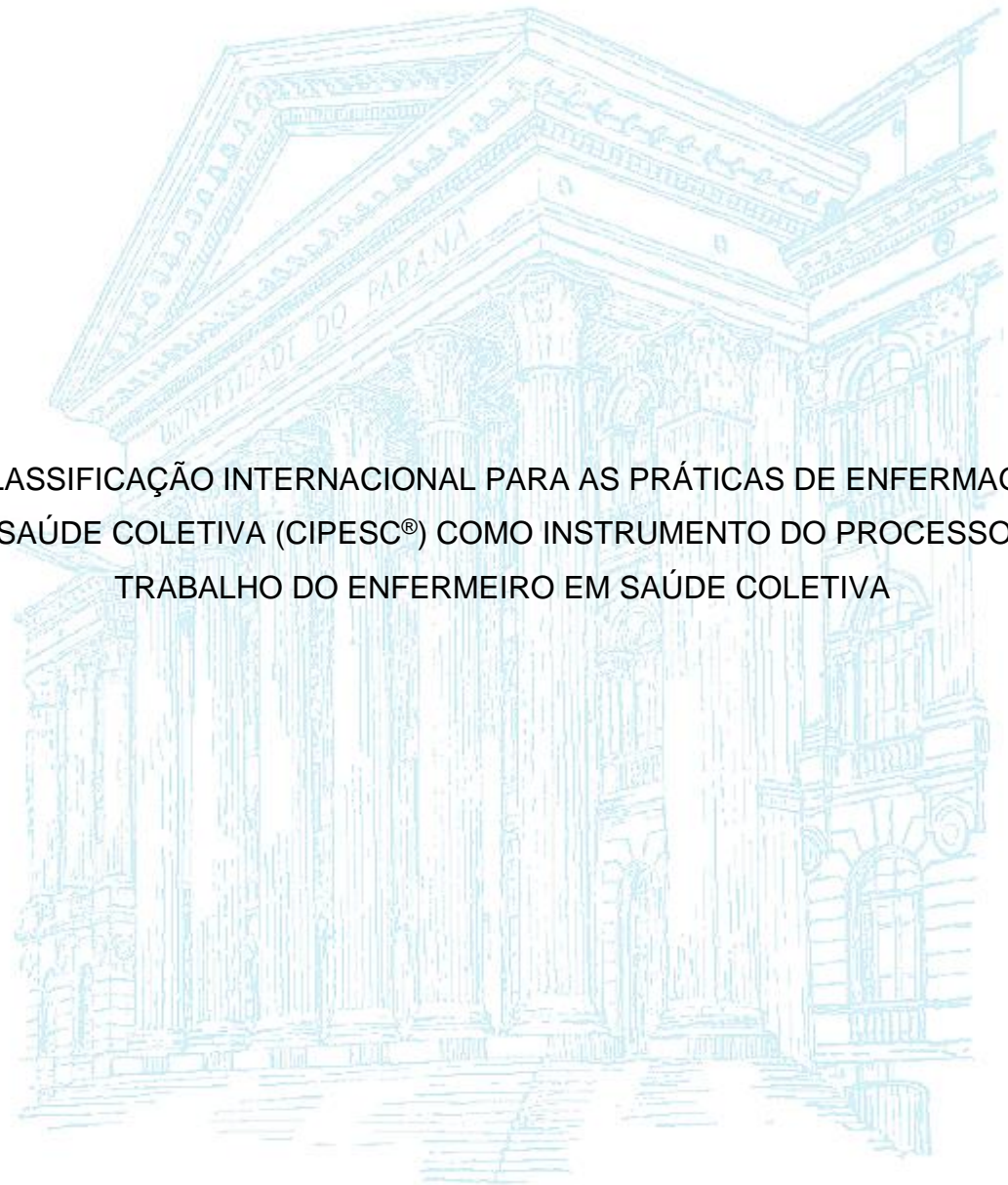


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARÍLIA DANIELLA MACHADO ARAÚJO CAVALCANTE



A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®) COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE  
TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA

CURITIBA

2014

MARÍLIA DANIELLA MACHADO ARAÚJO CAVALCANTE

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®) COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE  
TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca

CURITIBA

2014

Cavalcante, Marília Daniella Machado Araújo

A classificação internacional para as práticas de enfermagem em saúde coletiva (CIPESC®) como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva / Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante – Curitiba, 2014.  
96 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Liliana Müller Larocca

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Saúde coletiva. 3. Classificação 1. I. Larocca, Liliana Müller. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.


CDD 610.734


TERMO DE APROVAÇÃO

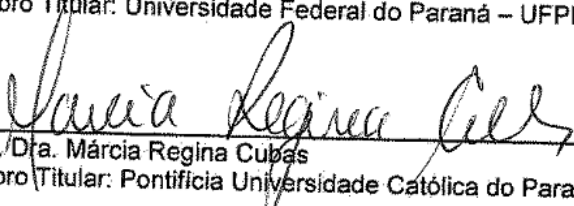
MARÍLIA DANIELLA MACHADO ARAÚJO CAVALCANTE

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE  
COLETIVA (CIPESC®) COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DO  
ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a):   
Profa. Dra. Lilianna Müller Larocca  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

  
Profa. Dra. Maria Maria Nolasco Chaves  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

  
Profa. Dra. Márcia Regina Cubas  
Membro Titular: Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

Curitiba, 25 de novembro de 2014.

Ao meu filho Emanuel

Meu maior tesouro

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por estar presente em todos os momentos da minha vida

A **minha família** a qual amo muito, obrigada pela força e incentivo

Ao meu amado marido **Rafael**, companheiro para toda a vida, esteve sempre ao meu lado me apoiando de maneira incondicional. Você é essencial em minha vida.  
Te amo!

A minha orientadora Professora **Dra. Liliana Müller Larocca** pela confiança em mim depositada, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, me mostrando o caminho da ciência, pela parceria na elaboração desse trabalho e pelo exemplo de profissional

A Professora **Dra. Maria Marta Nolasco Chaves** e Professora **Dra. Marcia Regina Cubas** pela disponibilidade em participar da minha banca examinadora e pelas valiosas sugestões que aprimoraram este trabalho

Aos amigos queridos pelo carinho e incentivo. Em especial, a minhas amigas **Jociane Amaral, Kátia Borba e Daniela Jeronimo**, pela amizade de cada dia, força e apoio ilimitado

Ao **Departamento de Enfermagem da UNICENTRO**, do qual faço parte, pelo apoio recebido, em especial pela liberação para cursar o Mestrado

A **Jociane Amaral e Aline Mattei** pela grande contribuição na coleta de dados

A **Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava** pela autorização para realização desta pesquisa

Ao **Departamento de Gestão do Processo de Trabalho e Educação em Saúde** da SMS de Guarapuava pela recepção e colaboração no acesso aos dados necessários à concretização desta dissertação

Aos **enfermeiros** que gentilmente participaram desta pesquisa

A todos os **colegas e professores do PPGENF/UFPR** pelo convívio e aprendizado  
Em especial, a **Solange Meira de Sousa**, pelo apoio, companheirismo e amizade

A **CAPES** pelo aporte financeiro concedido nesses dois anos

A **todos** que contribuíram, direta ou indiretamente, na condução deste estudo

**Muito Obrigada!**

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que  
ninguém viu, mas pensar o que ninguém  
ainda pensou sobre aquilo que todo  
mundo vê”.*

Arthur Schopenhauer

## RESUMO

Considera-se que uso da CIPESC<sup>®</sup>, como instrumento do processo de trabalho em saúde coletiva, norteia a elaboração de padrões de cuidados em Enfermagem na Atenção Básica, propiciando sua aplicação de forma universal pelos enfermeiros. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a utilização da CIPESC<sup>®</sup> como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva nas unidades de saúde de um município no centro-sul do Paraná. Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório com abordagem qualitativa, do qual participaram 24 enfermeiros. Para coleta de dados foi realizada entrevista em grupo no período compreendido entre março e abril de 2014. Foram realizados cinco grupos com participantes diferentes, definidos conforme a divisão de distritos sanitários preconizada no cenário do estudo. Nesta pesquisa, a categoria analítica foi o processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, analisado a partir da interdependência entre as dimensões estrutural, particular e singular contidas na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPEESC). Verificou-se que o enfermeiro se destaca frente às atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional na Atenção Básica, ao mesmo tempo, que se envolve com o cuidado ao ser humano, em todas as suas dimensões. Entretanto, por apresentar acúmulo de funções e atribuições, tem dificuldade na organização do seu processo de trabalho, comprometendo o uso de instrumentos específicos de sua prática profissional. No tocante ao uso da CIPESC<sup>®</sup> como instrumento do processo de trabalho em saúde coletiva, constatou-se que o desconhecimento sobre sua origem e finalidade, a falta de treinamento e a não obrigatoriedade de uso são situações que favorecem aos enfermeiros negligenciarem a aplicação desse inventário vocabular dentro do sistema informatizado. Observou-se certa propensão, não homogênea, ao desinteresse quanto à aplicação rotineira da CIPESC<sup>®</sup> nas consultas de enfermagem. A maioria dos enfermeiros apresentou fragilidade no uso desse instrumento, e tendência em se eximir de uma prática fundamentada pelo raciocínio clínico e pensamento crítico-reflexivo, com pouca compreensão do contexto de elaboração da CIPESC<sup>®</sup> e de sua aplicabilidade enquanto sistema de classificação de Enfermagem. Entretanto, as participantes reconhecem que a incorporação da CIPESC<sup>®</sup>, como ferramenta para a consulta de Enfermagem no prontuário eletrônico, configurou uma tecnologia em saúde capaz de proporcionar o armazenamento de informações sobre o histórico clínico dos usuários e do atendimento prestado pelo enfermeiro, que favoreceu agilidade no acesso e na transmissão dos dados entre as unidades de saúde do município. Portanto, as classificações podem ser consideradas uma importante ferramenta no processo assistencial e gerencial de trabalho da Enfermagem em saúde coletiva. Entretanto, ainda persiste a necessidade iminente de se instrumentar o enfermeiro quanto ao uso de sistemas de classificação na prática profissional, ao mesmo tempo, que novas políticas institucionais devem ser empregadas. Dessa forma, aos gestores das instituições caberá possibilitar a capacitação dos profissionais, promovendo discussões para a avaliação e atualização contínua no intuito de garantir a efetiva utilização destas ferramentas.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde Coletiva. Classificação.



## ABSTRACT

It is considered that the use of the CIPESC®, as an instrument of the work process in collective health, guides the development of standards of care in Primary Care Nursing, making it appropriate for universal application by nurses. As a result, the present study has as its general aim to analyze the use of the CIPESC® as an instrument of the nurse's work process in Collective Health in the health centers of a municipality in the Center-South of the state of Paraná. It is a case study of the exploratory type with a qualitative approach, in which 24 nurses participated. For data collection, group interviews were held in the period covering March and April 2014. Five groups were formed with different participants, defined in accordance with the division of health districts stipulated in the study setting. In this study, the analytical category was the work process of the nurse in collective health, analyzed based on the interdependence between the structural, particular and singular dimensions contained in the Theory of Nursing Praxis Intervention in Collective Health (TIPESC). It was ascertained that the nurse stands out regarding the activities undertaken by the multi-professional team in Primary Care, at the same time as she is involved with care for the human being in all his dimensions. However, due to presenting the accumulation of functions and tasks, the nurse has difficulty in organizing the work process, compromising the use of instruments which are specific to her professional practice. In relation to the use of the CIPESC® as an instrument of the work process in collective health, it was observed that the ignorance regarding its origin and purpose, lack of training and the nonmandatory nature of its use are situations which promote the nurses neglecting the application of this vocabulary inventory within the computerized system. A certain non-homogenous propensity was observed for disinterest relating to the routine application of the CIPESC® in the nursing consultations. The majority of the nurses presented weaknesses in the use of this instrument, and a tendency to avoid a practice based in clinical reasoning and critical-reflexive thinking, with little understanding of the context of elaboration of the CIPESC® and of its applicability as a Nursing classification system. The participants, however, recognize that the incorporation of the CIPESC®, as a tool for the Nursing consultation in the electronic medical records, was a health technology capable of affording the storage of information relating to the clinical history of the service users and of the attendance given by the nurse, which promoted agility in accessing and transmitting data between the municipality's health centers. Therefore, the classifications can be considered an important tool in the care process and managerial process of Nursing work in collective health. Nevertheless, there is still an impending need to instrumentalize the nurse in relation to the use of classification systems in professional practice, at the same time as new institutional policies must be used. In this way, it falls to the institutions' managers to allow the professionals' training, promoting discussions for evaluation and continuous updating so as to ensure the effective use of these tools.

