instituições, profissionais da prática, gestores, dentre outros, e, que contou com apoio financeiro da Fundação Kellog's. Desenvolvido no período de 1996 a 2000 e tratou de três questões centrais: investigação sobre a prática de enfermagem; reflexão sobre o trabalho, do ponto de vista dos partícipes; construção de um sistema de informação que visibilize as ações da enfermagem no âmbito nacional e internacional (ANTUNES e CHIANCA, 2002).

Ao aceitar o desafio de desenvolver o Projeto CIPESC, a ABEn entendeu que a proposta brasileira ...”se sustenta no amplo envolvimento das instituições de saúde e de enfermagem, dos enfermeiros, pesquisadores, docentes e assistenciais” (EGRY, et al. 1999, p. 37).

Devido ao tamanho do país, bem como sua diversidade, definiram-se quinze cenários da pesquisa, realizada em duas etapas. Primeiramente, coletaram-se os dados de caracterização dos cenários e da força de trabalho, que receberam tratamento estatístico, após, realizaram-se grupos focais e entrevistas semi-estruturadas.

Os resultados da segunda etapa foram submetidos à análise qualitativa, sob dois focos: análise do processo de trabalho em saúde coletiva e análise semântica, identificando-se a contribuição para a produção de uma nomenclatura de enfermagem em saúde coletiva no Brasil (GARCIA, et al., 2002; SANTOS e NÓBREGA, 2002).

A existência de diferentes sistemas de classificação ainda não se mostrou suficiente para que as equipes de enfermagem dos serviços de saúde utilizem, uma ou mais delas, para organizar as ações e a documentação das mesmas prestadas ao usuário/paciente, de maneira a possibilitar a visibilização da contribuição da categoria em relação aos cuidados prestados. Assim, se faz necessário a ampla divulgação da existência de variado repertório que poderá contribuir para aprimoramento da prática da enfermagem, bem como estabelecer estratégias de estimular sua utilização, razão pela qual se dedicou este espaço de apresentação das diferentes classificações existentes.

### **2.3. Avaliação**

No campo da avaliação predomina uma polissemia de significados e de conceitos, assim como uma multiplicidade de métodos descritos por atores de matizes ideológicas distintas. Desta maneira, apresentam-se a seguir alguns conceitos e tipos de avaliação em saúde.

Avaliação é considerada como um processo genuinamente humano e praticado rotineiramente, parte do senso comum. Em sentido amplo, significa estimar valor, analisar criticamente, julgar, ponderar, classificar, alguém ou algo. Tecnicamente, consiste em procedimento sistemático, ancorado em suporte metodológico (MINAYO, 2005).

O ato de avaliar é uma exigência constante, presente em todas as atividades humanas, pois, supõe-se, que deva preceder às decisões, sejam simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e/ou resultados. Portanto a avaliação pode adquirir vários aspectos e dimensões, podendo ser entendida como um processo, um instrumento, ou ainda como um método.

Segundo Adami e Yoshitome (2003) a avaliação da qualidade em serviços e de saúde e a pesquisa avaliativa, no Brasil, encontram-se em estágio inicial de desenvolvimento, evidenciando que se tem muito a percorrer.

Ao que Novaes (2000) complementa dizendo que esta área do conhecimento passa por um processo de expansão e diversificação metodológica e conceitual, impulsionado pela necessidade de se constituírem instrumentos de apoio às decisões, que suportem a dinamicidade dos sistemas e serviços de saúde.

Diversas possibilidades de avaliação são assinaladas por Zanei, et al. (2000). Estes esclarecem que a depender do que se queira avaliar, e, do contexto, a mesma pode ser sistemática ou assistemática, pontual ou contínua, formal ou informal, objetiva ou subjetiva, profunda ou superficial, entre outros, em conformidade com o olhar e referenciais do avaliador.

Novaes (2000, p.549), em artigo de revisão, apresenta a tipologia dos estudos de avaliação em saúde em grandes categorias para avaliação de serviços, destaca a possibilidade de utilização de três tipologias: investigação avaliativa, avaliação para a decisão e para a gestão. Estes tipos de avaliação diferem entre si quanto aos objetivos, a posição do avaliador, ao objeto avaliado, a metodologia adequada, ao contexto, a utilização da informação e ao juízo formulado em relação à temporalidade.

Os critérios ou variáveis selecionadas são:

- Objetivo da avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão).
- Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.
- Enfoque priorizado: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.
- Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/ quasi-experimental.
- Contexto da avaliação: controlado ou natural.
- Forma de utilização da informação produzida: demonstração/ comprovação ou informação, instrumentalização.

- Tipo de juízo formulado: comprovação/ negação de hipóteses, recomendações ou normas.
- Temporalidade da avaliação: pontual, corrente, contínua.

A avaliação para decisão possui como objetivo dominante se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Sua capacidade de responder às questões é considerada "...mais importante do que o cientificismo do conhecimento produzido". Assim seu foco prioritário é "...o reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis" (NOVAES, 2000, p.550).

Este tipo de avaliação demonstra ser apropriada para avaliar a implantação de programas ou inovações nos serviços de saúde, afirma Novaes (2000), pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais.

Ao tomar a avaliação como instrumento para tomada de decisão, pode-se inferir que a mesma propõe um olhar para a qualidade do programa ou serviço prestado.

O conceito de qualidade, quando aplicado aos serviços de saúde, adquire características próprias, pois diferentemente da indústria em que o produto é produzido em um momento e consumido pelo cliente em outro, na saúde o produto/serviço é consumido no ato de sua produção, não havendo possibilidade de identificação prévia de produto/serviço com defeito.

A idéia de qualidade perpassa todos os tipos de avaliação, uma vez que esta possui como característica principal o estabelecimento de um julgamento, a atribuição de um valor a alguma coisa, que, quando positivo, significa ter qualidade. (NOVAES, 2000).

Embora a discussão da qualidade fortaleça-se inicialmente no setor de produção de bens (indústrias), no decorrer dos anos de 1980 este assunto passa a compor a pauta do setor saúde, impelido pela necessidade de redução de gastos; por maior exigência dos usuários em relação à qualidade dos serviços prestados; pelo aumento de processos judiciais por erro médico; e, pela necessidade de equacionar a relação custo/benefício.

Donabedian apud Tronchin, et al. (2005), parte da assertiva de que a qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente, benefícios estes, que por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os valores sociais existentes. Esse conceito pode ser ampliado, considerando-se os sete pilares da qualidade propostos, a seguir, por seu autor.

Os conceitos que possibilitam analisar os cuidados de saúde como de qualidade

1. Eficácia: capacidade de se produzirem melhorias no setor saúde, significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis dado o estado do cliente;

2. Efetividade: grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis;

3. Eficiência: medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

4. Otimização: empregar a relação custo-benefício na assistência à saúde. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescentados, que tais adições úteis perdem a razão de ser;

5. Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos clientes e familiares. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado e das características da relação profissional de saúde-cliente;

6. Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade em geral;

7. Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN apud TRONCHIN, 2005, P. 81).

Donabedian acrescenta, ainda, que um primeiro ponto na definição do que é qualidade da assistência é o de que ela não se constitui num atributo abstrato, e sim que é construída pela avaliação da assistência por meio de três dimensões:

- **Estrutura:** implica as características relativamente estáveis das instituições, como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional;
- **Processo:** refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, e no setor de saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento;
- **Resultado:** é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente da população (DONABEDIAN apud TRONCHIN, 2005, P. 81).

Tanaka e Melo (2001, p.12) fazem algumas recomendações à implantação ou implementação de um processo de avaliação, dentre as quais destaca-se:

- Iniciar pelo que é mais “palpável”, isto é avaliar as ações/atividades desenvolvidas pelos serviços ou programas. Ou seja, recomendam começar pelo que já está sendo feito, preferentemente por um aspecto pontual, considerado relevante;
- A avaliação deve ser delimitada, de tal forma que seja factível, e realizada de acordo com a possibilidade e a capacidade de cada executor;
- Começar com avaliação de processo ou das atividades desenvolvidas e baseadas em padrões. Ao iniciar desta maneira (pelo núcleo de atividades essenciais que caracterizam o programa), a análise e o julgamento dos indicadores de estrutura, processo e resultado terão maior utilidade na tomada de decisão.

A partir desses autores considera-se que este estudo realiza uma avaliação do processo de uso da nomenclatura de enfermagem implantada na SMS, a partir da reflexão sobre a percepção das enfermeiras que a experimentam, ou não, em sua prática cotidiana. Lembrando que a implantação da nomenclatura de enfermagem com base na CIPE/CIPESC em sistema informatizado configura-se em um processo inusitado e recente, o que por si, justifica a realização de estudos como este.

### **3. CONSTRUÇÃO DA NOMENCLATURA DE ENFERMAGEM COM BASE NA CIPE®/CIPESC® NA SMS DE CURITIBA**

A inclusão deste capítulo deu-se em razão da necessidade de contextualizar o leitor sobre os movimentos institucionais, e outros além de suas fronteiras, que influenciaram para que o município de Curitiba implantasse a nomenclatura de enfermagem na consulta informatizada, fato que mobilizou para a realização deste estudo.

Curitiba, capital do estado do Paraná, é uma cidade com 1.700.000 habitantes. A SMS, em Gestão Plena dos serviços municipais de saúde desde 1998, é o gestor da rede de serviços que compreende 108 unidades de saúde sendo: 45 unidades de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF), 40 unidades especializadas, 05 Unidades de Saúde 24 horas, 1 Laboratório Municipal, 1 Hospital Municipal com 60 leitos, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), além de serviços contratados e conveniados ao SUS Curitiba.

A cidade divide-se em 09 Distritos Sanitários, coincidentes com a subdivisão administrativa da Prefeitura. Na área da Saúde este espaço territorial é coordenado por um supervisor que gerencia os aspectos referentes à prestação de serviços de saúde pelas Unidades de Saúde e pelos serviços conveniados e contratados, bem como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, além da articulação com os demais setores da sociedade e com a comunidade, organizada nos Conselhos Locais e Distrital de Saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde só se constituiu como tal no ano de 1986, auge do Movimento Sanitário nacional. Até então, era um departamento de saúde da Diretoria de Desenvolvimento Social, época em que possuía 36 centros de saúde.

Entre 1986 e 1989 o número de Unidades, praticamente, duplicou deixando obsoleta a estrutura existente, a exemplo do Laboratório Municipal que funcionava com pequena capacidade e, conforme explica Santos, et al. (1998), percebeu-se a necessidade de adequar a estrutura de maneira a centralizar de o apoio diagnóstico e proporcionar maior agilidade e melhor qualidade aos serviços prestados às unidades de



saúde, como resposta à nova realidade. Situação superada com a inauguração, em 29 de março de 1992, das novas instalações do Laboratório Municipal.

Tal expansão desencadeou, em 1991, discussões internas de mudanças, que encontrou eco em uma proposta de reformulação administrativa promovida pela Prefeitura para o conjunto de seus órgãos, e que, segundo Moysés (1992), nas demais secretarias tal reformulação não se deu com tanta profundidade.

Este autor destaca ainda que o contexto nacional fomentava a construção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), e que “os pressupostos de integralidade, descentralização, regionalização, distritalização, territorialização e informação” (p.27), tornaram-se eixos do processo da mudança. Foram criadas as Regionais de Saúde, embriões dos atuais Distritos Sanitários, o Centro de Saúde foi fundido com a Clínica Odontológica constituindo a Unidade de Saúde, com chefia única que passou a ser denominada Autoridade Sanitária Local.

Enfim promoveu-se um grande movimento de reorganização do Modelo Assistencial, passando a atuar nos moldes da Vigilância à Saúde, com a territorialização das Unidades de Saúde, a revitalização das ações programáticas em saúde, o rompimento das barreiras “invisíveis” que afastavam a clientela, além da organização da atenção à demanda espontânea (MOYSÉS, 1992).

Neste momento, a Unidade de Saúde começou, efetivamente, a tornar-se porta de entrada do sistema municipal de saúde, conforme explica Leonardi, et al. (1992, p.35) “elaborou-se uma proposta de atenção à demanda cujo princípio norteador é que a legitimidade dos serviços junto à população só é alcançada na medida em que suas necessidades assistenciais estejam sendo atendidas”.

É importante lembrar que, todas essas transformações ocorreram com a participação de muitos atores de diferentes categorias profissionais, inclusive enfermeiras, aliás, vale destacar a importante participação destas nos processos de discussão e implementação das mudanças.

O que não ocorreu isoladamente, mas como apontam Rocha e Almeida (2000), nas décadas de 1980 e 1990 observou-se, no mundo todo, uma mobilização da enfermagem de reflexão e participação da reorganização dos serviços de saúde, em especial na área de atenção primária.

O Ministério da Saúde lançou Normas Operacionais Básicas (NOB) de orientação sobre as formas de gestão e organização dos sistemas municipais de saúde. Em consonância com a NOB SUS/93, em fevereiro de 1996, a SMS assume a modalidade de Gestão Semi-Plena, em que passou a gerenciar, parcialmente, a fatura dos serviços municipais de saúde (próprios e conveniados/contratados). Nesta ocasião, foram criadas as Centrais de Marcação de Consulta Especializada e Central Metropolitana de Leitos.

Desse modo, é possível dizer que a SMS de Curitiba é uma instituição de vanguarda no cenário sanitário brasileiro, colocando-se à frente em avanços necessários para consolidação do SUS, conforme afirmam Penteado, et al. (2001, p.41) “Antes mesmo de assumir o compromisso formal da municipalização a Secretaria já vinha acumulando práticas que permitiram, em momento oportuno, a sua efetivação”.

Dentre estas práticas pode-se destacar a implantação do cartão qualidade-saúde, o avanço da informatização da rede própria e a adoção do prontuário eletrônico, que segundo Penteado, et al. (2001) ocasionaram agilidade no atendimento, otimização de recursos e melhorias da qualidade, favorecendo ao gestor a reorientação das ações.

É neste cenário de uma instituição marcada pela ousadia de mudar que inicia, e se fortalece, a discussão da sistematização das práticas de enfermagem, com implantação da nomenclatura na consulta de enfermagem informatizada.

O ano de 1999 foi marcado por intensos movimentos de reflexão e ação de mudanças no processo de trabalho interno das unidades de saúde, novamente os princípios do SUS ocuparam o papel de norteador das mudanças. O Acolhimento Solidário, o assim chamado movimento de revisão das práticas nas unidades de saúde, com vistas a ampliar o acesso aos usuários, mobilizou toda a equipe da rede, valendo-se de instrumentos como treinamentos de toda a equipe e a produção de documentos institucionais, dentre eles o Manual de Práticas de Enfermagem, que define a consulta de enfermagem com suas respectivas etapas, como atribuição da enfermeira (CURITIBA, 1999a).

A implantação do prontuário eletrônico nas Unidades de Saúde, como instrumento de registro dos atendimentos realizados aos usuários, agregado a um tipo de cartão personalizado constitui-se em uma inovação presente no sistema municipal

de saúde de Curitiba, desde 1999 (SCHNEIDER, et al., 2001). Iniciada com o propósito de instituir um prontuário único para cada cliente, com registro de todos os atendimentos nos serviços de saúde, agregada a um tipo de cartão personalizado.

A implantação do sistema de prontuário eletrônico nas Unidades de Saúde (US) teve como piloto a US Vila Clarice, no Distrito Sanitário Portão. Segundo Schneider, et al. (2001), esta experiência possibilitou correções do sistema e provocou revisão do processo de trabalho da equipe.

Tendo como ponto de partida o cadastro dos moradores do território da área de abrangência da Unidade, o prontuário eletrônico, quando criado, compreendia campos específicos de dados cadastrais e campos para registros dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, condizente com as atividades realizadas rotineiramente nas Unidades, à exceção da consulta de enfermagem, prática presente na instituição, no entanto, não incorporada ao sistema informatizado.

Percebendo-se tal falha, enfermeiras assistenciais iniciaram questionamentos sobre a impossibilidade de registro da consulta de enfermagem. Havendo outros aspectos a serem modificados no sistema organizou-se, em final de 2001, uma agenda de discussão de problemas e propostas de melhorias a serem implementadas, ocasião em que um grupo de enfermeiras pleiteou a inclusão da consulta de enfermagem no sistema.

Durante o processo de discussão verificou-se a necessidade de inclusão das diferentes etapas da consulta de enfermagem (coleta de dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), para tanto, se identificou a necessidade de utilizar linguagem padronizada. Como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) havia concluído no ano anterior o trabalho de pesquisa que originou a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), considerou-se a participação da ABEn Paraná para aprofundamento da discussão.

Assim nasce o Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem da SMS, que passa a estudar a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE® e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®. Ao perceber a riqueza dos resultados do projeto CIPESC®, toma-o como

ponto de partida para o desenvolvimento da sistematização da prática de enfermagem na rede municipal de saúde, e define como objetivos:

Implementar a consulta de enfermagem no prontuário eletrônico da SMS/Curitiba; incorporar a CIPEsc (adaptado à realidade local) como ferramenta à prática de enfermagem; sistematizar e validar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para uso na rede municipal de saúde; incentivar a produção científica pelos profissionais de enfermagem; aumentar a visibilidade da prática de enfermagem no âmbito da SMS/Curitiba (CUBAS, et al., 2004, p.61).

Para a inclusão da consulta de enfermagem no prontuário eletrônico seria necessária a utilização de linguagem padronizada, com vistas à recuperação, dos dados, possibilitando diferentes agrupamentos, classificações e análises, convertendo-os em informações. Para tanto haveria que se definir previamente os termos para expressar as condições de saúde-doença detectadas pelas enfermeiras, bem como as ações desenvolvidas por estas em resposta às situações encontradas, e ainda os resultados obtidos. Desta maneira optou-se por utilizar a CIPEsc<sup>®</sup> – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva contemplando os elementos da prática: diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, como instrumento de padronização de linguagem das etapas que compõem o Processo/Consulta de Enfermagem, quais sejam o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem.

A VI Conferência Municipal de Saúde aprovou, na íntegra, a tese apresentada pela ABEn - PR que continha a proposta de construção da Rede de Atenção Contínua de Enfermagem no Sistema Integrado de Serviços de Saúde, com estratégias voltadas para a inclusão de todas as atividades desempenhadas pelas Enfermeiras no relatório de produtividade da SMS; a criação do campo da Consulta de Enfermagem no prontuário eletrônico; a integração da Consulta de Enfermagem às programações locais, além do estabelecimento de parcerias com instituições de ensino para capacitações para as profissionais enfermeiras (CUBAS, et al., 2004).

A aprovação deste texto na Conferência impulsionou o trabalho do Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem da SMS, que já vinha trabalhando na perspectiva de implantar a nomenclatura de enfermagem no prontuário eletrônico.

Em articulação com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e a ABEn – PR organizou-se um curso de aperfeiçoamento em Sistematização do Processo de Cuidar Saúde Coletiva, com carga horária total de 195hs, envolvendo 150 enfermeiras da rede municipal, realizado durante o ano de 2002, e que proporcionou as enfermeiras da rede uma atualização clínica nas principais áreas de atenção, tais como: criança, gestante, prevenção de câncer de colo e de mama, adulto crônico, saúde mental, além de aulas específicas para familiarização com a CIPESC®, enquanto processo histórico e uso para construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Paralelamente formulou-se uma proposta de implantação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções específica no sistema informatizado, e diante da complexidade do assunto a SMS estabeleceu um contrato de consultoria com a ABEn Nacional (CUBAS et al, 2004).

Organizaram-se oficinas de construção dos elementos da prática de enfermagem na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba com enfermeiras assistenciais e gerenciais dos diferentes Distritos com intuito de balizamento conceitual, utilizando-se de metodologia problematizadora (BORDENAVE; PEREIRA, 2004), e retrospectiva (CIE, 2000), e ancorando-se na matriz da CIPE® e nos fenômenos e ações da CIPESC®, delineou-se a Nomenclatura de Enfermagem da SMS.

O tema de Saúde da Mulher foi o primeiro a ser desenvolvido, esta escolha deu-se devido a larga experiência das enfermeiras da rede com esta clientela, em consonância com a existência de programas institucionais (Mãe Curitibana, Planejamento Familiar,...) consolidados (ALBUQUERQUE, et al., 2005).

Em maio de 2004 implantou-se na consulta de enfermagem, contida no prontuário eletrônico da SMS, a Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de Enfermagem da SMS, para a área da mulher, em caráter piloto nas 09 USs do Distrito Sanitário Cajuru, no mês seguinte ampliou-se para as demais Unidades que já estavam informatizadas (ALBUQUERQUE, et al., 2005).

O grupo seguiu trabalhando e em maio de 2005 implantou no sistema a nomenclatura de diagnósticos e intervenções da área de saúde da criança, atualmente está disponível no sistema o tema Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

## **4. METODOLOGIA**

### **A. Cenário**

O presente estudo realizou-se com enfermeiras da Secretaria de Saúde do município de Curitiba. O detalhamento da instituição, bem como de seu contexto histórico e do momento da realização do estudo encontra-se detalhado na revisão de literatura.

### **B. Desenho do estudo**

Estudo transversal do tipo descritivo, de abordagem quantitativa. O estudo transversal recebe esta denominação por coletar os dados em um período específico, caracterizando uma delimitação temporal, evidenciando as características do fenômeno estudado em um dado momento histórico. Oferece as vantagens de ser de baixo custo e apresentar alto poder descritivo, fornecendo subsídios para o planejamento, em geral, utiliza amostras representativas da população, para tanto, vale-se da estatística para sua definição (ROUQUAYROL, ALMEIDA, 1999).

A pesquisa descritiva baseia-se, segundo Tobar e Yalour (2001), na caracterização de determinado fenômeno ou população, proporcionando uma visão geral sobre o tema, sem estabelecer a profundidade do recorte explicativo. Utiliza técnicas de coleta de dados como entrevista ou questionários, procedimentos de amostragem, podendo verificar hipóteses, relações entre variáveis, realizar avaliação de programas ou descrição de populações (TRIPODI, et al.,1981).

#### *B.1 – Amostra*

Constituiu-se de enfermeiras assistenciais da rede municipal de saúde de Curitiba, lotados em unidades de Saúde que tem implantado o módulo da consulta de enfermagem no sistema informatizado e, que, concordaram em participar do estudo, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

Tendo em vista as diferentes áreas de atuação das enfermeiras na rede municipal, foi estabelecido um recorte para seleção de profissionais com potencial de contribuição para este estudo, sendo assim, se observaram os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

#### *B.1.1 - Critérios de inclusão:*

De acordo com Chizzotti (2000) os dados de um estudo devem ser obtidos com as pessoas capazes de fornecer informações úteis aos objetivos do mesmo, assim o grupo de estudo compôs-se de enfermeiras que atenderam os seguintes quesitos:

- ü Estar desempenhando funções assistenciais;
- ü Ter sido admitido na instituição em data inferior a janeiro de 2005;
- ü Concordar, voluntariamente, em participar deste estudo.

#### *B.1.2 - Critérios de exclusão:*

Enfermeiras que, no momento da pesquisa, estavam:

- ü Lotados em US 24hs, pois nestas unidades ainda não estão instaladas as telas da consulta de enfermagem no sistema informatizado;
- ü Lotados em US que ainda não dispunha do sistema informatizado;
- ü Desempenhando atividades técnicas não assistenciais ou de gestão.

#### *B.1.3 - Tamanho da Amostra*

Partindo-se do número total de enfermeiras da SMS, 443, no mês de junho de 2005 (CURITIBA, 2005) e utilizando-se de recursos do Epi-info, chegou-se à amostra de 100 enfermeiras. Considerando as possíveis perdas (não aceite, resposta fora do prazo, dentre outras), recomendou-se o envio de 110 questionários.

#### *B.1.4 - Técnica de Seleção da amostra*

Para definição dos participantes realizou-se sorteio simples, utilizando a tabela de números aleatórios (CONTANDRIOPOULOS et al, 1999, p.62). A opção por esta técnica se ancorou em Rouquayrol e Almeida (1999) que ressaltam que a amostra



aleatória concede a cada membro da população a mesma chance de integrar a amostra.

Os números obtidos no sorteio foram aplicados à listagem de enfermeiras da SMS, numerada em ordem crescente alfabética. Em situações em que o número sorteado coincidiu com profissionais enquadrados nos critérios de exclusão, o mesmo foi desconsiderado e realizado novo sorteio, assim sucessivamente até preencher a amostra.

### **C. Coleta de dados**

#### *C.1 - Instrumento de coleta de dados:*

Alicerçado no pensamento de Chizzotti (2000) que afirma ser o questionário um instrumento formulado com a intenção de capturar dos participantes as informações/opiniões que dispõem sobre determinado assunto, elaborou-se um instrumento específico para este fim. Tal instrumento constituiu-se de perguntas previamente elaboradas e dispostas sistemática e seqüencialmente, em torno do tema pesquisado.

Este mesmo autor ressalta ainda alguns cuidados a serem observados para a elaboração do questionário: que o pesquisador tenha claro os objetivos do estudo, que o instrumento seja progressivo, preciso, coerente e ordenado, e que se utilize linguagem clara, evitando ambigüidades, dúvidas ou incompreensões (CHIZZOTTI, 2000).

As vantagens do questionário, apresentadas por Richardson e cols. (1999), constituem a facilidade de obter informações de um grande número de pessoas em um curto espaço de tempo, relativa uniformidade (devida à padronização do instrumento), sendo anônimo possibilita a livre expressão dos participantes e, a facilidade da tabulação dos dados.

Algumas desvantagens também são apontadas por esses autores, dentre elas a dificuldade de retorno dos instrumentos preenchidos, sob pena de afetar a representatividade dos resultados; a validade, ou seja, incerteza de que as informações prestadas correspondem à realidade, e a confiabilidade, pois as respostas dos participantes variam em diferentes circunstâncias.

A construção do instrumento deu-se a partir dos resultados da oficina de avaliação do CIPESC realizada com as enfermeiras dos Distritos Sanitários no período de agosto a novembro/04. Nesta ocasião as enfermeiras apontaram facilidades e dificuldades do uso da nomenclatura de enfermagem no prontuário eletrônico da SMS (CUBAS, et al, 2006).