Key words: Nursing. Public Health. Classification.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – MODELO DE SETE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 1.0 .....	33
FIGURA 2 – COMPARAÇÃO ENTRE OS EIXOS PROPOSTOS PELA CIPE® VERSÃO BETA E O MODELO DE SETE EIXOS DA VERSÃO 1.0 .....	35
FIGURA 3 – MAPA DO ESTADO DO PARANÁ DIVIDIDO POR REGIONAIS DE SAÚDE. CURITIBA/GUARAPUAVA-PR, 2014. ....	41
FIGURA 4 – ESQUEMA DA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA DA TIPESC, ADAPTADO DE QUEIROZ E EGRY, 1988.....	46
FIGURA 5 – CATEGORIA ANALÍTICA DO ESTUDO À LUZ DA INTERDEPENDÊNCIA DO ESTRUTURAL, DO PARTICULAR E DO SINGULAR PROPOSTA NA TIPESC.....	48
FIGURA 6 – LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA NO ESTADO DO PARANÁ. GUARAPUAVA-PR, 2014.....	62
FIGURA 7 – PIRÂMIDE ETÁRIA: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE, GUARAPUAVA, 2010 .....	63
FIGURA 8 - PERCENTUAL DE ALCANCE DAS METAS DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO EM GUARAPUAVA – PR .....	65

## LISTA DE SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CIPE®	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC®	- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CIE	- Conselho Internacional de Enfermeiros
ESF	- Estratégia Saúde da Família
NANDA-I	- NANDA Internacional
NIC	- <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	- <i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PE	- Processo de Enfermagem
SIS	- Sistemas de Informação em Saúde
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
TIPESC	- Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA .....	17
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO .....	22
2.2.1 O Prontuário eletrônico como ferramenta para sistematização da assistência de enfermagem .....	25
2.3 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO .....	28
2.3.1 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	30
2.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®).....	34
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>40</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	40
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	40
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	42
3.4 COLETA DE DADOS .....	43
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	45
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
4.1 DIMENSÃO SINGULAR.....	49
4.1.1 O Processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva .....	49
4.1.2 A CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro .....	51
4.2 DIMENSÃO PARTICULAR .....	56
4.2.1 Implantação do sistema informatizado no município de Guarapuava.....	56
4.3 DIMENSÃO ESTRUTURAL .....	61
4.3.1 Caracterização social, econômica e demográfica do município de Guarapuava-PR.....	61
4.3.2 Serviços e Programas voltados para atenção à saúde da mulher e da criança oferecidos no Município .....	64
4.3.3 Organização dos serviços de saúde do município.....	67

<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 159/1993, estabeleceu ser competência do enfermeiro a execução da Consulta de Enfermagem (COFEN, 1993).

Cabe apontar que, em 2009, na Resolução nº 358 o COFEN faz um esclarecimento conceitual acerca dos termos Processo de Enfermagem e Consulta de Enfermagem, ao afirmar que são equivalentes, porém o primeiro é mais utilizado em âmbito hospitalar. Enquanto que, o termo Consulta de Enfermagem deve ser utilizado quando se referir ao processo de trabalho do enfermeiro em serviços ambulatoriais de saúde e demais espaços extra-hospitalares (COFEN, 2009). Portanto, nesta pesquisa serão utilizados ambos os termos respeitando-se a referida Resolução.

Ademais, a Resolução nº 358/2009 define Processo de Enfermagem (PE) como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação de sua prática. Nesse sentido, pode-se afirmar que a utilização de terminologias de Enfermagem uniformizadas se faz necessária na implementação dessa competência (CHIANCA, 2003).

Nesse contexto, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) busca a universalização da linguagem de Enfermagem visando evidenciar os elementos de sua prática, a saber: intervenções de Enfermagem (o que os exercentes da Enfermagem fazem), tendo como base o diagnóstico de Enfermagem (julgamento sobre fenômenos humanos específicos), para alcançar resultados de Enfermagem (resultados esperados) (FURUYA *et al.*, 2011).

Na Enfermagem, as terminologias são conjuntos predefinidos de termos acordados entre os enfermeiros, mediante os quais se descrevem os conceitos importantes da profissão de maneira uniforme com respeito aos elementos de sua prática profissional, cuja principal finalidade é demonstrar o valor da Enfermagem e sua contribuição na atenção à saúde (BARRA; DAL SASSO, 2011).

Entretanto, existe um conflito ideológico quando se traz à tona a questão do vocabulário padronizado para o registro de Enfermagem, haja vista que, na prática, muitos enfermeiros desconhecem essas terminologias e abordam as mesmas como

se fossem métodos de assistência de enfermagem, chegando a confundi-los com o próprio processo de enfermagem por assim dizer (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

De acordo com Nóbrega *et al.* (2008), os sistemas de classificação são tecnologias que proporcionam a utilização de uma linguagem padronizada, por meio de terminologias, empregadas no processo de julgamento clínico e terapêutico que fundamentam a documentação da prática profissional.

No que concerne à utilização de sistemas de classificação, os enfermeiros em todo o mundo tem se mobilizado no esforço de atender ao desafio de universalização da sua linguagem profissional (NÓBREGA; GARCIA, 2005). Pois, a padronização na linguagem traz possibilidades de diálogo no âmbito internacional, ainda que contextos culturais, sociais e de saúde sejam distintos assim como traz agilidade e prontidão na definição de diagnósticos e intervenções de Enfermagem (NICHATA *et al.*, 2012).

Em 1989, como resultado dessa mobilização, durante o Congresso Quadrienal do CIE, realizado em Seul, foi aprovada a proposta para o desenvolvimento de um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a CIPE® (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; EGRY, 2009).

Assim, essa classificação, conforme Nóbrega e Garcia (2005), pode ser usada para tornar a ação do enfermeiro visível nos sistemas de informação de saúde e, conseqüentemente, prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado à saúde das populações. Ao mesmo tempo, é capaz de assegurar qualidade na assistência de Enfermagem consolidando-a ou modificando-a por meio de pesquisas, educação permanente e gerenciamento do processo de trabalho.

Nesse sentido, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) desenvolveu um projeto, entre 1996 e 2000, privilegiando a discussão da CIPE® na Atenção Básica<sup>1</sup> à Saúde, que deu origem a um inventário vocabular nominado Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®). Destarte, além da análise do processo de trabalho da Enfermagem brasileira, o projeto citado produziu termos empregados no Brasil que puderam ser incorporados aos fenômenos e ações de Enfermagem da CIPE® (BEZERRA *et al.*, 2006; CUBAS; EGRY, 2007).

---

<sup>1</sup> A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, dessa forma, associa a ambos os princípios e as diretrizes definidos nesse documento (BRASIL, 2012). Portanto, nesta pesquisa, optou-se por adotar o termo Atenção Básica.

Na versão 1.0 da CIPE<sup>®</sup>, o CIE define fenômenos de enfermagem como aspectos de saúde relevantes para a prática profissional, a saber: respostas de indivíduos, famílias e grupos a problemas de saúde reais ou potenciais. Enquanto isto, ação de enfermagem é definida como o desempenho de enfermeiros na prática, envolvendo ações relacionadas tanto ao cuidado direto quanto à organização do fazer de Enfermagem. Ressalta-se que intervenção de enfermagem, para o CIE, é definida como a ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, de modo a produzir um resultado de enfermagem (ICN, 1999 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Na atenção básica à saúde, o enfermeiro possui atribuições específicas dentro da equipe multiprofissional. Desse modo, no espaço singular da prestação de cuidado carece de instrumental direcionado à sistematização de sua assistência (CUBAS *et al.*, 2010).

Portanto, ao analisar a CIPE<sup>®</sup> e o inventário vocabular da CIPESC<sup>®</sup>, Cubas (2009) afirma que estas classificações podem ser consideradas tecnologias inseridas no processo de trabalho da Enfermagem, e por se tratarem de instrumentos disponíveis para uso na prática profissional, refletem significativamente em seu processo de trabalho.

Contudo, a utilização dos diferentes sistemas de classificação em Enfermagem ainda é incipiente no Brasil, restringindo-se a pesquisas e algumas tentativas de seu emprego no ensino e na prática assistencial (NÓBREGA; GARCIA, 2005). Não obstante, a produção científica nacional evidencia que grande parte das experiências de uso de sistemas de classificação em Enfermagem está voltada para o nível secundário e terciário, mais especificamente na área hospitalar (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

No tocante à produção científica acerca das classificações de Enfermagem, em especial a produção referenciada a CIPESC<sup>®</sup>, Cubas e Egry (2008) evidenciou através de uma pesquisa bibliográfica que esse inventário foi objeto de estudo em menos de 10% das publicações encontradas nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Ainda, os autores mencionados destacaram que foram realçados quarenta e dois textos que versavam sobre a prática assistencial do enfermeiro em Saúde Coletiva, sendo que dentre eles não houve nenhuma referência à CIPESC<sup>®</sup>.

Em um período da história da saúde brasileira no qual os olhares estão voltados para a Atenção Básica, esta situação é alarmante (CAVALCANTE *et al.*,



2011). Diante disso, os referidos autores entendem que a Enfermagem precisa acompanhar a proposta ministerial de mudança de modelo assistencial para Atenção Básica sem perder de vista o modelo assistencial da Enfermagem baseado em cientificidade.

Logo, ao compreender o trabalho da Enfermagem como parcela do trabalho em saúde, presente na produção dos serviços no nível individual e coletivo, faz-se necessário refletir sobre as potencialidades e os limites do uso de seus instrumentos de trabalho (CUBAS; EGRY, 2007).

No tocante ao uso da CIPESC® como instrumento do processo de trabalho em saúde coletiva, Nichiata *et al.* (2012) consideram que esse inventário vocabular norteia a elaboração de padrões de diagnósticos e cuidados em Enfermagem na Atenção Básica, propiciando sua aplicação de forma universal pelos enfermeiros.

Optou-se por desenvolver esta pesquisa em um município da região centro-sul do Estado do Paraná, que é sede da 5ª Regional de Saúde (RS) e o único entre os vinte municípios que compõem a 5ª RS que, até o momento, implantou em seu sistema informatizado uma nomenclatura de diagnósticos e intervenções de Enfermagem com base na CIPESC®. Portanto, este município apresentou condições favoráveis e oportunas para a realização de estudos que possam ampliar o debate sobre a questão.

Tendo em vista que os resultados do Projeto CIPESC® carecem de pesquisas que propiciem a ampliação de sua aplicação, bem como a avaliação de sua implantação nos serviços municipais de saúde, as questões que norteiam esta pesquisa são: como os enfermeiros utilizam a CIPESC® implantada no sistema informatizado das unidades de Atenção Básica em um município do centro-sul do Paraná? Os enfermeiros identificaram modificações no processo de trabalho de Enfermagem em Saúde Coletiva com a introdução desse novo instrumento?

Dessa forma, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a utilização da CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva no município do centro-sul do Paraná. Além disso, os objetivos específicos são: identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca da CIPESC® e reconhecer os processos que potencializam ou fragilizam a utilização da CIPESC® durante a consulta de Enfermagem.

Acredita-se que esta pesquisa tenha relevância para a prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, pois se pressupõe que a partir desse tipo de estudo será possível

identificar em que medida o uso da CIPESC® contribui no processo de trabalho do enfermeiro da Atenção Básica, assegurando uma prática assistencial que vise a autonomia profissional, assim como, a efetividade e resolutividade da intervenção que ele desenvolve.