O instrumento (Apêndice 1) é composto por duas partes, sendo:

- Parte 1 – dados de identificação do respondente. Coleta dados sobre o pesquisado, tais como: sexo, idade e perfil profissional;
- Parte 2 – coleta os dados específicos sobre o uso do sistema informatizado e da nomenclatura de enfermagem implantada neste, para a realização da consulta de enfermagem, identificando aspectos que facilitam ou dificultam seu uso.

### *C.2- Teste piloto do instrumento*

Seguindo as recomendações de Chizzotti (2000), que considera a aplicação do teste do instrumento um importante recurso para se identificar problemas de linguagem e de estrutura lógica, dentre outras dificuldades. No presente estudo foram enviados dez instrumentos, dos quais retornaram nove e que foram devidamente analisados.

A composição dos integrantes do piloto seguiu o preconizado por Richardson e cols. (1999) qual seja, de aplicar o piloto em um grupo com as mesmas características da população da pesquisa. O critério de seleção, a exemplo da amostra, deu-se por sorteio aleatório, respeitando os mesmos critérios de inclusão e exclusão.

As enfermeiras que participaram do piloto não teceram comentários de acréscimo ou retirada de item, bem como, não assinalaram, nenhuma vez, o item “sentiu dificuldade para responder esta questão?”. No entanto, na análise das respostas percebeu-se a necessidade de acréscimos e alterações na redação com intuito de facilitar a compreensão do respondente, sem modificação da essência das questões.

### *C.3 Processo de coleta dos dados*

Após a seleção da amostra foi realizado contato telefônico com os profissionais sorteados, explicando o estudo e perguntando da possibilidade de participarem do mesmo. Nos casos de aceite combinou-se o envio e retorno do instrumento e termo de consentimento, por meio do serviço de malote interno da instituição na maioria dos casos, havendo algumas situações de entrega e devolução efetuadas pessoalmente.

Durante os contatos com os profissionais sorteados encontraram-se algumas situações que exigiram do pesquisador a realização de novos sorteios para completar a amostra, tais como: enfermeiras afastadas do trabalho (férias, licença prêmio, licença tratamento de saúde, outros); mudança de função, (profissionais que assumiram funções gerenciais), ou ainda a recusa da participação, que neste estudo resumiu-se a três casos.

A realização do contato telefônico antes de encaminhar os questionários configurou-se em trabalho árduo, exigindo muitas ligações para a mesma pessoa, pois ora o telefone estava ocupado, ora a enfermeira estava em atendimento, ou em treinamento, ou em visita domiciliar, enfim muitas ligações até conseguir falar com o participante. Porém, percebeu-se que esta estratégia influenciou positivamente para o aceite e participação das enfermeiras neste estudo.

Os questionários foram distribuídos e recolhidos nos meses de outubro e novembro de 2005. Em casos de não devolução do questionário, no prazo estabelecido, realizaram-se ações de busca ativa, utilizando o recurso de lembrete por escrito e telefonemas. Desta forma detectaram-se casos de não recebimento do questionário (falha do serviço de malote? Dificuldades na comunicação interna das Unidades de saúde? Equívocos da pesquisadora ao enviar os formulários?). Enfim, algumas falhas no processo de comunicação, mas o monitoramento dos questionários possibilitou a identificação e correção em tempo, minimizando prejuízos ao trabalho.

### **D. Variáveis**

Para este estudo foram estabelecidas variáveis que orientaram a elaboração do questionário, estas agrupadas constituíram categorias para a apresentação e discussão dos resultados.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>
Sexo Idade Tempo de conclusão da graduação Instituição formadora Tempo de serviço na SMS Qualificação profissional	Perfil profissional
Familiaridade com o computador Raciocínio clínico NANDA CIPE® CIPESC®	Conhecimentos específicos
Realiza consulta Tempo de experiência na realização da consulta de enfermagem N.º de Consultas de enfermagem por semana N.º Consulta de Enfermagem nas duas semanas anteriores Períodos de tempo da semana Clientelas atendidas Consulta de vinculação Organização dos atendimentos Aspectos gerais do trabalho	Consulta de enfermagem
Disponibilidade de salas N.º de enfermeiros assistenciais Facilidades do sistema informatizado Dificuldades do sistema informatizado	Infraestrutura
Participação no processo de construção Contato com o processo de implantação Frequência de utilização da nomenclatura Facilidades	Nomenclatura

Diagnósticos de enfermagem	
Intervenções de enfermagem	
Experiência do uso	
Potenciais benefícios	
Potenciais riscos	

### **E. Processamento e análise dos dados**

Utilizou-se o programa EPI-Info, um pacote estatístico de suporte e análise de dados, de domínio público. Os dados foram digitados em arquivo próprio do programa e o banco de dados analisado utilizando os recursos de análise estatística. Além de recursos do Excell para organização e apresentação de gráficos.

### **F. Aspectos éticos**

O presente estudo teve seu projeto apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Curitiba (Anexo 1).

Explicou-se ao participante, por meio de contato telefônico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), que retornou assinado, anexo ao questionário respondido. Este documento esclarece sobre o caráter voluntário da participação e a garantia da confidencialidade e sigilo dos dados, bem como a preservação de sua identidade, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para cumprimento dos objetivos propostos foram enviados cento e dez questionários para as enfermeiras da rede municipal de saúde, dos quais retornaram cento e um (91,8%). Segundo Barros e Lehseld (1990) em pesquisas que utilizam questionários se espera um percentual de 20% de perdas. Alguns fatores relacionados à forma de realização deste estudo e outros condicionantes sugerem explicações ao índice de respondentes.

O caráter coletivo presente no trabalho de elaboração e implantação da nomenclatura de enfermagem na rede municipal, pode ter influenciado a significativa participação das enfermeiras. Tal aspecto foi relatado por Albuquerque e Cubas (2005, p.15): “muitas mãos foram envolvidas no processo de idas e vindas num efetivo aprender, discutir e construir”. Cabe ressaltar que o envolvimento das enfermeiras como partícipes no processo de revisão de suas práticas e incorporação de sistemas de classificação, configura-se em pressuposto originário desde a concepção do Projeto brasileiro CIPESC®, e que o acompanhou durante toda a realização (EGRY, 1999), no contexto de Curitiba esta premissa foi efetivamente respeitada.

Outro aspecto que pode estar associado ao alto percentual de devolução dos questionários refere-se à posição da pesquisadora, que, embora esteja realizando um trabalho acadêmico, o que segundo Novaes (2000) a colocaria como avaliador externo, também compõe o quadro de profissionais da SMS, sendo partícipe do processo em discussão, imprimindo assim ao trabalho uma identidade institucional.

Importante ressaltar que a utilização de mecanismos internos de comunicação (malote, reunião gerencial nos Distritos Sanitários) favoreceu o envio e a devolução dos questionários.

Em olhar panorâmico para os resultados obtidos vale comentar a representatividade da amostra. Participaram deste estudo 101 enfermeiras, dentre 443 lotadas na SMS (CURITIBA, 2005a) e, considerando suas diferentes funções na instituição (técnico-administrativas, gerenciais ou assistenciais), tal quantitativo representou mais de 50% das enfermeiras assistenciais.

Ainda sobre a abrangência do presente estudo, ressalta-se que das 95 Unidades que possuíam condições para a realização da consulta de enfermagem e sua documentação no sistema informatizado, 76 (80% das US) estão representadas na pesquisa.

O caráter aleatório de seleção da amostra cerceou possíveis direcionalidades, possibilitando a apreensão da diversidade do perfil profissional, a captação de profissionais com distintos graus de envolvimento no processo de construção e implantação da nomenclatura na consulta de enfermagem, além das especificidades histórico-estruturais das Unidades de Saúde.

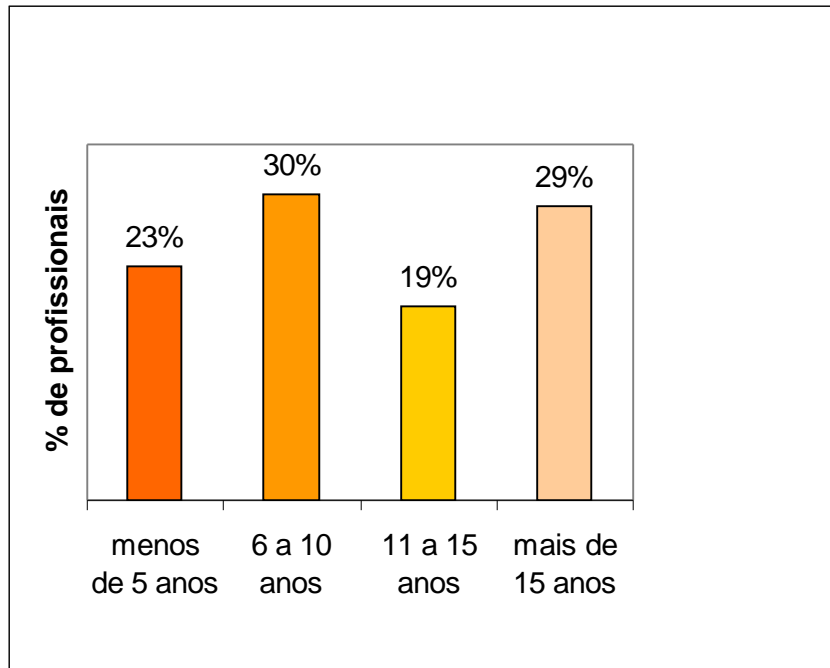
Feitas estas considerações iniciais segue-se a apresentação e discussão dos resultados, para tanto se utilizará as categorias de análises e respectivas variáveis mencionadas no capítulo da metodologia.

### **Perfil profissional**

A prevalência do sexo feminino ficou evidenciada pelo percentual de 97% dos participantes. A idade variou de 23 a 55 anos, sendo a média de idade de 39 anos.

O tempo de conclusão do curso de graduação está demonstrado no gráfico 1, no qual ressalta-se que a soma do grupo de formados há menos de 5 anos, acrescidos dos formados entre 6 e 10 anos perfazem o percentual de 53% dos participantes.

**Gráfico 1** – Distribuição dos participantes em relação ao tempo de conclusão da graduação. Curitiba, 2005.



Em relação às instituições formadoras, houve predominância das escolas locais (88%), sendo 51,5% oriundos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR); 27,7% da Universidade Federal do Paraná (UFPR); 8,9% de outras escolas em Curitiba. Ainda, 6% de enfermeiras formadas no interior do estado e 6% em outros estados.

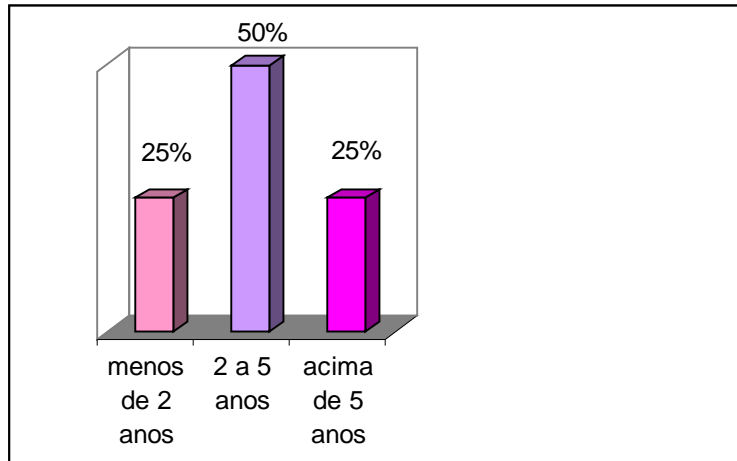
No que diz respeito ao tempo de serviço na instituição, o gráfico 2 evidencia que 75% dos profissionais atuam há menos de 5 anos na instituição. O que demonstra uma captação recente de profissionais, que pode ser constatado em comparação com estudo realizado por Kalinowski (2000). Esta, ao apresentar o cenário de sua pesquisa, informa o quantitativo de 274 enfermeiras, o que denota um acréscimo de 61,8% até junho de 2005, com 443 profissionais.

Comparando os gráficos 1 e 2, tem-se que os profissionais, embora formados há mais tempo, ingressaram na SMS mais recentemente, provavelmente tendo vivenciado outras experiências profissionais ou na área de saúde coletiva, em outros municípios, ou na área hospitalar, o que pode ser um aspecto positivo, pois, viria para a instituição



com maior experiência, ou uma dificuldade, pois, desconheceria aspectos próprios do trabalho em Unidades de Saúde, são questões a serem exploradas em estudos futuros.

**Gráfico 2-** Distribuição das enfermeiras de acordo com o tempo de serviço na SMS de Curitiba – PR, ano de 2005.



Quanto a qualificação profissional foram captadas informações a respeito de cursos de pós-graduação, sendo que nenhum dos respondentes informou cursos de mestrado e/ou doutorado, enquanto 58 enfermeiras afirmaram ter cursado pelo menos uma especialização, das quais 52% são coincidentes com a área de atuação, ou seja, saúde pública, saúde coletiva e saúde da família; as áreas clínicas representaram 13% e as áreas de gerenciamento e educação apareceram com 6% cada.

Em relação a participação em cursos de atualização específicos sobre consulta de enfermagem e CIPESC, contabilizou-se que 40,6% participaram do curso de atualização em Sistematização do Processo de Cuidar em Saúde Coletiva, e no momento da pesquisa, 43% cursavam a atualização em CIPESC, promovida pela ABEn-PR, em parceria com a SMS de Curitiba.