Diante do exposto, como mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Paraná, a pesquisadora desenvolveu esta pesquisa inserida na área de concentração “Prática Profissional em Enfermagem” e na Linha de Pesquisa “Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem”.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA

Segundo Egry *et al.* (1999), saúde coletiva e processo de trabalho em saúde são as duas grandes vertentes conceituais que dão sustentação ao arcabouço teórico do projeto brasileiro CIPESC®.

Sobre saúde, Breilh (2006, p. 45) propõe que:

[...] é sempre e simultaneamente, o movimento de gênese e reprodução possibilitado pelo concurso de processos individuais e coletivos, que se articulam e se determinam mutuamente. [...] Assim, sobre esse prisma, a práxis<sup>2</sup> da saúde não é totalmente objetiva, ou seja, sujeita ao condicionamento coletivo, nem tampouco absolutamente subjetiva, ou sujeita exclusivamente ao livre arbítrio pessoal.

A partir dessa perspectiva, o autor aponta que a Saúde Coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença; incorpora o método materialista dialético; e coloca-se como recurso crítico na renovação de políticas públicas de saúde (BREILH, 2006).

Ao pensar sobre o processo de trabalho em Saúde Coletiva, Chaves, Larocca e Peres (2011) apresentam que o uso do pensamento crítico-reflexivo sobre a determinação social do processo saúde-doença permite ao enfermeiro selecionar a intervenção mais adequada para atender às necessidades reconhecidas e promover a transformação dos determinantes de saúde.

Nesse sentido, Egry (1999) afirma que ao designar o termo Enfermagem de Saúde Coletiva agregam-se ao processo saúde-doença as dimensões social, política, ética bem como o cuidado, os saberes e as práticas de saúde. Logo, além de ser ação produtiva, a prática de Enfermagem comporta intersubjetividade, efetivando-se

---

<sup>2</sup> A práxis se refere à unidade dialética teoria-prática, é a atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (EGRY, 2010).

mediante articulação das dimensões técnica, prática, ético-política e interacional (MANDÚ; PEDUZZI; SILVA, 2012).

Assim, o trabalho da Enfermagem é constituinte da estrutura social e do trabalho coletivo em saúde, que, dialeticamente, afirma e/ou modifica necessidades, valores e regras sociais aos quais se articula (MANDÚ; PEDUZZI; SILVA, 2012).

O processo de trabalho da Enfermagem tem sofrido influências históricas, regulamentares e culturais. Além disso, pela sua dinamicidade e necessidade reconhecida, vem ao longo dos anos construindo formas alternativas de melhorar as ações desenvolvidas por meio de reflexões sobre sua práxis (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Segundo Sanna (2007), o objeto do processo de trabalho do enfermeiro é o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades.

No projeto CIPESC<sup>®</sup>, particularmente, foram estudados os instrumentos de trabalho empregados pelos enfermeiros em sua prática, propiciando informações pertinentes para análise da adequação desses instrumentos ao objeto e à finalidade do trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

Além disso, o projeto CIPESC<sup>®</sup> colaborou para a transformação das práticas de saúde ao desenvolver formas para analisar os processos de trabalho em saúde, na sua totalidade dinâmica (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

A compreensão da totalidade permite ao indivíduo identificar as contradições historicamente construídas que determinam e constituem o fenômeno, mediante a reflexão crítica sobre o mesmo, possibilitando preestabelecer uma intervenção factível (CHAVES; LAROCCA; PERES, 2011). Nesse caso, segundo os mesmos autores, independentemente da dimensão na qual se dará a intervenção, o sujeito terá sempre em mente a totalidade, a historicidade e a dinamicidade que constitui o objeto ou a realidade observada.

À vista disso, os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas construídos historicamente pelo sujeito que, assim, estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto. No trabalho em Enfermagem e em saúde, encontram-se tanto instrumentos materiais quanto intelectuais, tais como os saberes técnicos, que informam e fundamentam a ação realizada (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Portanto, no processo de trabalho do enfermeiro, os instrumentos não são apenas os artefatos físicos de que se utiliza, mas também os conhecimentos, habilidades e atitudes combinados de maneira peculiar, voltados às necessidades em

saúde que sujeitos e coletividades apresentam, o que determina sua realização (SANNA, 2007).

Cabe destacar que a produção científica que aborda a categoria processo de trabalho como forma de análise da prática de Enfermagem ainda é pequena. Nesse contexto, Fracoli e Granja (2005) apontam que o projeto CIPE®/CIPESC® realizado pela ABEn contribuiu significativamente no Brasil para a produção de conhecimento nessa área.

Como categoria geral, o trabalho, para Marx (2012), é um processo no qual o ser humano transforma a natureza e, ao transformá-la, acaba por transformar-se a si mesmo. Portanto, numa sociedade baseada na cooperação e na troca, trabalho é o ato de depositar significado social à natureza. Logo todo trabalho é ato processual orientado por finalidades sociais, não se restringindo apenas à objetividade técnico-científica (MARX, 2012).

Nesse sentido, ao final do trabalho humano tem-se um resultado que já estava projetado no pensamento e é sempre um esforço orientado a um fim; tendo, portanto, caráter teleológico (MARX, 2012).

O uso das categorias teóricas trabalho, processo de trabalho e correlatos, ancorados em Marx, permite compreender que a Enfermagem, mais do que uma profissão técnica e/ou científica, situa-se na sociedade como trabalho e, portanto, como parte do conjunto de suas influências e movimentos, de forma articulada às transformações históricas do setor saúde (MANDÚ *et al.*, 2011).

A profissão de Enfermagem vem se constituindo como um componente essencial na qualidade em saúde, acompanhando assim transformações nas relações interpessoais, sociais, políticas, no campo tecnológico e no modelo das organizações dos serviços (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

No Brasil das décadas de 1970 e 1980, a visão marxista do trabalho foi tomada como base para a construção do pensamento social em saúde, influenciando largamente nas produções acadêmicas da área, nas práticas assistenciais e lutas políticas por mudanças no sistema nacional de saúde, em um contexto de democratização e crescimento da participação do Estado brasileiro nas questões de saúde (MANDÚ *et al.*, 2011).

Segundo Marx (2012), considera-se processo de trabalho a junção dos meios de trabalho e dos objetos sobre o que recai um trabalho produtivo; e o produto não é só resultado e sim a condição para que aconteça esse processo. Assim, o processo

de trabalho parte da concepção histórica do trabalho, concebendo-o como atividade na qual o trabalhador, orientado por uma finalidade, transforma determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos, sob determinada organização (MARX, 2012).

A partir desse conceito, a categoria processo de trabalho foi interpretada, por Mandú *et al.* (2011), como ação humana transformadora, intencional, dirigida a um fim social, que envolve tempo, energia, objetos e aplicação de meios à produção de bens úteis à vida; além disso, como ato produtivo se inter-relaciona a movimentos de produção, consumo e circulação/distribuição de produtos em contextos concretos, produzindo resultados segundo necessidades que incluem a reprodução das relações sociais que predominam.

Portanto, o processo de trabalho é uma prática social cujos elementos básicos são: os agentes, os objetos, os instrumentos, a atividade e a finalidade (MARX, 2012). Marx conceitua agentes como aqueles a quem compreende a realização do trabalho; o objeto é a matéria a ser transformada; os instrumentos são os meios que ajudam a trabalhar; a atividade é a prática das técnicas (o trabalho diário); e a finalidade é a antevisão do objeto transformado, ou seja, sua idealização.

O trabalho da Enfermagem insere-se no trabalho coletivo em saúde como subsidiário e complementar (KURCGANT, 2012). Ainda, segundo o mesmo autor, diante da finalidade de recuperar a força de trabalho e atuar nos processos de proteção e desgaste, o trabalho da Enfermagem transforma o objeto (indivíduo/coletividade) com demandas no processo saúde-doença, empregando meios e instrumentos específicos, segundo certas formas de organização e divisão, caracterizando-o como trabalho parcelado, hierarquizado, composto por pessoas de diferentes categorias e qualificações.

Entretanto, a Enfermagem tem procurado buscar uma maneira para organizar seu processo de trabalho, não mais pela divisão deste em tarefas, que traz consigo a divisão do ser humano em partes, mas pelo cuidado de Enfermagem prestado de forma integral, no qual a qualidade desse cuidado seja mais importante do que a padronização dos procedimentos (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Assim, o inventário de atividades desenvolvidas por esses agentes permite o reconhecimento das suas práticas e a análise crítica de sua relação com as demais práticas existentes na produção de serviços de saúde (EGRY *et al.*, 1999).

Portanto, o trabalho da Enfermagem busca atender certas necessidades em saúde, utilizando instrumentos materiais e intelectuais, a partir de um projeto de cuidado efetivado por meio de agentes em inter-relação e comunicação (entre si e com usuários), segundo finalidades sociais e direcionamentos éticos construídos (MANDÚ; PEDUZZI; SILVA, 2012).

Contudo, o entendimento do trabalho como processo é uma construção relativamente recente para a Enfermagem, no qual o trabalho é decorrente das necessidades histórico-sociais e biológicas do ser humano (SANNA, 2007). O autor ressalta que, além das necessidades relacionadas à reprodução e à sobrevivência do corpo biológico, esse ser humano, por se constituir num ser social, precisa atender a uma série de necessidades para viver, as quais se transformam ao longo do tempo.

A categoria processo de trabalho permite compreender que o fazer da Enfermagem responde a essas necessidades sociais, envolvendo sujeitos históricos, subjetividades, reiteração e criação humana, num processo voltado à apreensão e transformação de objetos de intervenção, por meio da criação e aplicação de instrumentos materiais e intelectuais, com a efetiva participação coletiva de seus agentes, constituindo-se em ação social limitada no tempo e espaço, mobilizada pela ação humana (MANDÚ *et al.*, 2011).

Na Enfermagem, o processo de trabalho particulariza-se em uma rede composta por quatro dimensões: assistir, gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada uma destas dimensões possui elementos próprios, ou seja, seu objeto, seus instrumentos e seus métodos podem ou não coexistir em determinado momento e instituição (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Entre os métodos do processo de trabalho assistir em enfermagem, segundo Sanna (2007) estão: a sistematização da assistência, os procedimentos e as técnicas de Enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (COFEN, 2009).

Em outras palavras, enquanto a SAE organiza as condições necessárias à sua realização, o PE, executado de modo sistemático e deliberado, define as necessidades, orientando o cuidado e documentando os resultados obtidos com a intervenção executada, não somente evidenciando a participação da Enfermagem na atenção à saúde da população, mas também, contribuindo para a visibilidade e o reconhecimento profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009c).

Em relação à documentação da assistência prestada pelo enfermeiro, o COFEN (2009) especifica que deve ser registrado no prontuário do paciente/usuário: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade; os diagnósticos de Enfermagem acerca das respostas evidenciadas pelo(s) mesmo(s) em um dado momento do processo saúde-doença; as intervenções de Enfermagem realizadas face aos diagnósticos de Enfermagem identificados; e, por fim, os resultados alcançados como consequência dessas intervenções realizadas.

Diante disso, os sistemas de classificação são fundamentais para documentar o PE e proporcionar o conjunto de dados mínimos para a Enfermagem (BARRA; DAL SASSO, 2011). Portanto, tais sistemas podem ser vistos como instrumentos do processo de trabalho de enfermeiro, sendo intermediários entre o trabalhador e o objeto, revelando o tipo de trabalho a ser realizado, conseqüentemente o tipo de relação entre o trabalhador e os meios de produção (CUBAS; EGRY, 2005).

Os sistemas de classificação da prática de Enfermagem são entendidos por Egrý (2009) como uma totalidade-parte do trabalho da Enfermagem que deve ser aproximada, em sua concepção teórico-conceitual, pela totalidade-parte do processo de produção em saúde em suas diferentes dimensões.

Em essência, para Palomares e Marques (2010), a SAE é uma iniciativa no sentido de melhor organizar os processos de trabalho e a documentação relativos ao PE. No próximo tópico será abordada a SAE como método do processo de trabalho do enfermeiro.

## 2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Durante a década de 1970, observou-se um movimento mundial dos enfermeiros no sentido de organizar e planejar a assistência de Enfermagem baseada na cientificidade do PE. Nesse período, Wanda de Aguiar Horta apresentou uma possibilidade de aplicação do PE na sua prática diária de trabalho, iniciando a discussão sobre a necessidade de implantação da SAE nas instituições de saúde e de ensino brasileiras (CAVALCANTE *et al.*, 2011; CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).