## Conhecimentos específicos

Com relação a aproximação e/ou experiência com conteúdos específicos sobre sistemas de classificação em enfermagem, durante o curso de graduação obteve-se que: 51,5% dos participantes receberam o conteúdo de raciocínio clínico e construção diagnóstica; 47,5% afirmaram terem obtido conhecimentos sobre linguagens padronizadas de enfermagem, com predominância da NANDA em 64,6% dos casos, sendo que destes 38,6% experimentaram seu uso.

Em relação a CIPE<sup>®</sup>, 20,8% afirmaram ter entrado em contato com este tema na graduação e 13,9% entraram em contato com a CIPESC<sup>®</sup>. Sendo que, do total das enfermeiras, 21,8% afirmaram não terem tido nenhuma aproximação com sistemas de classificação no decorrer da graduação.

No que tange aos 58 enfermeiros que possuíam especialização, a aproximação e/ou experiência com os sistemas de classificação em enfermagem durante a realização da pós-graduação observou-se que 43% (25) deles tiveram aula sobre raciocínio clínico; 29,3% (17) aula sobre linguagem padronizada; 20,7% (12) receberam o conteúdo de diagnósticos NANDA, sendo que destes apenas 4 experimentaram seu uso; 31% (18) referiram ter recebido conteúdo sobre CIPE<sup>®</sup>, 32% (19) tiveram o conteúdo CIPESC<sup>®</sup> e 43,1% não tiveram qualquer aproximação com esses assuntos.

Aspectos como conhecimentos em enfermagem, habilidades em raciocínio clínico, experiência profissional são apontados por Carraro (2001) como quesitos importantes para a realização do processo de enfermagem.

Pesquisas que investigaram sobre o ensino de metodologia da assistência, junto aos professores de graduação em enfermagem (DELL'ACQUA e MIYADAHIRA, 2002, CARRARO, et al., 2003), encontraram que a metodologia é ensinada por boa parte dos professores, e que existe por parte destes uma preocupação quanto à importância do tema para a formação profissional. Dell'acqua e Miyadahira (2002) identificaram que a inexistência de metodologia implantada no campo de prática dos alunos constitui-se em dificuldade de ensino do processo de enfermagem.

Sobre a familiaridade com o instrumento de trabalho computador: 94,1% referem utilizar o prontuário eletrônico com facilidade; 75,2% apóiam a equipe para solução de

problemas referentes ao uso do sistema na Unidade, e, apenas 3% utilizam o prontuário com dificuldade.

Com intuito de compreender melhor o aspecto de familiaridade com o computador foi perguntado sobre o uso do equipamento fora do ambiente de trabalho, ao que 70,3%, responder fazer uso da *internet*, 54,5% comunicar-se por *e-mails*, 48,5% usar para digitação de textos, enquanto 20,8% disseram que não utilizam o computador fora do ambiente de trabalho.

Esses dados demonstram que a incorporação do computador como instrumento de trabalho das equipes de saúde da SMS é um fato, ainda que o profissional não o utilize fora do ambiente de trabalho, seja por não dominar seu uso, ou ainda por não dispor do equipamento, enquanto bem de consumo.

### **Consulta de enfermagem**

Nesta categoria foram obtidas muitas informações a respeito de como as enfermeiras organizam seu processo de trabalho para realizar, ou não, a consulta na sua prática assistencial.

Iniciando por conhecer o número de participantes que realizam a consulta de enfermagem constatou-se que 98% das enfermeiras a realizam.

Quanto a consulta de vinculação para gestante, preconizada pelo programa institucional Mãe Curitibana (CURITIBA, 1999b) 97% das participantes afirmaram que a realizam.

A tabela 1 apresenta o resultado da relação entre tempo de serviço das enfermeiras na SMS com o tempo de experiência na realização da consulta de enfermagem. Observa-se que dentre as enfermeiras que ingressaram na SMS há menos de 2 anos, há uma coincidência entre o tempo de casa e a prática da consulta de enfermagem, no entanto as demais, com mais tempo de casa, passaram a realizar a consulta mais recentemente, evidenciando que a consulta de enfermagem passou a ser uma prática institucionalizada mais recentemente.

Ressalta-se que o total de respondentes às duas questões relacionadas na tabela abaixo foi de 89, pois embora tenham retornado 101 questionários algumas enfermeiras não responderam a todas as perguntas.

**Tabela 1** – Relação do tempo de serviço das enfermeiras na Secretaria Municipal da Saúde com o tempo de experiência na realização da consulta de enfermagem. Curitiba, 2005.

Tempo de serviço na SMS (em anos)	Tempo de experiência na realização de consulta de enfermagem (em anos)			
	< 2 anos	2- 5 anos	6 anos e mais	Total
< 2 anos	18	1	2	21
2- 5 anos	1	42	3	46
6 anos e mais	3	8	11	22
Total	22	51	16	89

Ao focalizar as 22 enfermeiras com 6 ou mais anos de tempo de instituição, observa-se que a metade possui experiência na realização da consulta em tempo inferior a 6 anos. Outro dado a ser destacado refere-se às 22 enfermeiras que realizam consulta há 1 ano, destas, 18 tem vínculo institucional até 1 ano, mostrando que o início da experiência profissional com a consulta de enfermagem coincide, majoritariamente, com o ingresso na instituição.

Quanto aos períodos de tempo<sup>1</sup> da enfermeira dedicados à realização da consulta de enfermagem, encontrou-se a utilização média de 3,3 períodos semanais para esta atividade, sendo que 37% dos profissionais dedicam 2 períodos por semana e 26,1% por 3 períodos. Marcon, et al. (2002), em estudo sobre a atuação de enfermeiros em 21 Unidades de Saúde, no município de Maringá, pois identificou que o tempo semanal dedicado por aquelas profissionais para a assistência direta aos usuários era de 11h56', sendo que destas, cerca de 1h20', era específica para a realização da consulta de enfermagem. Comparando com a pesquisa citada a dedicação das enfermeiras da SMS à prática da consulta é bastante maior, mas ainda inexistem parâmetros nacionais que permitam estabelecer uma valoração mais precisa.

<sup>1</sup> Jornada de trabalho de 40 hs semanais e a semana subdividida em 10 períodos.

É importante esclarecer que até o presente momento não existe uma normatização, pela SMS, em relação ao número de períodos a serem dedicados pelas enfermeiras para esta atividade, porém os protocolos clínicos institucionais orientam a realização de consulta de enfermagem como estratégia de monitoramento de clientelas específicas (gestantes, puérperas, crianças, portadores de doenças crônicas,...). Acredita-se que, futuramente, a instituição se posicione mais claramente a respeito.

As clientelas atendidas pelas enfermeiras encontram-se apresentadas no quadro 1, no qual se destaca alto percentual no atendimento diário às clientelas adulto, mulher e gestante, sendo que na periodicidade semanal aparece com maior evidência as clientelas criança e gestante, para as quais, normalmente, são organizadas agendas semanais.

**Quadro 1** - Distribuição de consulta de enfermagem a clientelas específicas por periodicidade do atendimento. Curitiba, 2005.

Clientela	Periodicidade / percentual de atendimento					
	diário	semanal	quinzenal	mensal	Eventual	Não atende
Criança	19%	41%	1%	6%	27%	6%
Adolescente	14%	12%	1%	2%	61%	10%
Adulto	50,5%	14%	-	4%	22,8%	8%
Hipertenso/diabético	23,8%	36,6%	5,9%	10,9%	14,9%	8%
Mulher	57,4%	20,8%	-	5,9%	10,9%	6%
Gestante	45,5%	40,6%	4%	2%	4%	2%

Tendo em vista os movimentos institucionais de implantação de protocolos de atenção a saúde para gestantes, hipertensos, dentre outros, que apresentam as atribuições das diferentes categorias profissionais, as enfermeiras tem ampliado sua atenção clínica para além da tradicional área de materno-infantil.

Referente à organização dos atendimentos para a gestante registrou-se que 50,5% atendem em livre demanda, 58,4% programam a agenda, 15,8% possuem agenda programada diária, 5,9% só atende gestante na ausência do médico e 2% não realiza consulta para gestante.

A organização dos atendimentos direcionados para mulheres não gestantes distribuiu-se da seguinte maneira: 72,3% atendem em livre demanda; 42,6% agenda

programada; 11,9% agenda programada diária; 5% realiza consulta para mulher apenas quando não há médico e 1% não faz consulta para mulher.

Observa-se que o atendimento da gestante acontece, majoritariamente, por meio de agenda programada, fato atribuído ao aprazamento recomendado das consultas de pré-natal, o que não ocorre na clientela de mulheres (fora do período gestacional), que em geral demandam a US conforme a necessidade.

A informação de que algumas enfermeiras só atendem consulta (para mulher ou gestante) na ausência do profissional médico pode estar relacionada à dificuldade de espaço físico, portanto a ausência do referido profissional equivale à disponibilidade da sala para atender, outra possibilidade é a de que a enfermeira não atende consulta de enfermagem por envolver-se com outras atividades da US, porém em situações da falta do médico (após o horário de trabalho, excedente de pessoas em relação à capacidade da agenda médica, férias, falta ou licença de saúde do profissional). Observa-se que esta é uma questão que necessita mais informações para compreender os reais motivos que levam a esta atitude de algumas enfermeiras.

O número de consultas nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário, realizadas para gestantes, foi de pelo menos 10 consultas em 50% dos respondentes, sendo que 44,4% atenderam 12 ou mais consultas e 45,5% consultaram 8 ou menos gestantes. Considerando que além da gestante as enfermeiras atendem outras clientelas, conforme já descritos anteriormente, esta informação corrobora com a outra questão em que se obteve a dedicação de 3,3 períodos semanais para a realização de consultas.

Quanto aos aspectos gerais do trabalho nas Unidades de Saúde que influenciam a realização da consulta de enfermagem foram apontados como dificuldades, por 84,2% das respondentes, as múltiplas interrupções à consulta de enfermagem pela equipe e por 75,2% a pressão da demanda.

Muito comumente a enfermeira é solicitada, pelos demais membros da equipe, para auxiliar na resolução de problemas variados, afeitos ou não à enfermagem, desviando-a do foco central do trabalho - atenção ao cliente/usuário- para exercer o papel de facilitadora do trabalho dos demais profissionais, esta situação tem sido relatada por vários autores, dentre eles Lunardi Filho, et al. (2004), que complementa

argumentando que esta prática contribui para a não definição do seu espaço profissional.

Os aspectos de Infraestrutura configuraram-se em importante fator de dificuldade apontado pelas participantes. As situações variaram do número de enfermeiros/US, à disponibilidade de local para realizar a consulta, passando por aspectos referentes ao sistema informatizado, considerado aqui como infraestrutura uma vez que todo o trabalho realizado na US necessita ser registrado no sistema informatizado, portanto faz-se necessário que o equipamento e software estejam em condições adequadas de uso. As inadequadas condições no campo de atuação da enfermagem são citadas por Cestari (2002) que assinala a adoção, por vezes, de novos instrumentos de trabalho para a enfermagem sem que haja correspondente adequação das condições materiais para sua aplicação. Considerando que a implementação da consulta de enfermagem bem como o acréscimo de profissionais é relativamente recente, espera-se superação destas limitações para que a prática evolua para atingir seus propósitos.

Ao perguntar para a participante da pesquisa o número de enfermeiras assistenciais que estavam atuando na sua US, no momento do preenchimento do questionário, obteve-se que 28,6% das US contavam com três enfermeiras, 26,5% com duas e 27,6% com uma.

A adesão do município ao Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, com 5 US, e sua expansão gradativa, chegando aos dias atuais com 45 US, influenciou diretamente a prática das enfermeiras, que passaram a se responsabilizar por uma população delimitada, envolvendo-se mais diretamente com a assistência aos usuários. Além de provocar um incremento do número de profissionais na instituição, em consonância com o preconizado nas diretrizes do programa, que preconiza, dentre outros princípios e diretrizes a inclusão da enfermeira na equipe PSF, um parâmetro quantitativo da relação população e número de equipes, o vínculo equipe-comunidade, a resolutividade das ações em saúde, tendo a família como foco de sua ação (BRASIL, 1994).

Os aspectos referentes à estrutura do prontuário eletrônico, que se constituem em dificuldades para utilização cotidiana foram: lentidão, telas compartimentalizadas, campos repetidos, a exigência de preenchimento de muitos dados e a retirada de

poucas informações, interrupções da transmissão de dados, além de que a, expressiva, maioria considerou sistema incompleto, conforme se pode constatar a partir da descrição dos resultados a seguir:

- ü 98% afirmam que o sistema não é completo; 77,2% referem que o sistema é lento, 76,2% apontam para a necessidade das telas serem mais integradas e 27,7% que o sistema possui campos repetidos.
- ü Também, 47,5% referem que se alimenta o sistema com muitos dados e se retira pouca informação; 46,5% consideram o sistema compartimentalizado e 38,6% consideram que não atende a necessidade de informações sobre os atendimentos; ainda
- ü 41,6% consideram que o sistema facilita, armazena muitos dados. Para 35,6% o sistema possibilita o resgate de informações sobre a Unidade de Saúde e 22,8% consideram que permite resgate rápido das informações.