Ressalta-se o papel importante do COFEN com a promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício do profissional da Enfermagem, introduzindo como atividade privativa do enfermeiro a elaboração, a execução e a avaliação dos planos de cuidados assistenciais (COFEN, 1986).

Em 2002, como marco regulatório acerca da implantação e manutenção da SAE no Brasil, por meio da Resolução nº 272, o COFEN definiu a obrigatoriedade da implantação do PE em todas as instituições públicas e privadas, de forma organizada e sistemática, baseando-se em uma teoria que pudesse nortear as etapas do PE (COFEN, 2002).

Nesse contexto, Fuly, Leite e Lima (2008) observam que existem alguns conceitos associados ao tema sistematização da assistência que têm sido empregados de forma conflituosa no vocabulário popular da enfermagem brasileira. Ainda, os mesmos autores apontam que “processo de enfermagem”, “metodologia da assistência” e a própria “sistematização da assistência” ora apresentam-se como sinônimos e ora apresentam-se com diferentes definições.

Diante do que a literatura aborda, a primeira corrente de pensamento abarca as ideias que corroboramos na presente investigação, na qual os três termos citados acima são encarados como conceitos distintos. Isso porque a sistematização da assistência demanda alguma ferramenta a ser utilizada – por exemplo, o PE –, e as ferramentas para sistematização demandam métodos de trabalho, previstos nas metodologias para a assistência proposta por cada uma das Teorias de Enfermagem para o trabalho processual (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Em 2009, a Resolução COFEN nº 272/2002 foi revogada com a publicação da Resolução nº 358 que endossou a obrigatoriedade da implantação do PE em todo território nacional, destacando a necessidade iminente da utilização das teorias de Enfermagem como base para a operacionalização do mesmo, além de reforçar a importância do registro de todo o processo no prontuário do usuário (COFEN, 2009).

Além disso, a referida resolução considera que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Entende-se que o cuidado é imprescindível nas diferentes situações da vida do ser humano, seja na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no transcorrer de enfermidades e seus agravos, nas incapacidades ou no processo de morrer. Dessa

maneira, a SAE representa um método fundamental no planejamento e execução do cuidado de Enfermagem, por meio de ações sistematizadas e sequenciais que visam a assistência ao indivíduo, família e comunidade (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Essas ações, através do PE são organizadas em cinco etapas: Coleta de dados (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento; Implementação; e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Assim, é imprescindível que o PE seja aplicado em sua totalidade, perpassando pelas cinco fases inter-relacionadas, direcionando as devidas intervenções para o alcance do objetivo final que é uma maior qualidade, efetividade e segurança na assistência de Enfermagem (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a SAE como metodologia científica vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, exigindo julgamento, habilidade e perícia nas tomadas de decisões do enfermeiro, garantindo, dessa forma, maior segurança aos usuários, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de Enfermagem (MEDEIROS *et al.*, 2010; TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Um estudo realizado por Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013) ressaltou que na percepção dos enfermeiros a SAE propicia também maior eficiência e cientificidade à profissão, assegurando valorização e reconhecimento, enquanto um espaço de novas conquistas e uma mudança cultural no papel do Enfermeiro.

Ademais, os enfermeiros concordam ser a SAE um processo decisório, que norteia o raciocínio do enfermeiro no planejamento da assistência voltada para as necessidades em saúde, auxiliando a sua resolução; documenta as ações de Enfermagem de forma organizada, direcionando os cuidados prestados; facilita a continuidade da assistência, gerando satisfação e reconhecimento profissional e aumentando o vínculo com o usuário (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Segundo os mesmos autores, os enfermeiros percebem a SAE como uma forma de aprofundar os conhecimentos, tanto formais quanto informais, conferindo autonomia na prática profissional, determinando sua importância dentro da profissão ou na ação conjunta com outros profissionais.

No entanto, apesar de identificar a importância e os benefícios da SAE, muitos enfermeiros ainda não a aplicam em sua totalidade em virtude das dificuldades encontradas no tocante à sua operacionalização. São apresentadas como justificativas para não implementação: falta de conhecimento nas etapas do processo,

pouca habilidade no exame físico e grande responsabilidade frente às atividades burocráticas que lhes são impostas (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Para operacionalizar a SAE é preciso superar mudanças de paradigmas do pensar, ser e agir existentes na profissão, o que somente será possível a partir do momento que a Enfermagem reorganizar seu saber e sua prática bem como as instituições de saúde oferecerem um arcabouço estrutural, organizacional e orçamentário para aplicação do PE (VARELA *et al.*, 2012).

Segundo Garcia e Nóbrega (2009b), o PE é aplicável em uma variedade de ambientes (instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar ou de serviços ambulatoriais de saúde, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros); e em uma variedade de situações clínicas em que observações sobre as necessidades humanas da população acompanham, *pari passu*, o processo de tomada de decisão acerca do cuidado requerido e a avaliação posterior dos resultados que se obtêm com a intervenção do profissional.

Nesse contexto, um estudo realizado por Carvalho e Kusumota (2009) demonstrou que algumas estratégias podem potencializar o uso do PE no Brasil; dentre elas destacam-se: melhores condições de trabalho da equipe de Enfermagem; melhor remuneração; adoção de processo de educação permanente pelas instituições prestadoras de assistência e o movimento de controle de qualidade da assistência com o desenvolvimento de indicadores de resultados do PE. Somam-se, ainda, a ampliação do uso da informática nos cenários da prática e o movimento para o emprego dos sistemas de classificação na Enfermagem.

### 2.2.1 O Prontuário eletrônico como ferramenta para sistematização da assistência de enfermagem

Atualmente, o foco na área assistencial é a proposta de informatização do prontuário do usuário, integrando todas as informações referentes ao mesmo (BARRA; DAL SASSO, 2011). Logo, a Enfermagem, como maior grupo de utentes dos sistemas computacionais nos serviços de saúde, deve considerar a remodelagem de seus processos de trabalho inserindo a utilização das ferramentas informatizadas (PALOMARES; MARQUES, 2010).

Frente ao exposto, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e a Informática são recursos recentes e disponíveis que podem aprimorar, organizar e fortalecer o cuidado de Enfermagem, fornecendo em tempo real todo e qualquer dado que o enfermeiro necessita para o desenvolvimento de suas ações (BARRA; DAL SASSO, 2011).

Um estudo realizado por Palomares e Marques (2010) demonstrou que a aplicação de recursos informatizados traz vantagens e melhoria na atuação e trabalho do enfermeiro, e para tal exige conhecimento constante. Esses autores ressaltam que um dos maiores objetivos no desenvolvimento de qualquer sistema computacional voltado para a área de saúde é satisfazer a necessidade de documentação e controle do cuidado prestado ao usuário.

Segundo o COFEN (2012), na Resolução nº 429, é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do usuário e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Por conseguinte, os enfermeiros devem garantir que os dados de Enfermagem estejam presentes em tais prontuários para que sejam analisados, demonstrando assim o cuidado prestado por esse profissional (BARRA; DAL SASSO, 2011). Entretanto, Nóbrega *et al.* (2008) revelam que em quase todos os países do mundo ainda persistem problemas de reconhecimento do papel do enfermeiro por causa de sua invisibilidade nos SIS.

Em relação ao crescimento e desenvolvimento da Informática e dos SIS, Barra e Dal Sasso (2011) apontam diversas possibilidades de utilização na área da saúde e da Enfermagem, tais como: concepção de novas ferramentas de apoio para a SAE; administração dos serviços de Enfermagem e dos recursos facilitadores do cuidado em saúde; gerenciamento de padrões de informações sobre o usuário para a prestação do cuidado; e união dos recursos de pesquisa e aplicações educacionais à prática de Enfermagem.

Além disso, a implantação dessa tecnologia nos serviços de saúde possibilita ter um prontuário eletrônico arquivado por tempo indeterminado, sem desperdício de papel, permitindo crescimento tanto para padronização quanto para a prática no cuidado direto ao paciente (PALOMARES; MARQUES, 2010). Especificamente na

área de Enfermagem, os mesmos autores destacam que os avanços da informática visam também aumentar o tempo disponível do profissional para as atividades relacionadas ao cuidado, proporcionando uma assistência digna.

Isso porque os SIS são capazes de organizar e documentar o PE em diferentes fases de desenvolvimento, de forma a contribuir para a otimização do tempo, auxiliar na tomada de decisão, facilitar a recuperação de dados, evitar redundâncias, facilitar a comunicação multiprofissional e integrar as informações com segurança e integridade dos dados (PALOMARES; MARQUES, 2010).

Quanto à aplicação dos SIS, uma pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2012) demonstrou a amplitude de uso em diferentes locais e públicos-alvo, desde a Atenção Básica até a complexidade tecnológica de Unidades de Terapia Intensiva, e desde indivíduos que necessitam de cuidados domiciliares até vítimas de trauma. A referida pesquisa evidenciou que os enfermeiros reconhecem a necessidade de um sistema informatizado de registros direcionados ao PE.

Além disso, há o desejo de utilizar um sistema de classificação em todas as suas fases. Em relação a isso, os autores supracitados ressaltam que a aplicação de terminologias de Enfermagem apoia as fases do PE e contribui para o registro computadorizado quando integradas em SIS.

Estima-se que a Enfermagem seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do usuário (CARVALHO *et al.*, 2012). Desse modo, considerando que os cuidados de Enfermagem representam uma grande proporção das atividades realizadas nos serviços de saúde, tornar-se imprescindível a integração nos SIS dos termos utilizados pelos enfermeiros em seus diferentes sistemas de classificação (MATA *et al.*, 2012).

Os estudos que focalizam a documentação na Enfermagem evidenciam sua importância para a continuidade de um cuidado com qualidade, destacando-se que a documentação dos elementos da prática profissional deve ser apropriada, fidedigna e capaz de sustentar as decisões clínicas tomadas em relação à situação que pretende retratar (NÓBREGA *et al.*, 2008).

Como subsídio para tal documentação denota-se o uso dos sistemas de classificação existentes na Enfermagem como instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro. Este tema será abordado no tópico a seguir.

### 2.3 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Os sistemas de classificação surgiram nos anos de 1950, quando modelos conceituais de Enfermagem passaram a ser desenvolvidos, numa tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão. Foi, então, que a partir de 1960, o desenvolvimento dos dois primeiros mudou o enfoque no ensino e na prática de Enfermagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Conforme aponta Garcia e Nóbrega (2009b), a primeira classificação, denominada “21 problemas de Abdellah”, descreveu os objetivos terapêuticos da Enfermagem enfocando, principalmente, as necessidades dos usuários (terapêutica das necessidades) e os problemas de Enfermagem (terapêutica de problemas).

Já a segunda classificação, “14 necessidades humanas básicas de Henderson”, descreveu os cuidados necessários para qualquer usuário, independentemente do diagnóstico e/ou terapêutica instituídos (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Ambos sistemas de classificação são considerados precursores da sistematização do conhecimento de Enfermagem pois, segundo os autores supracitados, contribuíram para estimular os enfermeiros a identificar os problemas terapêuticos do usuário e, posteriormente, os diagnósticos de Enfermagem.

Diante disso, para Nóbrega e Garcia (2005), os sistemas de classificação existentes à época contribuíram para proporcionar autonomia ao enfermeiro no julgamento sobre os cuidados prestados, aprimoraram a construção e utilização do corpo próprio de conhecimento da Enfermagem e estimularam os estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado.

Esses fatores balizaram o imperativo de sistemas de classificação da prática profissional que sumarizassem e descrevessem os dados mínimos para a prática de Enfermagem (NÓBREGA; GARCIA, 2005). Assim, a partir de 1970, o desenvolvimento e o uso de sistemas de classificação na Enfermagem foram difundidos como forma de descrever a prática do enfermeiro assim como determinaram qual a contribuição da profissão para a prevenção, o alívio, a resolução dos problemas de saúde e quais os resultados que os enfermeiros se propunham a alcançar (GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

Desde então, a utilização de sistemas de classificação na Enfermagem tem sido bastante abrangente e diversos países têm implementado esses sistemas (FURUYA *et al.*, 2011).

Portanto, as descrições das atividades desenvolvidas por enfermeiros e dos diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem gerados após implementação de sistemas de classificação são importantes para demonstrar as contribuições desses profissionais na assistência à saúde. Isso porque os sistemas de classificação em Enfermagem possibilitam o cuidado em uma linguagem única bem como a descrição da Enfermagem clínica (FURUYA *et al.*, 2011).

Além disso, a utilização de uma terminologia unificada possibilita codificar, armazenar e recuperar a informação em um formato que possa ser útil aos objetivos da profissão e da saúde da população (NÓBREGA *et al.*, 2008).

O uso de sistemas de classificação tem trazido contribuições significativas para a prática de Enfermagem, tais como: melhoria da comunicação e da qualidade das documentações, possibilidade de avaliação de resultados e de escolha das melhores intervenções; e elaboração de *softwares* para otimizar a prática profissional, o que implica diretamente na melhoria do cuidado prestado (MATA *et al.*, 2012; FURUYA *et al.*, 2011).

Em relação aos benefícios do desenvolvimento de sistemas de classificação em Enfermagem, Furuya *et al.* (2011) destacam também: segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de Enfermagem, visibilidade das ações de Enfermagem, desenvolvimento de registros eletrônicos e avanço do conhecimento.

Na Enfermagem brasileira, os vocabulários mais conhecidos e utilizados na prática profissional são: NANDA-I, NIC, NOC, CIPE® e o inventário vocabular da CIPESC<sup>3</sup> (CARVALHO *et al.*, 2012; MATA *et al.*, 2012; FURUYA *et al.*, 2011; BARRA; DAL SASSO, 2011).

Em relação às terminologias citadas, a NANDA-I é uma classificação que fornece títulos de diagnósticos de Enfermagem e suas respectivas definições, características definidoras, fatores relacionados e de risco. A NIC refere-se à Classificação de Intervenções de Enfermagem, que propõe cuidados voltados para os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, e a NOC consiste na Classificação de

---

<sup>3</sup> Respectivamente: *North American Nursing Diagnoses Association*, *Nursing Intervention Classification*, *Nursing Outcomes Classification*, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Resultados de Enfermagem, apresentando resultados que permitem a avaliação das intervenções de Enfermagem (CARVALHO *et al.*, 2012).

Já a CIPE® consiste em uma terminologia combinatória utilizada para elaborar diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem e o inventário vocabular CIPESC® refere-se à contribuição brasileira à CIPE®, pois teve como objeto o vocabulário utilizado na prática de saúde coletiva no país (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Entretanto, diante dos diferentes sistemas de classificação existentes, Nóbrega e Garcia (2005) alertam que a ausência de uma linguagem universal que defina e descreva a prática de Enfermagem tem comprometido seu desenvolvimento como ciência. Ciente desse cenário, o CIE organizou a CIPE®, um sistema de classificação de termos cuja finalidade primária é padronizar a linguagem de Enfermagem em âmbito internacional, representando conceitos e cuidados de sua prática, permitindo comparação entre dados de diferentes populações e tempos (MATTEI *et al.*, 2012).

### 2.3.1 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)

A proposta de desenvolvimento de uma classificação internacional dos elementos da prática de Enfermagem foi apresentada e aprovada durante o 19º Congresso Quadrienal do CIE, realizado em 1989, em Seul, na Coreia do Sul (NÓBREGA *et al.*, 2008).

As justificativas para sua elaboração, de acordo com os referidos autores, estavam relacionadas com a falta de um sistema e de uma linguagem específica da profissão, necessários para que a Enfermagem pudesse contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle do seu próprio trabalho.

Portanto, a CIPE® consiste em um sistema de linguagem de Enfermagem unificado que contempla os fenômenos e ações da profissão como componentes primários de sua construção (MAZONI *et al.*, 2010).

Dessa forma, sua estrutura inclui vocabulários de Enfermagem que podem ser utilizados para mapeamento de dados, sendo visualizado, ainda, como um



instrumento de informação capaz de descrever a prática de Enfermagem, conferindo-lhe maior visibilidade nos sistemas de informação em saúde (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

O projeto da CIPE® foi concebido após a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendar a formulação de um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como um componente da Família de Classificações da Saúde, que deveria ser conduzido por uma organização internacional de Enfermagem, para que, dessa forma, fosse representativo da Enfermagem mundial (NÓBREGA; GUTIERREZ, 1999; MATTEI *et al.*, 2012).

Essa recomendação da OMS visava acrescentar às Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos, uma classificação de Enfermagem contemplando problemas/diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem (MAZONI *et al.*, 2010; GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

Como resposta, o CIE iniciou, em 1991, o projeto da CIPE®. A partir de então, foi realizado um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às associações filiadas ao CIE, para identificar, em âmbito internacional, os sistemas de classificação usados na Enfermagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; GARCIA; NÓBREGA, 2009a; MAZONI *et al.*, 2010).

Nesse processo, foram identificados 14 sistemas de classificação desenvolvidas na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos (EUA), confirmando a presença de diferentes classificações descritoras da prática de Enfermagem, evidenciando sobremaneira, a importância do desenvolvimento de um sistema de classificação unificado capaz de representar esta prática em âmbito mundial (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; GARCIA; NÓBREGA, 2009a; MAZONI *et al.*, 2010).

Acerca dos 14 sistemas de classificação da Enfermagem quando integrados em SIS, uma revisão sistemática das publicações disponíveis na BVS entre 1997 e 2011, obteve como amostra onze artigos com relato de experiências referentes a quatro países: Brasil (57,1%), Canadá (14,3%), EUA (14,3%) e Coréia do Sul (14,3%) (CARVALHO *et al.*, 2012).

Os autores supracitados evidenciaram que 42,9% dos sistemas de classificação de Enfermagem encontram-se implantados e a CIPE® apresentou-se integrada em 50% dos SIS citados nas publicações. Todavia, a referida pesquisa demonstrou que a NANDA-I foi a terminologia mais aplicada pelos enfermeiros.

Considera-se a CIPE® um instrumento de informação capaz de fornecer dados que identifiquem a atuação do enfermeiro no cuidado da saúde e permitir mudanças práticas por meio de educação, administração e pesquisa (MATTEI *et al.*, 2012). Produz, também, informações para o processo decisório do enfermeiro, possibilitando a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem (SILVA; MALUCELLI; CUBAS, 2008).

Ressalta-se que os sistemas de classificação são instrumentos dinâmicos e mutáveis e, para sua manutenção, é preciso uma constante avaliação bem como revisão e validação dos termos para reduzir a ambiguidade e redundância (SILVA; MALUCELLI; CUBAS, 2009).

Diante disso, ao longo dos anos, a CIPE® vem alterando sua estrutura, conteúdo e a apresentação hierárquica dos termos. Em relação as suas versões, a Alfa (1996), Beta (1999) e Beta 2 (2001) eram experimentais e continham duas classificações: de fenômenos e de ações de Enfermagem. Já a versão 1.0 (2005) apresentou modificações significativas, relacionadas à reestruturação do modelo multiaxial e inclusão de uma ontologia, recurso computacional que classifica conceitos hierarquicamente, viabilizando combinações e restrições entre termos (SILVA, MALUCELLI; CUBAS, 2008).

Em seguida, a versão 1.1 (2008) inovou com a inclusão de diagnósticos e intervenções pré-combinadas e, em 2009, a versão 2.0 foi apresentada em resposta ao ajuste necessário para inclusão da CIPE® na Família de Classificações Internacionais da OMS (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Nos anos seguintes foram divulgadas mais duas versões da CIPE®: a Versão 3 (2011) e a Versão 2013 (2013). Nessas novas versões, manteve-se a representação multiaxial do Modelo de Sete Eixos (Figura 1) introduzida na Versão 1.0. Há, atualmente, um total de 3.894 conceitos incluídos na CIPE® Versão 2013 (GARCIA; NÓBREGA, 2013).



FIGURA 1 – MODELO DE SETE EIXOS DA CIPE® VERSÃO 1.0  
 FONTE: GARCIA; NÓBREGA (2009a)

Dessa forma, a CIPE® é considerada uma tecnologia de informação<sup>4</sup> (GARCIA; NÓBREGA, 2009a), por permitir a troca de experiências e interlocução de informações sobre a prática dos profissionais da Enfermagem no nível nacional e internacional, de modo a influenciar na elaboração de políticas públicas, tais como as de saúde e de educação (NÓBREGA; GARCIA, 2009; CUBAS, 2009).

Além disso, enquanto tecnologias de informação, os sistemas de classificação são, também, essenciais para auxílio na tomada de decisões eficazes e para uma prática de qualidade, de forma que os conhecimentos profissionais adquiridos possam ajudar a conhecer e a compreender melhor os assuntos relacionados com a atenção à saúde (NÓBREGA; GARCIA, 2009).

A CIPE® está sendo desenvolvida como um marco unificador dos diversos sistemas de classificação em Enfermagem, permitindo a configuração cruzada de termos de classificações já existentes e de outras que forem desenvolvidas. Um dos principais critérios dessa classificação é o de poder ser suficientemente ampla e sensível à diversidade cultural, de modo que sirva aos múltiplos propósitos requeridos pelos distintos países onde será utilizada (GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

Entretanto, diante da constatação de que os sistemas de classificação de Enfermagem utilizados mundialmente evidenciavam um direcionamento à área

<sup>4</sup> As tecnologias de informação compreendem recursos não humanos (*softwares* ou *hardwares*), dedicados ao armazenamento, processamento e comunicação da informação (ALECRIM, 2004).

hospitalar, o CIE, decidiu orientar um projeto internacional voltado à extra-internação (CUBAS; EGRY, 2008).

A partir daí, destaca-se a participação da Enfermagem brasileira nesse processo quando, em 1994, se começou a discutir um estudo na área de Atenção Básica de saúde e em serviços comunitários que integraria o projeto do CIE (MAZONI *et al.*, 2010; GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

Para isso, inicialmente, realizou-se uma reunião consultiva composta por enfermeiros de nove países englobando a África, a América do Norte e a América do Sul, na qual se ampliou a proposta de uma classificação internacional de Enfermagem voltada para Atenção Básica à saúde (SILVA, MALUCELLI; CUBAS, 2008).

No que diz respeito ao envolvimento da Enfermagem brasileira nesse processo de criação e evolução da CIPE® há que se destacar a participação da ABEn-Nacional por meio de força tarefa voltada para dois objetivos: traduzir e divulgar a CIPE® versão Alfa bem como desenvolver o projeto CIPESC® voltado à incorporação das práticas de assistência à Saúde Coletiva no documento CIPE® (GARCIA; NÓBREGA, 2009a; MAZONI *et al.*, 2010).

Assim, entre 1995 e 1996, iniciou-se o referido projeto considerado uma estratégia técnica e política para o desenvolvimento da Enfermagem brasileira (EGRY *et al.*, 1999; SILVA, MALUCELLI; CUBAS, 2008; MAZONI *et al.*, 2010).

#### 2.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®)

O projeto CIPESC®/ABEn foi desenvolvido entre 1997 e 2000, com duas vertentes de análise dos resultados: a produção de um inventário vocabular de Enfermagem em Saúde Coletiva, a partir da identificação de fenômenos e ações de Enfermagem; e a caracterização do processo de trabalho de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil (GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

Os cenários de execução desse projeto foram escolhidos a partir dos critérios que tipificavam a diversidade das práticas de Enfermagem no Brasil, foram eles: Salvador-BA, Sobral-CE, Brasília-DF, Aracruz-ES, Goiânia-GO, Belo Horizonte-MG, Campo Grande-MS, Santarém-PA, Cabedelo-PB, Londrina-PR, Porto Alegre-RS,

Niterói-RJ, Blumenau-SC, Ribeirão Preto-SP e São Paulo-SP (EGRY; ANTUNES; LOPES, 2010).

Nesse sentido, considerando que o Brasil é um país continental compreendido por várias regiões, os autores supracitados ressaltam que desenvolver um trabalho desta natureza implicou em ter que considerar suas dimensões continentais bem como as diferenças socioeconômicas e culturais de cada uma das regiões.