A complexidade da assistência e dos registros em saúde tem sido apontada como fator limitante à construção de sistemas informatizados de registros em saúde, refletindo na implantação de sistemas restritos a registros de dados administrativos (FREIRE, et al, 2003; MARIN, 2003). Assim, pode-se inferir que as dificuldades apontadas pelas enfermeiras em relação ao sistema informatizado são, de certa forma, esperadas. Em consonância com Marin (2003) e Marin, et al. (2003) o sistema informatizado nunca está acabado, e necessita continuamente de adaptações e manutenção.

Por outro lado, as telas específicas da consulta de enfermagem (histórico, diagnóstico e intervenções) foram consideradas de fácil utilização por 74,3% das participantes. Atribui-se esta avaliação positiva ao fato das telas terem sido construídas a partir da realidade das Unidades e com ampla participação das enfermeiras. Santos e Nóbrega (2002), ao discutir o desenvolvimento de sistemas de informação voltados para a enfermagem, destacam como característica imprescindível, a participação dos usuários dos sistemas em sua construção, possibilitando resultados satisfatórios em sua implementação.

Em relato de experiência da informatização do processo de enfermagem em hospital do Sul do país, Crossetti, et al. (2002) ressaltam como aspectos positivos a



possibilidade do acesso a informações anteriores do paciente, a interface do sistema possibilitando visualização das prescrições de enfermagem pelo profissional médico e vice-versa, favorecendo a integração terapêutica, além de apoiar a tomada de decisão do profissional. Assim, observa-se que os efeitos positivos da informatização do processo/consulta de enfermagem também foram percebidos em outro contexto diferente do de Curitiba.

### **Nomenclatura**

No tocante a participação no processo de construção da nomenclatura de enfermagem identificou-se que das enfermeiras pesquisadas: 46,5% participaram de oficinas de avaliação, 45,5% participaram de oficinas de balizamento teórico; 22,8% participaram das reuniões periódicas do grupo de trabalho; 25,7% apresentaram sugestões por intermédio de outro colega; 16,8% encaminharam sugestões por escrito à coordenação de enfermagem;

Não participaram das reuniões periódicas do grupo de trabalho: 35,6 % por dificuldade de deixar os afazeres na US e 21,8% por desconhecimento dos mecanismos de participação. Apenas uma enfermeira afirmou não ter participado do processo por falta de interesse.

Sobre as formas de contato com o processo de implantação da nomenclatura na rede municipal as enfermeiras responderam que isto ocorreu: para 75,2% das participantes por meio do boletim informativo CIPESCando; 41,6% nas oficinas de avaliação; 38,6% nas oficinas de balizamento conceitual realizadas nos Distritos Sanitários; 32,7% no evento de lançamento da implantação da nomenclatura no prontuário informatizado; 31,7% durante o treinamento de atualização do protocolo Mãe Curitibana; 24,8% por meio das reuniões do grupo de trabalho na sede da ABEn-PR; 21,8% durante o treinamento de adolescente realizado nos Distritos Sanitários e 4,9% no processo de atender na US.

Os percentuais acima demonstram que o processo de construção e implantação da nomenclatura de enfermagem realmente se deu de maneira participativa, embora tenha apontado aspectos que precisam ser superados para o êxito da proposta, pois

como destaca Santos e Nóbrega (2002) para o sucesso da confecção de sistemas informatizados para a enfermagem é condição imprescindível a ampla participação dos profissionais envolvidos no processo.

O quadro 2 apresenta a frequência de utilização da nomenclatura de enfermagem durante a consulta às clientelas de mulher gestante e mulher não gestante, do qual se destaca o percentual de uso “sempre” no grupo de mulher gestante e “na maioria das vezes” para mulher não gestante.

**Quadro 2** – Distribuição do uso da nomenclatura de enfermagem na consulta para mulher gestante e mulher não gestante. Curitiba, 2005.

Uso da nomenclatura de enfermagem	Mulher gestante	Mulher não gestante
Sempre	46,5%	39,6%
Na maioria das vezes	39,6%	45,5%
Esporadicamente	11,9%	13,9%
Nunca	2%	1%

A utilização da nomenclatura no atendimento a essas clientelas específicas é condizente com a disponibilidade de diagnósticos e intervenções existentes no sistema, pois, para o atendimento de gestante existem mais opções, favorecendo o seu uso. Mas, por outro lado, revela que boa parte das enfermeiras ainda não está utilizando a nomenclatura, o que segundo Cubas, et al. (2006), justifica-se pela insuficiência de diagnósticos em relação às situações encontradas pelas enfermeiras em sua prática, sendo necessário a ampliação da nomenclatura disponível na consulta informatizada.

Vale lembrar que mesmo que a nomenclatura não esteja sendo utilizada em 100% das consultas, já significa um avanço no registro das ações de enfermagem, possibilitando a identificação futura dos problemas prevalentes de que a enfermeira se ocupa, bem como das intervenções utilizadas para sua resolução, e ainda, o compartilhamento das informações sobre as necessidades de saúde da clientela atendida, aspectos destacados por Pivotto, et al. (2004), como sendo de grande importância para a credibilidade da prática de enfermagem.

A opinião das enfermeiras a respeito da nomenclatura de enfermagem e seu uso na prática da consulta apontou as seguintes facilidades:

- a nomenclatura favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico da enfermeira para 94,1% das participantes;
- possibilita maior autonomia para a enfermeira no processo de atender ao usuário: 93,1%;
- a implantação favorece a documentação do trabalho da enfermeira: 92,1%;
- a implantação levou as enfermeiras a buscarem aprimoramento de seus conhecimentos: 88,1%;

Avaliando-se os aspectos mais específicos em relação à nomenclatura de enfermagem as enfermeiras reconhecem nesta o favorecimento à documentação, ao desenvolvimento do raciocínio clínico, à autonomia no processo de atender ao usuário, além de estimular o aprimoramento de seus conhecimentos.

A utilização de linguagens de enfermagem padronizadas ou sistemas de classificação estimulam o desenvolvimento do raciocínio clínico. Este permeia a identificação dos diagnósticos de enfermagem, envolve habilidades mentais que permitem inferir sobre os dados coletados favorecendo a precisão diagnóstica, com influência direta na determinação das intervenções apropriadas para modificação da situação inicial (CRUZ, 2001).

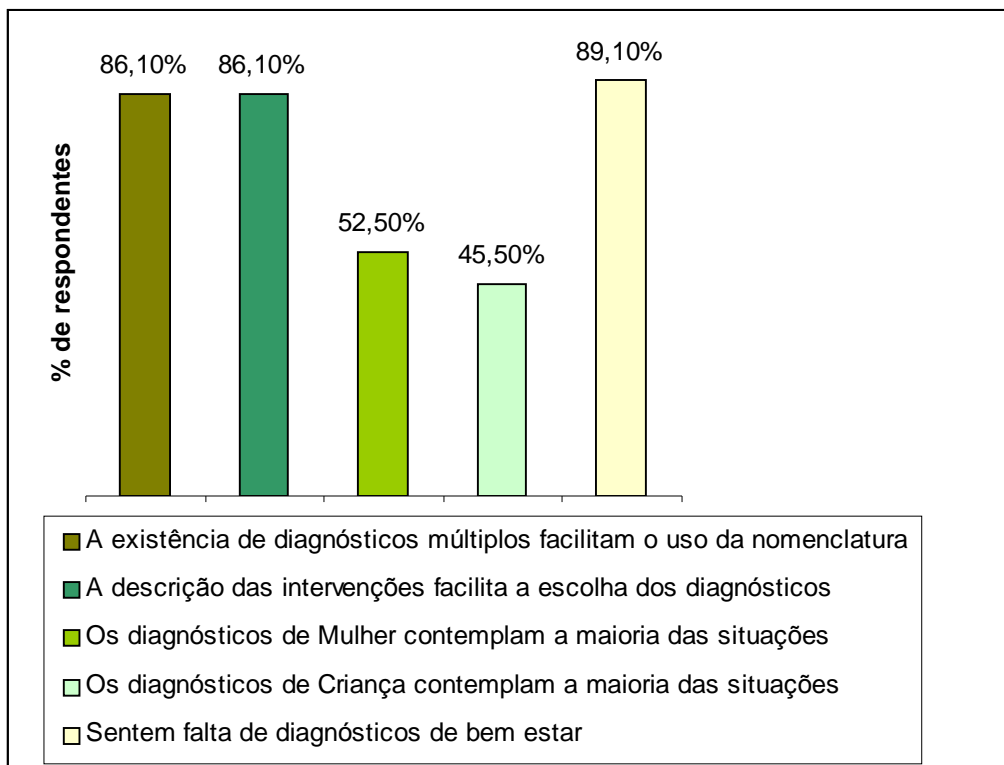
Lunney (2004) ao relacionar o processo diagnóstico e o pensamento crítico menciona que a experiência é um fator que interfere na maneira do indivíduo interagir com o mundo, seu desempenho é diferente quando uma tarefa é nova. Esta autora exemplifica com situações cotidianas como o aprendizado de procedimentos de cuidados pessoais, que são internalizados pela sua prática repetitiva. Transpondo este pensamento para a enfermagem tem-se que a primeira vez que a enfermeira entra em contato com determinadas situações clínicas pode não reconhecer todos os aspectos pertinentes àquela situação. Com a re-exposição suas habilidades vão se aprimorando.

No contexto do estudo tem-se a sobreposição de experiência, relativamente, recente da profissional em realizar a consulta, com a implantação da nomenclatura de enfermagem, considerando os pensamentos de Lunney (2004) a prática repetida da consulta associada ao uso da nomenclatura é que vai proporcionar familiaridade (às situações clínicas prevalentes na comunidade e à nomenclatura, propriamente dita) com conseqüente aprimoramento da qualidade da assistência prestada.

Em relação à autonomia Cruz (2004) refere que a realização da consulta de enfermagem, com bases metodológicas consistentes, coloca o enfermeiro em posição de destaque, pois fica registrada sua capacidade de decisão e autonomia, ressaltando-se a importância da competência profissional, observando-se aspectos de responsabilidade técnica e legal.

O gráfico 3 demonstra a opinião das enfermeiras no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem que compõe a nomenclatura:

**Gráfico 3** – Opinião das enfermeiras em relação aos diagnósticos de enfermagem disponíveis na consulta informatizada. Curitiba, 2005.



O fato de 89% das enfermeiras referirem a falta de diagnóstico de bem estar sugere que a atuação da profissional na comunidade abrange, além dos problemas de saúde, a atenção às necessidades de manutenção e promoção da saúde. Sobre este assunto Cruz (2004) assinala que 80% da demanda da população em saúde refere-se a cuidados preventivos e de promoção à saúde, e que a construção de diagnósticos,

intervenções e resultados de enfermagem de bem estar, consistem em desafios postos à profissão.

No aspecto referente às intervenções de enfermagem as enfermeiras consideram que:

- a entrega das intervenções para o usuário, por escrito, valoriza a consulta perante a comunidade: 98%;
- a listagem de intervenções presente na nomenclatura auxilia a lembrar os passos a serem realizados na consulta: 96%;
- a prescrição de intervenções favorece a adoção de autocuidado: 88,1%; e
- o grande número de intervenções dificultam a seleção das mesmas: 27,7%.

A experiência do uso da nomenclatura de enfermagem, na prática, foi percebida positivamente por algumas enfermeiras conforme se pode observar: 82,2% referiram melhoria na qualidade da sua consulta; 50,5% mencionaram o reconhecimento dos usuários em relação ao seu trabalho clínico; 39,6% o reconhecimento da equipe em relação ao seu trabalho clínico.

Por outro lado, 27,7% disseram que a equipe não percebeu ou manifestou nenhuma diferença em relação ao seu trabalho clínico; 12,9% referiram que os usuários não perceberam ou manifestaram nenhuma diferença em relação ao seu trabalho clínico. E, ainda, 8,9% referem não ter havido mudança na sua consulta, após a implantação da nomenclatura; e 4% não perceberam nenhuma diferença do seu trabalho após a implantação da nomenclatura.

A seguir apresentam-se os potenciais benefícios assinalados pelas enfermeiras na utilização da nomenclatura de enfermagem:

- despertar na enfermeira a necessidade de aprimorar seus conhecimentos: 91,1%;
- estabelecer linguagem comum: 89,2%;
- descrever o cuidado de enfermagem: 81,2%;
- expressar mais detalhadamente o trabalho da enfermeira: 76,2%;
- possibilitar o resgate de informações do trabalho da enfermeira: 70,3%;
- facilitar a realização de pesquisas: 67,3%;

- identificar áreas prioritárias para educação permanente das enfermeiras: 66,3%;
- possibilitar a comparação de dados de enfermagem: 65,3%;
- demonstrar tendências de enfermagem: 64,4%;
- tornar a prática de enfermagem visível: 89,1%;
- facilitar a formação de novas enfermeiras: 50,5%.

Destaca-se que 31,7% assinalaram todas as alternativas apresentadas como potenciais benefícios do uso da nomenclatura e 2% não consideraram nenhum potencial benefício.

As enfermeiras apontaram como potenciais benefícios do uso da nomenclatura de enfermagem o estabelecimento de uma linguagem comum, a descrição mais detalhada do trabalho da enfermeira, a possibilidade de resgate das informações pertinentes, facilitar o desenvolvimento de pesquisas, identificar áreas prioritárias para educação permanente, tornar a prática visível, além de favorecer a formação de novos profissionais. Estes aspectos coincidem com os objetivos da CIPE, propostos pelo Comitê Internacional de Enfermeiros (CIE, 1996), evidenciando uma sintonia do processo interno da SMS com os propósitos internacionais da Enfermagem.

As intervenções de enfermagem, presentes na nomenclatura são mencionadas como fator facilitador da realização da consulta, no que tange à conduta da enfermeira, no favorecimento da adoção do autocuidado pelo usuário, bem como na valorização da consulta pelo mesmo, uma vez que este leva consigo as orientações fornecidas.

Por fim, a respeito dos possíveis riscos associados à utilização da nomenclatura: 31,7% apontam que a enfermeira pode vir a “decorar” alguns diagnósticos e usá-los sempre; 16,8% temem que a consulta possa tornar-se “rígida”; 13,9% que a utilização da nomenclatura possa limitar o processo de raciocínio clínico da enfermeira; e 11,9% percebem como risco a consulta tornar-se um procedimento técnico, não humano. Cruz (2001, p.69) ao comentar a utilização de sistemas de classificação em enfermagem reconhece a existência de críticas sobre a padronização de termos, ao que contesta explicando que a limitação da padronização é um problema da linguagem de maneira geral e que permeia qualquer processo de nomenclatura.

Rossi e Casagrande (2001) referem que a consulta de enfermagem é centrada na pessoa, e que o fato de constituir-se de etapas, estas, não devem ser interpretadas

como limitante à atuação da enfermeira. E aponta o agir comunicativo da enfermeira como um recurso para romper com a ação instrumental. Sendo assim é possível, e recomendável, imprimir singularidade no momento da consulta e superar os riscos apontados pelas enfermeiras.

Finalizando, os resultados identificados na presente pesquisa permitiram constatar que as enfermeiras, em sua maioria, realizam a consulta de enfermagem, utilizam o sistema informatizado sem dificuldades, embora estabeleçam críticas a seu respeito. E, quanto à nomenclatura de diagnósticos e intervenções disponível na tela da consulta de enfermagem, apontaram que a mesma facilita a realização da consulta, imprimindo qualidade ao seu trabalho e favorecendo a visibilização do trabalho da enfermeira perante a equipe e aos usuários.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de classificação têm sido utilizados para a organização do conhecimento em todas as áreas e seu crescimento é impulsionado pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação.

O desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem constitui-se em importante instrumento para descrever a prática de enfermagem, promover a melhoria da comunicação entre as enfermeiras e entre estas e outros profissionais, estes sistemas demonstram tendências de cuidados, incentivam a investigação.

A ABEEn, entidade que liderou a realização da pesquisa de construção da CIPESC<sup>®</sup> no Brasil recomendou que seus resultados fossem aplicados com intuito de produção de novos conhecimentos e questionamentos, na perspectiva do aperfeiçoamento e adoção na prática da enfermagem brasileira (ANTUNES, 2000).

Enfermeiras da SMS de Curitiba construíram e implantaram uma nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem no sistema informatizado. Transcorrido um ano de sua implantação perguntava-se: As enfermeiras estão usando a nomenclatura no seu processo de atender? Fazem isso com dificuldade ou facilidade?

Estes dentre outros questionamentos suscitaram a realização do presente estudo que teve como questão norteadora: Como se caracteriza o processo de uso da nomenclatura de Enfermagem na SMS de Curitiba?

Durante o processo de análise dos dados foram identificados inúmeros aspectos que qualificam o uso da nomenclatura, expõem-se a seguir uma síntese da percepção das enfermeiras acerca do uso da nomenclatura na consulta de enfermagem.

Observou-se que mesmo diante das dificuldades identificadas as enfermeiras realizam consulta, abrangendo as diferentes clientelas que procuram a Unidade de Saúde, e utilizam o sistema informatizado e a nomenclatura de enfermagem, nele implantado, configurando o compromisso do profissional em qualificar a atenção prestada ao usuário, em sistematizar o seu trabalho, e tornar visível a sua prática, na comunidade, instituição e no sistema de saúde.

A nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem implantada na consulta de enfermagem informatizada foi apontada como instrumento que favorece o



desenvolvimento do processo de trabalho e direciona o cuidado, na perspectivas da obtenção da eficácia, do bem-estar do indivíduo e da coletividade.

Por meio da pesquisa quantitativa foi possível atingir uma amostra significativa obtendo grande quantidade de dados representativos da realidade, e que envolveu um número significativo de enfermeiras lotadas em unidades distribuídas nos diferentes bairros da cidade, distantes entre si.

A análise dos dados foi facilitada pelo manuseio do programa Epi-Info que possibilitou a exploração minuciosa e o cruzamento dos dados, tendo em vista a grande quantidade de questões e seus desdobramentos. Constituiu-se em um desafio e um aprendizado que possibilitou a qualidade dos resultados.

Importante destacar que o retorno da grande maioria dos questionários foi satisfatório, tendo em vista que a literatura prevê uma perda de 20% no retorno dos questionários, demonstrando o interesse das enfermeiras em discutir a temática.

Como aspecto limitante na questão metodológica apresenta-se o uso do questionário, pois pode haver interpretação equivocada de alguma questão, com prejuízos à resposta. Buscou-se a superação deste aspecto com a realização de piloto e a abrangência da população de estudo, por meio de amostra significativa.

Os dados quantitativos são representativos de uma realidade, entretanto sugere-se que possam ser realizados estudos qualitativos no sentido de apreender e desvelar outros aspectos do fenômeno.

Considera-se que esta pesquisa proporcionou ao pesquisador uma experiência singular, contribuindo para o enriquecimento pessoal e possibilitando a construção de um conhecimento.

Recomenda-se à instituição a incorporação de processo avaliativo no uso da nomenclatura de enfermagem com o intuito de monitorar, verificar e acompanhar o desenvolvimento do processo de uso e apropriação pelas profissionais.

Vale sugerir, no processo de avaliação, as características desejáveis de cuidado que segundo Vuori, apud Feldman (2004) compreendem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científica-técnica. Ainda acresce Pedrosa (2004) que o processo de avaliação deve ser ascendente, considerando as indagações originadas no contexto de onde a prática

acontece, de maneira a contribuir para a democratização institucional, para o desenvolvimento da capacidade de superação das dificuldades que fazem parte da vida.

Espera-se que este estudo contribua para conhecimento e tomada de ação dos envolvidos no processo (trabalhadores e gestores) além de sugerir novas estratégias para os centros formadores, bem como influenciar a qualidade da assistência oferecida à comunidade. Podendo ainda, ser referência para outras realidades e outros serviços a fim de que vislumbrem a implantação da metodologia da assistência de enfermagem.

Destaca-se a contribuição desta pesquisa para a área de conhecimento de enfermagem – sistemas de classificação – a qual é recente e requer aprofundamento e pesquisa no sentido de sua consolidação na prática de enfermagem. As dificuldades e incompreensões no processo de implementação da metodologia da assistência e uso da nomenclatura, não têm impedido o interesse de muitos profissionais, tendo em vista o seu envolvimento na construção de conhecimento nesta área específica.

Considera-se que este estudo poderá subsidiar docentes e discentes no processo de ensino-aprendizagem da metodologia da assistência e, mais especificamente, no uso da nomenclatura de enfermagem. Pois a SMS é instituição partícipe do processo de formação dos profissionais de enfermagem do município, enquanto campo de estágio, e, como tal, possibilita aos acadêmicos a experiência de realizar a consulta de enfermagem, valendo-se dos instrumentos nela implantadas, bem como a realização de novas investigações científicas que possa acrescentar outros aspectos ainda não explorados e que possam acrescer novos conhecimentos ao cotidiano da prática profissional.

Para os enfermeiros do próprio serviço é uma oportunidade de refletir sobre sua prática, com vistas à transformação da mesma, focado no compromisso com a comunidade e com a equipe.

Para a clientela – a qualidade da assistência, sistema de registros mais consistentes, atendimento sistematizado, planejado e de qualidade, mantendo a singularidade do atendimento.

Uma vez superada as dificuldades apontadas neste estudo certamente esta prática se consolidará com maior resolutividade, aumento da qualidade da atenção

prestada ao usuário, principal beneficiário desta ação, integrando-se ao sistema de saúde de maneira visível.

A discussão de aspectos que envolvem a implantação da metodologia da assistência em enfermagem, em tempos atuais configura-se em tema relevante, com potencial de contribuição em diferentes cenários/contextos, pois como elemento crucial na prática da enfermeira induz à revisão do processo de trabalho, buscando autonomia, competência, agregada ao relacionamento interpessoal, sensibilidade.

Assim sugere-se a realização de outros estudos a fim de identificar outros aspectos não explorados neste estudo, ou ainda aprofundar algumas reflexões.

A melhoria da qualidade prescinde do envolvimento dos diferentes atores envolvidos no processo, profissionais, gestores dos serviços de saúde, e usuários. Requer mudanças da cultura institucional, o dimensionamento e provisão de recursos físicos, materiais e humanos compatíveis, além da implementação de estratégias de desenvolvimento de pessoas. Ainda assim, há que haver monitoramento do processo, entendendo que os resultados serão mais bem avaliados considerando-se um prazo mais longo (ADAMI; YOSHITOME, 2003).

Na medida em que um serviço utiliza-se de resultados de pesquisa (projeto CIPESC) porta-se como um consumidor de pesquisa e simultaneamente produtor de novos conhecimentos, pois ao aplicar transforma o conhecimento inicial. E os atores envolvidos percebem-se como produtores de conhecimento, valorizam-se, e principalmente conseguem a percepção da inter-relação teoria e prática.

Cruz (2004, p.25), em artigo reflexivo, acresce outro potencial benefício da implantação da metodologia da assistência de enfermagem, ao considerá-la como o “fio condutor” entre a unidade de saúde e a rede hospitalar, pois os atendimentos estariam documentados de maneira ordenada. No município de Curitiba existem sistemas que integram os hospitais e a SMS, em relação à gestão de leitos hospitalares e procedimentos de alto custo, quem sabe não seria possível implantar a integração de referência e contra-referência em enfermagem?

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; YOSHITOME, A. Y. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 56, n.1, p.52-56, 2003.

ALBORNOS, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2000. (Coleção Primeiros Passos).

ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. Cipescar é preciso!...In: ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. (Orgs.) **Cipescando em Curitiba**: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-PR, 2005. p. 13-17.

ALBUQUERQUE, L. M.; et al. Construção da nomenclatura das práticas de enfermagem em Curitiba In: ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. (Orgs.) **Cipescando em Curitiba**: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-PR, 2005. p. 18-39.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. Trad.: Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (orgs.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.15-26.

ANDRADE, M. M. **Lexicologia, terminologia**: definições, finalidades, conceitos operacionais. Campo Grande: UFMS, 2001.

ANTUNES, M. J. M. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA M. M. L. (Org.) **Sistemas de Classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn, Idéia, 2000. p.9-18 (Série Didática: Enfermagem no SUS).

ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M. As Classificações de Enfermagem na Saúde Coletiva – o Projeto CIPESC. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n.6, p.644-651, nov/dez., 2002.

BARROS, A. J. P.; LEHSELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Série CNS – Cadernos técnicos. 1. Ed. – reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de jul. de 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

CAMPEDELLI, M. C.. **Processo de enfermagem na prática**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E, WESTPHALEN, M. E. A. (Orgs.) **Metodologia para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001, p.17-38.

CARRARO, T. E.; et al. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.5, p.499-501, set./out., 2003.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CESTARI, M. E. O conhecimento como instrumento de trabalho da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.7, n.1, p. 30-35, jan./jun. 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - versão *Alpha*. Tradução de: CRUZ, D. de A L. M., et al. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. Série Didática: Enfermagem no SUS.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – CIPE/ICNP – versão *Beta*. Tradução de: MADEIRA, A.; ABECASSIS, L.; LEAL, T. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiras, 2000.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - *Beta 2*. Tradução de: MARIN, H. de F., São Paulo, CENFOBS/UNIFESP, 2003.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. **Cuenta atrás para la versión 1 de la ICNP®**. 1/12/2004, n. 1. Disponível em: <<http://www.icn.ch/icnpcountdownV1sp.htm>>. Acesso em 27 jun. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A-P, et al. **Saber preparar uma pesquisa** – definição, estrutura e financiamento. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

CROSSETTI, M. G. O.; et al. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.6, p.705-708, nov./dez. 2002.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem: aspectos históricos e definições. **Rev. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 1 p. 3-7, 1995.

CRUZ, D. A. L. M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. (Orgs.) **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p.63-84.

CRUZ, I.C.F. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o sistema único de saúde (SUS): breves considerações. In: **Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem** (7. : 2004 : Belo Horizonte, MG). Belo Horizonte: ABEn, 2004. p.24-30.

CUBAS, M. R. et al. Sistematizando a prática a enfermagem na SMS Curitiba. In: ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R.; LOPES, M. G. D. (Orgs.) **Experiência de enfermeiras da secretaria municipal da saúde de Curitiba**: subsídios para a sistematização do processo de cuidar em saúde coletiva. Associação Brasileira de Enfermagem: 2004. p.58-64. (Série Didática: Enfermagem no SUS, n. 8).