Como resultados, mostrou-se que havia outros fenômenos e ações além dos já descritos pela CIPE® que faziam parte da realidade assistencial extra-internação no Brasil. Assim, em 2005, o sistema de classificação brasileiro transformou-se em marca registrada, dando origem ao inventário vocabular CIPESC® (EGRY, 2009).

Esse inventário vocabular estruturou-se nos eixos propostos pela CIPE® Versão Beta (Figura 2), apresentando-se como pioneiro no que tange ao processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica em saúde (ALVES *et al.*, 2013).

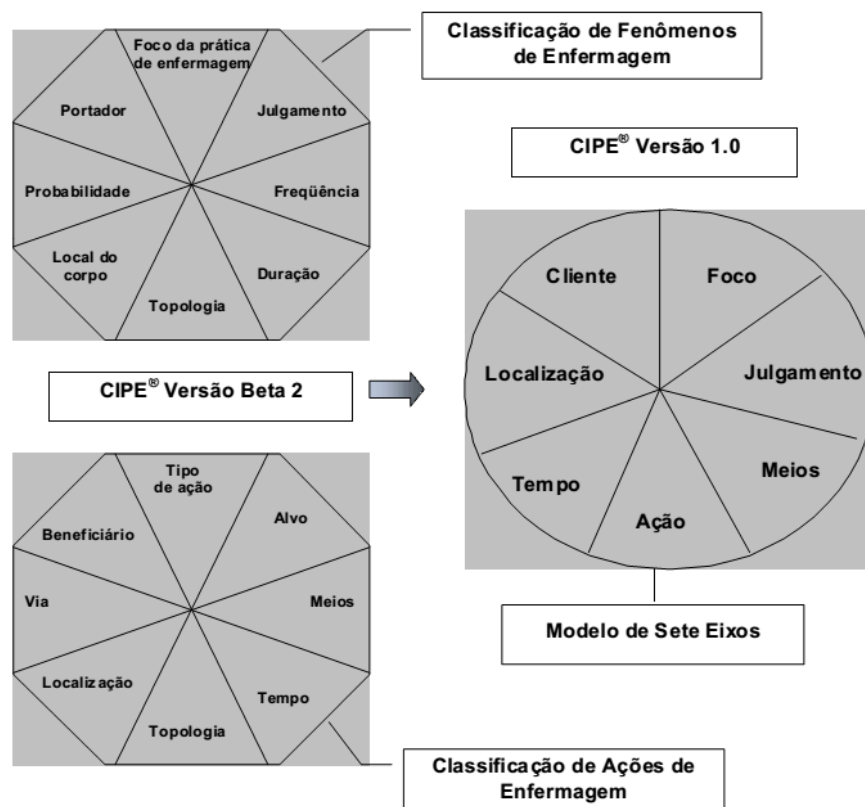


FIGURA 2 – COMPARAÇÃO ENTRE OS EIXOS PROPOSTOS PELA CIPE® VERSÃO BETA E O MODELO DE SETE EIXOS DA VERSÃO 1.0

FONTE: GARCIA; NÓBREGA (2009a)

O inventário vocabular resultante do projeto CIPESC<sup>®</sup>/ABEn contempla 3.479 ações de enfermagem e 542 fenômenos de enfermagem, sendo 331 desses classificados no eixo foco da prática de enfermagem da classificação de fenômenos da CIPE<sup>®</sup> (CHIANCA; ROCHA, 2011).

A busca por uma classificação universal na Enfermagem está em constante desenvolvimento. Assim, acompanhar a evolução da CIPE<sup>®</sup> é imprescindível para a CIPESC<sup>®</sup>. Contudo, muito embora a CIPE<sup>®</sup> tenha evoluído no sentido de reduzir ambiguidades e redundância entre os termos, o problema da ausência de termos relacionados à Atenção Básica, detectado pelo CIE em 1996, continua presente (SILVA; MALUCELLI; CUBAS, 2009).

Ao serem implantadas na realidade brasileira, a CIPE<sup>®</sup> ou a CIPESC<sup>®</sup> devem estimar a presença de valores e culturas locais, portanto necessitam ser flexíveis o suficiente para incluir fenômenos e ações de diferentes espaços sociais (CUBAS, 2009).

O projeto CIPESC<sup>®</sup> teve como referência os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira<sup>5</sup> e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>, objetivando definir e descrever as práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva; construir um sistema de informações que trouxesse visibilidade ao trabalho do Enfermeiro através do registro e quantificação de sua produção e contribuir, assim, para a SAE em Saúde Coletiva (CHAVES *et al.*, 2011).

---

<sup>5</sup> De forma sintética, a Reforma Sanitária Brasileira pode ser vista como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p. 173).

<sup>6</sup> Os princípios (universalidade, igualdade, integralidade) e diretrizes (descentralização, regionalização e hierarquização, participação da comunidade) do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde no Brasil. O alicerce legal do SUS é formado por três documentos que expressam os elementos essenciais de sua organização: a Constituição Federal de 1988, a lei nº 8.080/1990 e a lei nº 8.142/1990 (PAIM, 2009).

Dessa forma, a partir da exposição do trabalho do Enfermeiro nos sistemas de informação, a CIPESC® deve contribuir de forma significativa para a construção de novos paradigmas e, conseqüentemente, de políticas de saúde (CUBAS, 2009).

Os princípios medulares da CIPESC® são: definir mecanismos de colaboração para a classificação da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no país; vistoriar as práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no país; e fomentar um sistema de informação das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva que permita a sua classificação, partilha de experiências e interlocução nos níveis nacional e internacional (CUBAS; EGRY, 2007).

Para responder a esses princípios, a CIPESC® deve fortalecer a presença de fenômenos e ações oriundos da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no SUS, além de permanecer conectada, interligada e articulada aos diferentes sistemas de informação constituintes do SUS<sup>7</sup>, estabelecendo valores culturais suficientemente fortes para serem disponibilizados e interagirem, tanto com sistemas de linguagem da profissão, quanto com sistemas de uso no contexto SUS (CUBAS, 2009).

Espera-se que, utilizando o inventário vocabular identificado na CIPESC® como instrumento de normatização do trabalho, os enfermeiros consolidem sua prática nas diretrizes e ações desenvolvidas no SUS; reflitam acerca do seu trabalho sob o prisma da resolutividade, da equidade, da integralidade e da qualidade da atenção à saúde nos serviços de saúde; identifiquem e legitimem a linguagem técnica de enfermagem; e propaguem as informações acerca dos processos de trabalho e das diversidades dessas práticas (CHIANCA; ROCHA, 2011).

Portanto, a CIPESC® pode ser concebida como instrumento do trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva, ao sistematizar os elementos de sua prática, possibilitando visibilidade, tanto do ponto de vista assistencial, quanto da gerência e da investigação (CUBAS *et al*, 2006).

---

<sup>7</sup> No Brasil, existem cinco principais SIS ligados ao Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Existem ainda muitos outros sistemas que são operados pela rede de serviços do SUS, servindo como fontes complementares de dados (NEVES; JUNGES, 2011).

#### 2.4.1 A CIPESC® como Instrumento do Processo de Trabalho do Enfermeiro

A CIPESC® reconhece que o processo saúde-doença resulta da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais se reproduzem, em termos de suas condições de trabalho e vida. Pela sua forma flexível, esse inventário vocabular permite que a classificação se ajuste à realidade local e não o contrário. Dessa forma, o inventário possui termos que podem expressar a prática de Enfermagem ancorada nessa ótica (NICHATA *et al.*, 2012; CUBAS *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, a CIPESC® vem de encontro ao que diz a legislação brasileira sobre os níveis de saúde expressarem a organização social e econômica do país. Por conseguinte, segundo Brasil (2013a), a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Atualmente, o trabalho multidisciplinar é imprescindível e a Enfermagem atua como peça fundamental nesse processo, uma vez que seu saber e sua prática são essenciais para reconhecer as necessidades em saúde<sup>8</sup> e propor intervenções efetivas. Diante disso, a CIPESC® se configura como um instrumento valioso no processo de trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva ao possibilitar a captura desses determinantes e condicionantes da saúde (APOSTOLICO *et al.*, 2007).

Dessa forma, o uso da CIPESC® de forma sistemática como ancoragem para nominar diagnósticos de Enfermagem, ao estimular o desenvolvimento do raciocínio clínico e epidemiológico, pode apoiar a análise do processo saúde-doença e das necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e grupos sociais; a proposição das intervenções exitosas, possibilitando assim, ampla visão do cuidado em relação ao usuário e ao grupo ao qual pertence (NICHATA *et al.*, 2012; ALVES *et al.*, 2013).

Além de um instrumento do processo de trabalho assistencial do enfermeiro, o inventário vocabular CIPESC® é, também, uma ferramenta de avaliação do processo de trabalho, favorecendo a organização e as atividades de gerenciamento (CUBAS *et*

---

<sup>8</sup> As necessidades em saúde dizem respeito tanto à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, quanto às particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais e ainda aos processos mais gerais de estruturação da sociedade. Referem-se, portanto, a múltiplas dimensões da realidade (EGRY; OLIVEIRA; CHAVES, 2009).



*al.*, 2006) e contribuindo de forma definitiva nos processos de intervenção da saúde/doença das populações e na consecução das metas definidas nas políticas públicas (APOSTOLICO *et al.*, 2007; CUBAS, 2009).

Assim sendo, esse inventário ao mesmo tempo que possibilita visibilizar as estruturas maiores que organizam o trabalho da Enfermagem pode se tornar um poderoso instrumento da avaliação processual dos resultados, benefícios e impactos da ação da Enfermagem no SUS (CUBAS, 2009).

Nesse sentido, a ABEn procurou contribuir para a consolidação dessas ações no SUS ao propor, em ação conjunta com o Ministério da Saúde, a criação de um *software* que incorpore o inventário vocabular identificado nos resultados do projeto CIPESC® (CHIANCA; ROCHA, 2011). O referido projeto, segundo os autores citados, se traduz em um mecanismo gerencial, dado que proporciona agilidade e otimização dos processos de trabalho, favorecendo o registro e a análise do custo-benefício da produção de enfermagem no âmbito dos serviços de saúde.

Concomitantemente, propõe a criação de um sistema autoinstrucional de capacitação da equipe de enfermagem, com o objetivo de instrumentalizar o uso do inventário vocabular CIPESC® na SAE, propiciando registro de produção e avaliação de impacto das práticas de enfermagem na qualidade de vida da população (CHIANCA; ROCHA, 2011).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa compreende um estudo de caso do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Segundo Tobar e Yalour (2004, p. 69), a pesquisa exploratória “é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”.

Nesse sentido, em relação ao objeto de estudo desta pesquisa, ou seja, a CIPESC®, a produção científica disponível encontra-se mais voltada ao modelo biomédico clínico-individual, sendo que a face coletiva ainda é pouco estudada, principalmente no âmbito dos sistemas de classificação (CUBAS; EGRY, 2008).

Como método, o estudo de caso constitui desenho privilegiado para os estudos de gestão, visto que a riqueza não está na extensão, mas na profundidade desse tipo de pesquisa (TOBAR; YALOUR, 2004). Recomenda-se o estudo de caso como metodologia quando se pretende entender um fenômeno da vida real em profundidade englobando importantes condições contextuais (YIN, 2010).

Para esta pesquisa, tem-se como caso o conjunto de unidades de Atenção Básica do município de Guarapuava que dispõem de um sistema informatizado com implantação da CIPESC®, conforme será descrito a seguir.

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Guarapuava está localizado na região centro-sul do Estado do Paraná, com 167.328 habitantes, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (GUARAPUAVA, 2013), sendo portanto, o mais populoso da região e o nono mais populoso do Estado. É considerado um polo regional de desenvolvimento com forte influência sobre os municípios vizinhos. É o município

sede da 5ª Regional de Saúde<sup>9</sup> (RS) do Estado do Paraná (Figura 3), a qual abrange 20 municípios (PARANÁ, 2009).

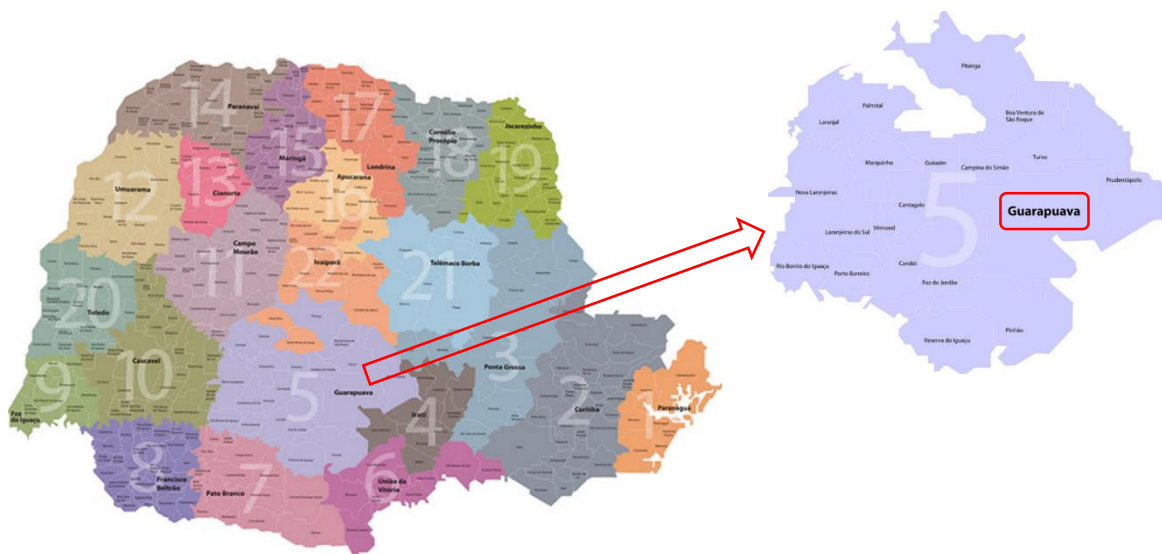


FIGURA 3 – MAPA DO ESTADO DO PARANÁ DIVIDIDO POR REGIONAIS DE SAÚDE. CURITIBA/GUARAPUAVA-PR, 2014.

FONTE: PARANÁ (2009)

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, na Atenção Básica, Guarapuava possui 32 unidades de saúde, que são responsáveis pelo atendimento inicial ao usuário através da Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (GUARAPUAVA, 2013). Em cada uma dessas unidades atua apenas um enfermeiro na equipe multiprofissional (CNES, 2014).

Essas unidades estão distribuídas em cinco Distritos Sanitários, sendo cada um coordenado por um enfermeiro. Esse profissional divide esta função com a coordenação de uma unidade de saúde dentro do respectivo distrito.

Um sistema de informatização vem sendo implantando desde 2006 nos serviços municipais de saúde, sob responsabilidade do Departamento de Tecnologia

---

<sup>9</sup> As Regionais de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006). Conforme Plano Diretor de Regionalização, o Estado do Paraná possui 22 Regionais de Saúde. Cada Regional de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde entre os municípios de abrangência, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (PARANÁ, 2009).

e Informação da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de um prontuário único que pode ser acessado em qualquer unidade informatizada do município. O acesso ao sistema acontece com senhas cadastradas somente para os profissionais de saúde. Nesse sistema a CIPESC® encontra-se disponível na área exclusiva do enfermeiro.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Do total de 32 enfermeiros que atuavam nas unidades de Atenção Básica do município, 24 deles aceitaram participar desta pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro lotado em uma das unidades da Atenção Básica do município no período de coleta de dados. Foram excluídos da pesquisa 03 enfermeiros que se encontravam de licença do trabalho ou em férias durante o período de coleta de dados.

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato por telefone com a gerente de cada distrito sanitário com o intuito de agendar um encontro com ela e os demais enfermeiros do respectivo distrito em seu local de trabalho, no qual foi apresentada a proposta desta pesquisa, na sequência foi feito o convite para participar da mesma.

Sobre a caracterização dos participantes da pesquisa, apenas um era do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 37,5% (9) tinham entre 20 e 29 anos, 37,5% (9) tinham entre 30 e 39 anos, 8,3% (2) tinham entre 40 e 49 anos e 12,5% (3) tinham mais de 50 anos.

Em relação ao tempo transcorrido da formação acadêmica, apenas dois dos participantes disseram ter menos de três anos de graduação. Nenhum deles cursou pós-graduação *stricto sensu*, todavia, 83,3% (20) possuíam o título de especialista.

Quanto ao tempo de atuação em serviços de saúde pública: 20,8% (5) deles atuavam por um período inferior a doze meses, 25% (6) possuíam entre 2 a 4 anos de experiência, 33,3% (8) possuíam entre 10 a 14 anos, 12,5% (5) entre 15 a 19 anos e 8,3% (2) estavam há mais de vinte anos atuando nesta área. Dessa forma, destaca-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados possuíam experiência em saúde pública.

Com relação ao tempo de atuação na unidade de saúde em que estavam lotados no momento da entrevista: 12,5% (3) assumiram na semana anterior ao grupo,

29,2% (7) estavam entre 2 a 11 meses, 29,2% (7) entre 1 a 4 anos, 25% (6) entre 5 a 9 anos e apenas um encontrava-se por cerca de 18 anos na mesma unidade. Sobre esse aspecto, os enfermeiros relataram que existe frequente rotatividade desses profissionais entre as unidades municipais de saúde.

Quanto ao tempo de implantação do sistema informatizado na unidade de saúde onde os participantes atuavam no período da coleta de dados foram mencionados: 2009 (4), 2011 (1), 2012 (6) e 2013 (4); os demais (9) não souberam responder. Verificou-se, também, que 70,8% (12) dos enfermeiros não estavam presentes na rede quando o sistema informatizado foi implantado nas unidades de saúde que atualmente trabalham.

No tocante ao inventário vocabular CIPESC® apenas quatro deles assinalaram conhecer esse instrumento antes de sua implantação no município. Além disso, 75% (18) disseram que não participaram do processo de implantação e apenas três referiram ter participado de treinamento específico para uso da CIPESC®.

Em relação ao treinamento, os enfermeiros apontaram que o mesmo foi realizado apenas nos anos iniciais da informatização das unidades de saúde. Dessa forma, muitos dos enfermeiros entrevistados não participaram, pois 37,5% (9) deles foram convocados para assumir o cargo nos últimos dois anos.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, a proposta era realizar grupo focal, entretanto, devido à falta de disponibilidade dos enfermeiros para reunir-se fora do seu horário e local de trabalho e considerando a sugestão das mesmas de aproveitar uma das reuniões que iria acontecer em seus respectivos distritos sanitários, optou-se, portanto, em alterar a técnica para coleta de dados.

Dessa forma, foi utilizada a entrevista em grupo, que foi igualmente válida haja vista que se considera o uso da CIPESC® pelos enfermeiros uma experiência coletiva que pode ser compartilhada e discutida por meio da técnica escolhida para esta pesquisa. Segundo Flick (2009), esta técnica, assim como o grupo focal, consiste em uma entrevista com um pequeno grupo de pessoas sobre um tópico específico.

Foram realizados cinco grupos com participantes diferentes, definidos conforme o distrito sanitário. Os encontros com os grupos ocorreram na sala de reuniões localizada na unidade de saúde de referência para cada um dos cinco distritos. Esse foi o local escolhido pelos participantes para realização das entrevistas. Com relação ao número de participantes, cada grupo foi composto em média por quatro enfermeiros.

A duração dos encontros variou entre trinta a sessenta minutos. Esse tempo encontra-se em conformidade com o que sugere Trad (2009) e Backes *et al.* (2011). Os referidos autores ressaltam que é importante considerar a complexidade do tema ou o grau de polêmica em torno das questões que se apresentam, como também o critério de saturação, comumente utilizado em estudos qualitativos.

As entrevistas foram conduzidas por uma equipe que incluiu, além da pesquisadora atuando como moderadora, um observador externo para captar a reação dos participantes. Ainda, segundo Backes *et al.* (2011), cabe ao observador registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o moderador no controle do tempo, monitorar o equipamento de gravação e realizar registros relacionados às falas dos participantes para facilitar a transcrição dos dados.

Quanto à função do moderador, essa é significativa na dinamização dos grupos e está relacionada ao preparo e instrumentalização em todas as fases do processo, como a definição de um guia de temas, que consiste em um resumo dos objetivos e das questões a serem tratadas, além de um esquema norteador do encontro (BACKES *et al.*, 2011).

Desse modo, foi elaborado um questionário para caracterização dos participantes da pesquisa (Apêndice 1) e um guia temático (Apêndice 2) com questões referentes ao conhecimento do enfermeiro sobre ao inventário vocabular CIPESC<sup>®</sup>, à implantação e implementação desse no município e na unidade de saúde que o participante da pesquisa atua, e à utilização da CIPESC<sup>®</sup> no seu processo de trabalho.

As discussões ocorridas durante a entrevista em grupo foram audiogravadas. Ao término, as falas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise. Para garantir a privacidade e o anonimato dos depoimentos oriundos do grupo, cada participante recebeu um crachá identificado pela letra E seguida de números, por exemplo E1, E2, e assim, sucessivamente. Os grupos foram numerados conforme a ordem de realização dos encontros (G1, G2, G3, G4 e G5).

Assim, a apresentação dos depoimentos nos resultados contem a identificação do enfermeiro e do respectivo grupo, por exemplo, G1-E1, G1-E2, e assim, sucessivamente.

Por fim, as informações relacionadas à caracterização social, econômica e demográfica do município foram coletadas a partir do Plano Municipal de Saúde cedido pela Secretaria Municipal de Saúde, além de outros documentos disponíveis na íntegra online, os quais encontram-se devidamente citados no texto e listados nas Referências.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa, a categoria analítica foi o processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, analisado a partir da interdependência entre as dimensões estrutural, particular e singular contidas na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996). Na sua vertente metodológica, a TIPESC possibilita a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade (EGRY, 1996).

Na sua proposta sistematizadora, Egry (1996) indica cinco etapas: captação da realidade objetiva, interpretação da realidade objetiva, construção do projeto de intervenção na realidade objetiva, intervenção na realidade objetiva, reinterpretação da realidade objetiva. Na presente pesquisa foram realizadas as duas primeiras etapas.

A TIPESC tem como base filosófica o materialismo histórico-dialético. A partir disso, a referida teoria considera três categorias dimensionais: a da totalidade, a da práxis e da interdependência do estrutural, do particular e do singular (EGRY, 1996).

Esta última categoria dimensional permite compreender que a realidade objetiva é constituída por três dimensões: estrutural, particular e singular (Figura 4). É importante ressaltar que tais dimensões fazem parte da mesma totalidade e estão fortemente articuladas entre si. A depender do fenômeno a ser examinado na intervenção, a dimensão singular é aquilo que é mais específico e próximo do objeto,

enquanto que a dimensão estrutural está sempre o mais distante dele e a dimensão particular é a mediação entre as duas dimensões mencionadas (EGRY, 1996).