CUBAS, M. R.; et al. Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 269-73, 2006.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Manual de práticas de enfermagem**. Curitiba, 1999a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Programa Mãe Curitibana**. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Curitiba, 1999b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Relação de enfermeiras da SMS**. Curitiba, junho, 2005a (mimeo).

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **CIPESCando em Curitiba**. Boletim informativo – ed. esp. Nov. 2005b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Listagem de Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <http://www.curitiba.gov.pr.br>. Acesso em 10 julho 2005c.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2. p.185-191, mar./abr., 2002.

EGRY, E. Y.; et al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva - CIPESC**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999, p.34-45. (Série didática: Enfermagem no SUS).

FELDMAN, L.B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**. Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FREIRE, S. M.; et al. **Desenvolvimento de um sistema de informação para a aplicação do processo de enfermagem**. 9º. congresso brasileiro de informática em saúde. São Paulo, agosto/2003. Anais eletrônico. Disponível em: [www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/.pdf](http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/.pdf). Acesso em 25 out 2005.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da Inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em Saúde Coletiva. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da (Orgs.) **Sistemas de classificação em enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn; Idéia, 2000. p. 83-170 (Série Didática: Enfermagem no SUS).

\_\_\_\_\_. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo-SP, 2004, v. 2, p. 37-63.

GARCIA, T. R.; et al. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE®. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.1, p.52-63, jan./fev. 2002.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

IYER, P. W.; et al. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KALINOWSKI, C. E.; **O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde**: um estudo de caso. Curitiba, 2000. 216p. Dissertação (Mestrado). Mestrado Interinstitucional. Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná.

KALINOWSKI, C. E. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde In: ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R.; LOPES, M. G. D. (Orgs.) **Experiência de enfermeiras da secretaria municipal da saúde de Curitiba**: subsídios para a sistematização do processo de cuidar em saúde coletiva. Associação Brasileira de Enfermagem: 2004. p.17-57. (Série Didática: Enfermagem no SUS, n. 8).

LEONARDI, L. J.; et al. Atenção à demanda. **Divulgação em saúde para debate**, n. 8, maio, 1992, p. 34-36.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Editora Papa-Livros, 1999.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico de enfermagem**: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARIA, V. L. R. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. (Série didática: Enfermagem no SUS) p.77-85.

MARCON, S. S., et al. Atuação do enfermeiro em unidades básicas de saúde: utilização do tempo *versus* atividades desenvolvidas. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 20-24, jan./abr., 2002.

MARIN, H. de F. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: MASSAD, E.; MARIN, H. de F., AZEVEDO NETO, R. S. de (Editores). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. Marin de F, 2003.p 73-83.

MARIN, H. de F.; et al. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: MASSAD, E.; MARIN, H. de F.; AZEVEDO NETO, R. S. (Editores) **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: MARIN, H. de F. 2003. p. 1-5.

MARX, k. **O Capital**. 8. ed. Vol. I. São Paulo: Difel, 1982.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n.3, p. 271-276, maio/jun, 2003.

MENDES-GONÇALVES, R. B., *Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades*. Cadernos CEFOR. São Paulo: Cefor/SMS-SP/PMSP, 1992.

MICHEL, J. L. M.; BARROS, A. L. B. L. de. A pesquisa nas classificações de enfermagem: a experiência brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.6, p.664-669, nov./dez. 2002.



MINAYO, M. C. S. **Conceito de avaliação por triangulação de métodos.** In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.19-48.

MOYSÉS, S. J. Reformar opiniões. **Divulgação em saúde para debate**, n. 8, maio, p.26-30. 1992.

MOTTA, D. F. da. **Método relacional como nova abordagem para construção de tesouros.** Rio de Janeiro: SENAI, 1987. (Coleção Albano Franco, n.12)  
NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p.547-559, 2000.

NÓBREGA, M. M. L. da. **Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE – versão Alfa.** São Paulo, 2000. 264p. tese (Doutorado) UNIFESP/EPM.

NÓBREGA, M. M. L. da; GARCIA, T. R. Adaptação transcultural da tradução para o português de termos incluídos na CIPE® e identificados no projeto CIPESC. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.6, p.623-643, nov./dez. 2002.

NÓBREGA, M. M. L. da; SANTOS, S. R. dos. Metodologias para desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.6, p.680-684, nov./dez. 2002

\_\_\_\_\_. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional. In: ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. (Orgs.) **Cipescando em Curitiba:** construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-PR, 2005a. p.18-39.

\_\_\_\_\_. **Sistemas de classificação das práticas de enfermagem e as perspectivas da incorporação da CIPE no Brasil.** Livro-temas do 56.º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004, Out 24-29; Gramado (RS). Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em <http://bstorm.com.br/enfermagem>. Acesso em 20 fev 2005b.

NUNES, C. B.; et al. Consulta de Enfermagem à Criança: conhecendo a nossa realidade. In: IVO, M. L., et al. (Orgs.) **Dimensões do processo de cuidar em enfermagem.** Campo Grande - MS: Ed. UFMS, 2004. p.53-65.

PEDROSA, J. I. dos S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.617- 626. 2004.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n.4, p. 392-398, jul./ago., 2002.

PENTEADO, A. P. et al. Regulação do SUS em Curitiba – um exercício de gestão de recursos em busca da equidade. In: DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.) **Curitiba: a cidade de braços abertos**. Rio de Janeiro, CEBES, 2001. p.33- 42.

PIVOTTO, F.; et al. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n.2, p. 32-42, jul./dez., 2004.

RICHARDSON, R. J. e cols. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. Rev. ampliada. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 96-101, dezembro. 2000.

ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. (Orgs.) **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.41-62.

SANTOS, A. C.; et al. O sistema de apoio diagnóstico terapêutico no nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, S. M. J. dos. **Ações de enfermagem identificadas no projeto CIPESC/ABEn/ICN e utilizadas por enfermeiras no cuidado de pacientes com Aids**. João Pessoa, 2002. 73f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) UFPB/CCS, João Pessoa, 2002.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Metodologias para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.55, n.6, p.680-684, nov./dez. 2002.

SANTOS, M. J. dos; NÓBREGA, M. M. L. da. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com aids. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.4, p.368-378, dez.2004.

SCHNEIDER, A. ; et al. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba – a história do cartão qualidade-saúde de Curitiba. In: DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.) **Curitiba: a cidade de braços abertos**. Rio de Janeiro, CEBES, 2001. p.43- 62.

SILVA, I. A.; et al. A participação do Brasil no projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. (Série didática: Enfermagem no SUS) p.9-21.

SIMÕES, C. **Contribuição ao estudo da terminologia básica de enfermagem no Brasil** – Taxionomia e Conceituação. Rio de Janeiro (Dissertação de Mestrado), 1980.

SILVA, L.K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.8, n.2, p.501-520. 2003.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidados. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. (Orgs.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001, p.29-39.

STRAIOTO, A. C. **A análise em facetas como dimensão teórica e prática na organização do conhecimento**. 2001. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.11, n.1, p.86-104, jan./abr., 2002.

TIMBY, B. C. **Conceitos e habilidades no atendimento de enfermagem**. Trad. Regina Garcez. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRIPODI, T.; et al. **Análise da pesquisa social: diretrizes para o uso de pesquisa em serviço social e ciências sociais**. 2 ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1981.

TRISTÃO, A. M. D.; et al. Sistema de classificação facetada e tesouros: instrumentos para a organização do conhecimento. **Ciência da Informação**, Brasília, v.33, n.2, p.161-171, maio/ago. 2004.

TRONCHIN, D.M.R.; et al. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.75-88.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. da S. **Consulta de Enfermagem**: uma necessidade social? Porto Alegre - RS: RM&L Gráfica, 1996.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTPHALEN, M. E.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB. 2001. p.41-56.

ZANEI, S. S. V.; et al. Avaliação um instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: Um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p.111-135.

**APÊNDICE 1**  
**QUESTIONÁRIO**

parte 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Código: \_\_\_\_\_

(uso exclusivo da pesquisadora)

**1. Dados de Identificação**

1.1 Iniciais \_\_\_\_\_

1.2. Sexo: 1. ( ) Feminino      2. ( ) Masculino

1.3. Idade: \_\_\_\_\_

**2. Formação Profissional**

2.1. Ano de conclusão da graduação em enfermagem: \_\_\_\_\_

2.2. Nome da instituição de ensino em que se graduou: \_\_\_\_\_

**3. Qualificação profissional**

a. ( ) Curso de Aperfeiçoamento em Sistematização do Processo de Cuidar em Saúde Coletiva, realizado em 2002, parceria SMS/ABEn-PR/UFPR

b. ( ) Especialização. Especifique \_\_\_\_\_

c. ( ) Mestrado. Especifique \_\_\_\_\_

d. ( ) Doutorado. Especifique \_\_\_\_\_

e. ( ) Curso de atualização que está em andamento na ABEn (agosto a dezembro/05) sobre consulta de enfermagem e CIPESC

f. ( ) Outros cursos de atualização ou aprimoramento realizados nos últimos 3 anos (especificar tema e a duração): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Tempo que exerce a profissão de enfermeiro na SMS de Curitiba, em anos: \_\_\_\_\_

parte 2 – COLETA DE DADOS ESPECÍFICOS

1. Sobre sua aproximação/experiência com o assunto: **classificações diagnósticas de enfermagem**, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor descreve(m) sua situação.

1.1. Durante a **graduação**

a. ( ) tive aulas sobre linguagens padronizadas de enfermagem

b. ( ) tive aulas teóricas sobre os diagnósticos de enfermagem de NANDA

c. ( ) experienciei o uso dos diagnósticos de enfermagem da NANDA

d. ( ) tive aulas sobre o raciocínio clínico de enfermagem, e processo de construção diagnóstica

e. ( ) tive informações sobre a CIPE – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

f. ( ) tive informações sobre a CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

g. ( ) não tive contato com estes conteúdos durante a graduação

1.2. Durante realização de **pós-graduação** e outros cursos

a. ( ) tive aulas sobre linguagens padronizadas de enfermagem

b. ( ) tive aulas teóricas sobre os diagnósticos de enfermagem de NANDA

c. ( ) experienciei o uso dos diagnósticos de enfermagem da NANDA

d. ( ) tive aulas sobre o raciocínio clínico de enfermagem, e processo de construção diagnóstica

e. ( ) tive informações sobre a CIPE – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

- f. ( ) tive informações sobre a CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
- g. ( ) não tive contato com estes conteúdos durante a pós-graduação

2. Sobre a sua familiaridade com computador, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor expresse(m) sua realidade:

- a. ( ) utilizo o prontuário eletrônico com facilidade
- b. ( ) apóio a equipe na resolução de problemas relacionados ao sistema
- c. ( ) recorro a ajuda de outros membros da equipe para solução de problemas
- d. ( ) utilizo o prontuário eletrônico com dificuldade
- e. ( ) fora do ambiente do trabalho realizo pesquisa via internet
- f. ( ) fora do ambiente de trabalho envio e recebo e-mail
- g. ( ) fora do ambiente de trabalho digito textos
- h. ( ) não utilizo o computador fora do ambiente de trabalho

3. Sobre o sistema informatizado do prontuário eletrônico, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor expresse(m) sua opinião

- a. ( ) o sistema é completo
- b. ( ) o sistema exige o preenchimento de muitos campos repetidamente
- c. ( ) o sistema exige a alimentação com muitos dados, porém a retirada de informações ainda deixa muito a desejar
- d. ( ) considero o sistema compartimentalizado, dificultando a visualização geral da situação do paciente
- e. ( ) o sistema facilita o meu trabalho na Unidade, por armazenar grande quantidade de dados
- f. ( ) o sistema possibilita o resgate rápido de dados sobre o paciente
- g. ( ) o sistema possibilita o resgate de informações sobre a Unidade de Saúde
- h. ( ) o sistema atende com suficiência a necessidade de informações sobre os atendimentos realizados na Unidade
- i. ( ) o sistema não atende com suficiência a necessidade de informações sobre os atendimentos realizados na Unidade
- j. ( ) considero que o sistema precisa passar por melhorias no sentido de integrar mais as telas, pois hoje é necessário abrir e fechar muitas telas para realizar o atendimento
- k. ( ) considero o sistema lento
- l. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. Realiza consulta de enfermagem? 1 ( ) sim 2 ( ) não

5. Há quanto tempo realiza consulta de enfermagem? \_\_\_\_\_

6. Em geral, quantos períodos da semana dedica à realização de consultas de enfermagem?

\_\_\_\_\_

7. Marque com um X os campos do quadro abaixo, indicando a clientela para a qual realiza consulta e a respectiva periodicidade:

Clientela	PERIODICIDADE				
	diário	semanal	quinzenal	mensal	Eventual
Criança					
Adolescente					
Adulto					
Hipertenso/diabético					
Mulher					
Gestante					

8. Realiza consulta de enfermagem para vinculação de gestante?

1. ( ) sim 2. ( ) não

9. Nas últimas 2 semanas você realizou quantas consultas para gestantes (vinculação ou seguimento)? \_\_\_\_\_

10. Em relação a sua **organização** para realizar as consultas para **gestante**, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor descreve(m) sua realidade:

- a. ( ) livre demanda (atende quando chega)  
b. ( ) agenda programada (em dia e horário específico da semana)  
c. ( ) agenda programada (todos os dias da semana).  
d. ( ) só realizo consulta para gestante na ausência do profissional médico  
e. ( ) não realizo consultas para gestante  
f. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

11. Em relação a sua **organização** para realizar as consultas para **mulher** (puérpera, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino e de mama, mulher vítima de violência), assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor descreve(m) sua realidade:

- a. ( ) livre demanda (atende quando chega)  
b. ( ) agenda programada (em dia e horário específico da semana)  
c. ( ) agenda programada (todos os dias da semana).  
d. ( ) só realizo consulta para mulher na ausência do profissional médico  
e. ( ) não realizo consultas para mulher  
f. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

12. Ao realizar consulta de enfermagem para **gestante** utiliza a nomenclatura de enfermagem (diagnósticos e intervenções): (assinale **uma** alternativa)

- a. ( ) sempre  
b. ( ) na maioria das vezes  
c. ( ) esporadicamente  
d. ( ) nunca

13. Ao realizar consulta de enfermagem para **mulher** (puérpera, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino e de mama, mulher vítima de violência) utiliza a nomenclatura de enfermagem (diagnósticos e intervenções): (assinale **uma** alternativa)

- a. ( ) sempre  
b. ( ) na maioria das vezes  
c. ( ) esporadicamente  
d. ( ) nunca

14. Abaixo estão listados itens que foram considerados facilidades e dificuldades em **oficinas** realizadas com os enfermeiros sobre o **uso da nomenclatura CIPESC na consulta de enfermagem**. Leia atentamente cada item e assinale com (C) para concordo e com (D) para discordo.

14.1. Aspectos gerais. [Assinale (C) para concordo e com (D) para discordo].

- a. ( ) a pressão da demanda é um fator de dificuldade para a realização da consulta  
b. ( ) múltiplas interrupções da equipe dificultam a realização da consulta  
c. ( ) as telas de diagnóstico e intervenção de enfermagem no sistema informatizado são de fácil utilização  
d. ( ) a implantação da nomenclatura na consulta de enfermagem levou as enfermeiras a buscarem aprimoramento de seus conhecimentos

e. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

**14.2. Nomenclatura.** [Assinale (C) para concordo e com (D) para discordo].

- a. ( ) a pouca familiaridade com a nomenclatura é um fator de dificuldade para a utilização dos diagnósticos e intervenções
- b. ( ) a implantação da nomenclatura na consulta de enfermagem possibilita maior autonomia do enfermeiro em seu processo de atender ao usuário
- c. ( ) a implantação da nomenclatura na consulta de enfermagem favoreceu a documentação do trabalho do enfermeiro
- c. ( ) a inexistência de um guia, em papel, dos diagnósticos e intervenções implantados dificulta a utilização da nomenclatura de enfermagem
- d. ( ) a nomenclatura implantada favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico na consulta
- e. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

**14.3. Intervenções.** [Assinale (C) para concordo e com (D) para discordo].

- a. ( ) a listagem das intervenções para cada diagnóstico ajudam a lembrar os passos a serem realizados diante da situação encontrada
- b. ( ) entregar por escrito as orientações para o usuário valoriza a consulta de enfermagem perante a comunidade
- c. ( ) o grande número de intervenções por diagnóstico dificultam a seleção das mesmas
- d. ( ) a existência de intervenções de responsabilidade do usuário/família favorece a adoção do auto-cuidado pelo usuário
- e. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

**14.4 Diagnósticos.** [Assinale (C) para concordo e com (D) para discordo].

- a. ( ) sinto falta de diagnósticos de bem estar (pacientes hígidos) no sistema
- b. ( ) a disponibilidade, no sistema, de diagnósticos múltiplos e variados facilitam o meu trabalho
- c. ( ) os diagnósticos para **mulher** existentes no sistema contemplam a maioria das situações vivenciadas
- d. ( ) os diagnósticos para **criança** existentes no sistema contemplam a maioria das situações vivenciadas
- e. ( ) a descrição das intervenções facilitam a escolha do diagnóstico apropriado
- f. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

**15. Sobre a infraestrutura** em seu ambiente de trabalho assinale abaixo a(s) alternativa(s) que expressa(m) sua realidade:

- a. ( ) disponho de sala específica, com computador e impressora, para realização de consulta
- b. ( ) utilizo sala em horário alternado com outro profissional (com computador e impressora)
- c. ( ) utilizo a sala vaga no momento (com computador e impressora)
- d. ( ) na minha Unidade não existe sala, onde possa atender consulta de enfermagem
- e. ( ) as falhas na interrupção da transmissão de dados, ainda que esporádicas, interferem no meu processo de atender consulta
- f. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

**16. Sobre sua participação na construção da nomenclatura** de enfermagem (diagnósticos e intervenções) para implantação no prontuário eletrônico da SMS, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor reflete(m) sua realidade:

- a. ( ) participei de reuniões realizadas na ABEn-PR (quartas-feiras)
- b. ( ) participei de oficinas realizadas nos Distritos Sanitários para apresentação da nomenclatura de enfermagem no prontuário eletrônico (nov/03 a junho/04)
- c. ( ) participei de oficinas realizadas nos distritos Sanitários para avaliação da nomenclatura de enfermagem, após a sua implantação no prontuário eletrônico (agosto/outubro – 04)
- d. ( ) apresentei sugestões e críticas aos enfermeiros que participam das reuniões de quarta-feira na ABEn-PR



- e. ( ) apresentei sugestões e críticas à coordenação de enfermagem
- f. ( ) por dificuldade em deixar os afazeres na US não participei das reuniões na ABEn-PR
- g. ( ) por desconhecimento do mecanismo de participação não participei das reuniões na ABEn-PR
- h. ( ) não tive interesse em participar
- i. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

17. Sobre as maneiras como entrou em contato com o **processo de implantação** da nomenclatura de enfermagem, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor reflete(m) sua realidade:

- a. ( ) nas reuniões realizadas na ABEn-PR (quartas-feiras)
- b. ( ) nas oficinas realizadas nos Distritos Sanitários para apresentação da nomenclatura de enfermagem no prontuário eletrônico (nov/03 a junho/04)
- c. ( ) nas oficinas realizadas nos Distritos Sanitários para avaliação da nomenclatura de enfermagem, após a sua implantação no prontuário eletrônico (agosto/outubro – 04)
- d. ( ) durante o treinamento de atualização de versão do protocolo Mãe Curitibana em março/04
- e. ( ) durante o treinamento de adolescente realizado em meu distrito (2005)
- f. ( ) participei do evento de lançamento da implantação da nomenclatura no sistema informatizado, realizado em julho/04 (na UFPR, sede do Jardim Botânico)
- g. ( ) recebi o boletim informativo *CIPESCando*.
- h. ( ) outra. Qual?: \_\_\_\_\_

18. Sobre a sua **experiência** com o uso da nomenclatura de enfermagem no sistema informatizado da SMS, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor expresse(m) sua opinião:

- a. ( ) percebi melhora de qualidade na minha consulta
- b. ( ) penso que não houve mudança na minha consulta após a implantação da nomenclatura
- c. ( ) percebi que a equipe passou a reconhecer meu trabalho clínico
- d. ( ) percebi que o usuário passou a reconhecer meu trabalho clínico
- e. ( ) a equipe não percebeu/manifestou nenhuma diferença em relação ao meu trabalho clínico
- f. ( ) os usuários não perceberam/manifestaram nenhuma diferença em relação ao meu trabalho clínico
- g. ( ) não percebi nenhuma diferença
- h. ( ) outra. Qual?: \_\_\_\_\_

19. Sobre os **potenciais benefícios da utilização de nomenclatura** de enfermagem para a profissão de enfermagem, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor expresse(m) sua opinião

- a. ( ) estabelecer uma linguagem comum para prática de enfermagem
- b. ( ) descrever o cuidado de enfermagem prestado às pessoas nos vários contextos da prática
- c. ( ) possibilitar a comparação de dados de enfermagem obtidas em diversos contextos clínicos
- d. ( ) demonstrar ou projetar tendências de tratamentos de cuidados de enfermagem
- e. ( ) tornar a prática de enfermagem visível nos sistemas de informação em saúde
- f. ( ) facilitar o resgate posterior de informações do trabalho do enfermeiro aos usuários
- g. ( ) facilitar o desenvolvimento de pesquisas
- h. ( ) favorecer a identificação de áreas prioritárias para educação permanente dos enfermeiros
- i. ( ) facilitar a formação de novos enfermeiros
- j. ( ) expressar mais detalhadamente o trabalho do enfermeiro
- k. ( ) despertar no enfermeiro a necessidade de aprimorar seus conhecimentos
- l. ( ) não considero que a utilização da nomenclatura de enfermagem traga benefícios à profissão
- m. ( ) outro. Qual?: \_\_\_\_\_

20. Sobre os riscos (prejuízos) da utilização de nomenclatura de enfermagem para a profissão de enfermagem, assinale abaixo a(s) alternativa(s) que melhor expresse(m) sua opinião

- a.  a consulta de enfermagem tornar-se "padronizada", desconsiderando as especificidades de cada usuário
- b.  limitar o processo de raciocínio clínico do enfermeiro
- c.  o profissional enfermeiro "decorar" alguns diagnósticos e usá-los sempre
- d.  tornar o procedimento técnico e não humano
- e.  não considero que a utilização da nomenclatura de enfermagem traga prejuízos à profissão
- f.  outro. Qual? \_\_\_\_\_

21. Este espaço está reservado especialmente para sua livre expressão em relação à implantação da nomenclatura de enfermagem desenvolvida com base na CIPE/CIPESC, implantada no sistema informatizado.

---

---

---

---

---

22. Qual o número atual de enfermeiros em sua US, incluindo você?

R: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Avaliação do uso da Nomenclatura de Enfermagem desenvolvida com base na CIPE/CIPESC no sistema informatizado da rede municipal de saúde de Curitiba.**

O objetivo desta pesquisa é Avaliar o uso da Nomenclatura de Enfermagem da SMS, desenvolvida com base na CIPE/CIPESC no sistema informatizado da rede municipal de saúde de Curitiba. E os objetivos específicos são: identificar fatores que facilitam e/ou dificultam o uso da Nomenclatura de Enfermagem da SMS no sistema informatizado da rede municipal de saúde de Curitiba, e associar a contribuição da Nomenclatura de Enfermagem da SMS para a prática assistencial do enfermeiro.

Sua participação, voluntária, será respondendo um questionário, sendo que as informações prestadas são de caráter confidencial e sua identidade será mantida em sigilo.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo e, se aceitar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de apresentar justificativas.

A pesquisadora está disponível para prestar quaisquer informações a respeito do trabalho, no momento que se fizer necessário.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo para o qual fui convidado (a). Compreendi que a minha participação é voluntária, confidencial e que posso desistir em qualquer tempo, sem que isso signifique qualquer tipo de prejuízo para minha pessoa e /ou minha instituição. Também fui informado(a) que posso solicitar, à pesquisadora, informações e esclarecimentos de eventuais dúvidas sobre a pesquisa. Considero-me satisfeito(a) com as explicações prestadas pela pesquisadora e concordo em participar como voluntário(a) desta pesquisa, assinando este termo em duas vias.

Curitiba, \_\_ / \_\_ / 2005.

\_\_\_\_\_  
Lêda Maria Albuquerque  
Pesquisadora  
Fones: 3346-1043 (residencial) 9961-3934

\_\_\_\_\_  
participante da pesquisa

Obs: documento em duas (2) vias, sendo uma cópia do participante da pesquisa e outra a ser arquivada pela pesquisadora.

### **APÊNDICE 3**

#### **Carta de Apresentação**

Prezada(o) colega

Eu sou Lêda Maria Albuquerque, enfermeira e no momento estou cursando o Mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal do Paraná. Como requisito do referido curso estou desenvolvendo uma pesquisa com o título **Avaliação do uso da Nomenclatura de Enfermagem desenvolvida com base na CIPE/CIPESC no sistema informatizado da rede municipal de saúde de Curitiba.**

Conforme contato anterior, encaminho em anexo os documentos da pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário) para sua apreciação e preenchimento. Relembro que estarei oportunamente recolhendo.

Sendo a implantação da nomenclatura de enfermagem no prontuário eletrônico da SMS muito recente, a realização deste estudo poderá trazer importantes contribuições para melhorias neste processo.

Reafirmo a importância da sua participação, e sou grata pela atenção dispensada.

Destaco que estou à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Pode me localizar nos seguintes telefones:

Residência: 3346-1043 ou celular: 9961-3934.

Atenciosamente

Lêda Maria Albuquerque

# ANEXO 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of.07/2005

Curitiba, 03 de agosto de 2005.

Ilma. Sra  
**Leda Maria Albuquerque**  
Nesta.

Prezada Senhora:

Em atenção à sua solicitação referente a análise do projeto "**Avaliação do uso da nomenclatura de enfermagem CIPE/CIPESEC no Sistema Informatizado de rede municipal de Curitiba**", Protocolo 107/2005 informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Analisado sob o aspecto ético e legal, atende às exigências da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Atenciosamente

  
Dr. Samuel Jorge Moysés  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

CEP/SMS.CURITIBA- Registro CONEP nº 1.014 de 24 de outubro de 2.003.  
Endereço: Avenida João Gualberto, 623 – 3º andar – Torre C – sala 309 – CEP 80.030-000  
Fone: 350-9450/350-9461 – Fax – 350-9320 – e-mail: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)