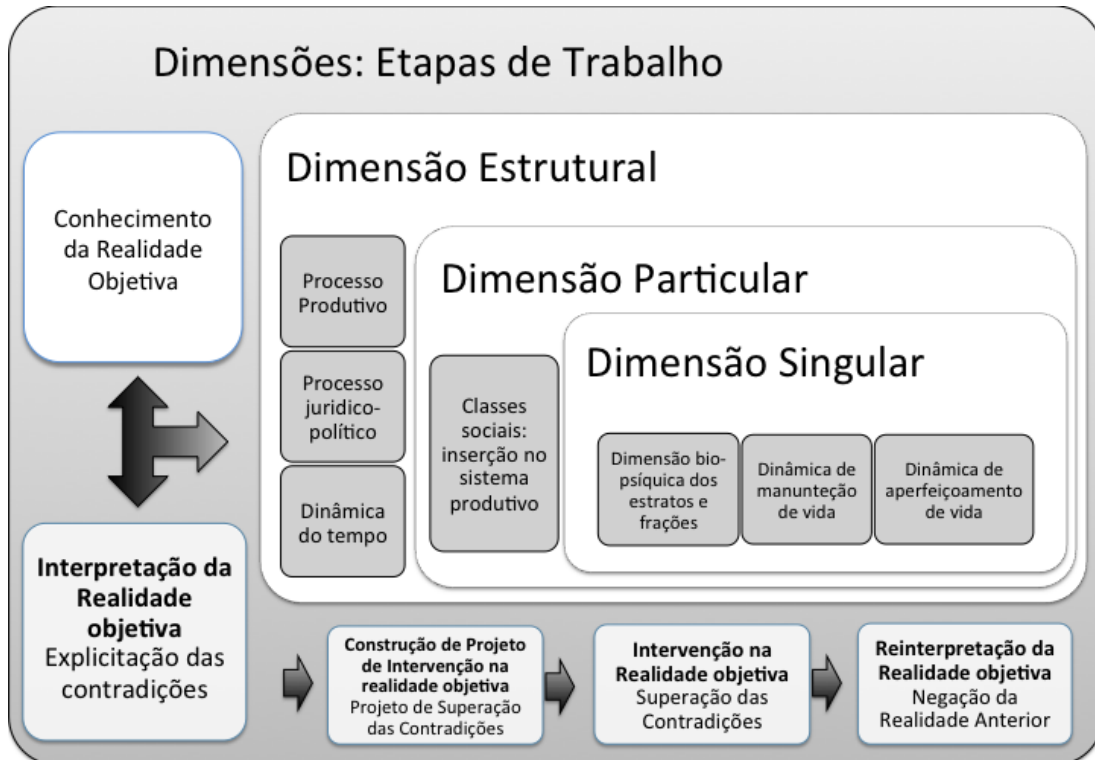


FIGURA 4 – ESQUEMA DA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA DA TIPESC, ADAPTADO DE QUEIROZ E EGRY, 1988

FONTE: SOUZA (2013)

Portanto, nesta pesquisa, ancorado na TIPESC, compreende-se que a *dimensão estrutural* é constituída pela política de saúde desenvolvida no âmbito do sistema de saúde local, ou seja, do município de Guarapuava, a *dimensão particular* refere-se à organização dos serviços frente à CIPESC® e a *dimensão singular* refere-se às lógicas utilizadas pelos enfermeiros para utilização desse sistema de classificação no trabalho do enfermeiro.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, como instituído no cenário desta pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Departamento de Gestão do Processo de Trabalho e Educação em



Saúde, setor da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela apreciação da viabilidade do projeto de pesquisa e posterior autorização (Anexo 1) do mesmo pelo secretário municipal.

Em seguida, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), atendendo a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b) e foi aprovado sob nº. CAAE 21204713.0.0000.0106 (Anexo 2). Justifica-se a submissão do projeto ao referido CEP haja vista que a pesquisadora possui cadastro na Plataforma Brasil com vínculo naquela universidade.

Cumprindo os princípios da Resolução nº. 466/2012, os convidados a participarem da pesquisa foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que essa pudesse lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Foi assegurada a vontade do participante de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Os participantes somente foram incluídos na pesquisa após manifestarem a sua anuência à participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

## 4 RESULTADOS

Nos discursos encontraram-se detalhamentos da categoria de análise desta pesquisa, a saber: o processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva analisado a partir da interdependência entre as dimensões singular, particular e estrutural propostas pela TIPESC (Figura 5).

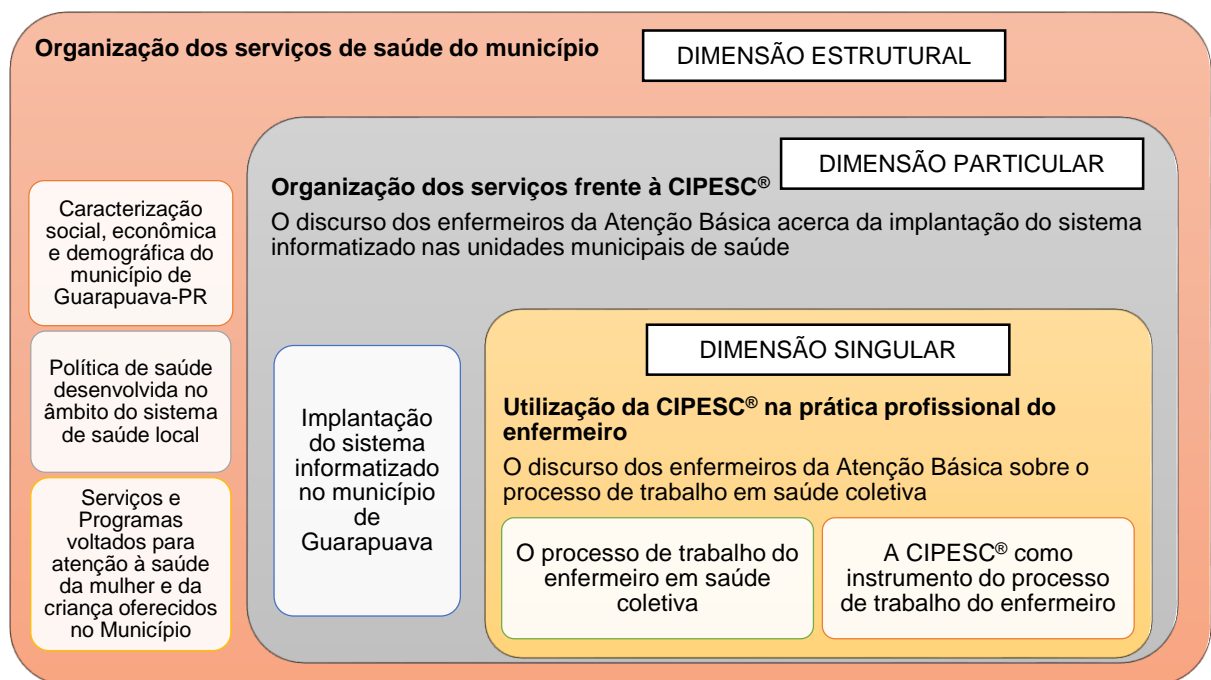


FIGURA 5 – CATEGORIA ANALÍTICA DO ESTUDO À LUZ DA INTERDEPENDÊNCIA DO ESTRUTURAL, DO PARTICULAR E DO SINGULAR PROPOSTA NA TIPESC

FONTE: A autora (2014)

Portanto, na Dimensão Singular emergiram duas subcategorias: o processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e a CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro. Já a Dimensão Particular apresentou uma subcategoria implantação do sistema informatizado no município de Guarapuava. Por fim, na Dimensão Estrutural foi considerada a organização dos serviços de saúde do município.

## 4.1 DIMENSÃO SINGULAR

### 4.1.1 O Processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde

Em Guarapuava, cada equipe das unidades de Atenção Básica é composta por apenas um enfermeiro. Dessa forma, conforme relato das participantes, esse é o profissional responsável tanto pela administração da unidade de saúde quanto pela assistência à população adstrita.

Diversas atividades foram citadas pelos enfermeiros como constituintes do seu processo de trabalho na atenção básica à saúde. A descrição aqui apresentada não contempla todas as atividades por eles realizadas, mas consiste na apresentação das que foram indicadas pelos profissionais na entrevista.

Quanto à dimensão do gerenciamento, os enfermeiros relataram que desempenham diversas atividades, entre elas: a supervisão da equipe multiprofissional; a coordenação das ações definidas nas políticas e programas de saúde; e a gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, especialmente no que tange à escassez desses recursos.

Ademais, no campo administrativo, os enfermeiros destacaram a atividade de elaboração do Relatório PMA2<sup>10</sup> como principal exigência da SMS. Esse relatório consolida mensalmente a produção por área, de forma a classificar e quantificar os tipos de demanda atendidos por cada um dos profissionais que compõe a equipe de Atenção Básica.

No campo assistencial, no entender dos participantes, o enfermeiro é o elemento-chave para implantação e efetividade das ações e programas de atenção à saúde definidos nas três esferas de governo.

Diante disso, os participantes trouxeram à tona que o enfermeiro é bastante solicitado pelos usuários, exigindo dele, além de habilidades e competências próprias

---

<sup>10</sup> O Relatório PMA2 é utilizado nos casos em que o modelo de atenção for a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde ou Estratégia Saúde da Família ou, ainda, no atendimento à demanda espontânea ou oferta programática. O referido relatório é realizado, pelo profissional de nível superior da equipe responsável pela consolidação dos dados do Sistema de Informações (BRASIL, 2003).

da profissão, uma atitude compreensiva capaz de lidar com situações que, muitas vezes, vão além da sua capacidade de resolução.

Diversos participantes citaram que “tudo” é considerado pelos usuários como motivo para procurarem os enfermeiros. Assim, para eles, o enfermeiro torna-se referência tanto para a população atendida quanto para os membros da equipe, como evidencia a fala abaixo:

*[...] eu vejo o enfermeiro como uma das peças-chaves mais importantes da unidade pois todos os programas do Ministério estão vinculados ao enfermeiro. Em todas as ações propostas pela Secretaria Municipal de Saúde o enfermeiro é o responsável [...] (G1-E2).*

Nesse contexto, os enfermeiros informaram que utilizam o agendamento de consultas como meio para organizar seu processo de trabalho visando a garantia de atendimento da demanda espontânea além da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

Além das atividades desenvolvidas dentro da unidade de saúde, os enfermeiros apontaram que participam frequentemente de reuniões promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou pela gerente dos distritos sanitários. Entretanto, para os enfermeiros essas reuniões costumam dificultar o cumprimento da agenda de consulta, em especial quando não são informadas com antecedência, como reflete a fala:

*[...] uma das dificuldades que eu tenho são as reuniões, porque você tem tua agenda pronta e, ao mesmo tempo, tem várias reuniões. Inclusive tem reunião que nós não ficamos sabendo e, de repente, chega lá na unidade a convocação (G4-E2).*

A partir do exposto, o processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde é reconhecido e ressaltado, pelos participantes, como sobrecarregado devido a maior parte das atividades dentro da unidade de saúde estar direcionadas à eles, conforme expresso na fala a seguir:

*[...] realmente, é um problema que todos nós temos, pois a parte administrativa está exigindo muito assim como a parte de assistência também exige*

*muito. Além disso, agora com todos os programas; é muito programa. Então, nós estamos realmente sobrecarregados (G3-E4).*

Em suma, na dimensão singular, percebeu-se que o enfermeiro se destaca frente às atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional na Atenção Básica. Entretanto, por apresentar acúmulo de funções e atribuições tem dificuldade na organização do seu processo de trabalho, o que nos permite inferir que este fato acaba comprometendo o uso de instrumentos próprios de sua prática na atenção básica, tal como a CIPESC®.

#### 4.1.2 A CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro

Verificou-se que os participantes da pesquisa não tinham conhecimento sobre o inventário vocabular CIPESC® antes da implantação do sistema informatizado no município. Além disso, a não obrigatoriedade de uso da CIPESC® no atendimento de enfermagem também favoreceu que o uso desse instrumento estivesse condicionado à curiosidade dos enfermeiros, como salientam as falas abaixo:

*[...] Todo mundo aqui, quem usou, usou mais como curiosidade. Em nenhum momento foi colocado para que nós utilizássemos como rotina, que nós incorporássemos isso na consulta mesmo, para que nós pudéssemos fazer avaliações depois (G3-E1).*

*[...] Não é obrigatório. É possível salvar a consulta sem que seja preciso colocar a CIPESC (G2-E2).*

Quanto ao uso da CIPESC® no *software* disponível, os enfermeiros relataram que o respectivo campo encontra-se ao lado do campo destinado ao preenchimento dos dados obtidos na entrevista e exame físico. Dessa forma, as participantes procuram utilizar a CIPESC® a partir dos sinais e sintomas reconhecidos durante a consulta de enfermagem com o intuito de classificar a situação do usuário, como exemplifica a fala abaixo:

*[...] Nós utilizamos a CIPESC nas consultas de enfermagem para classificação da situação do paciente (G4-E5).*

Entretanto, os enfermeiros apontaram como dificuldade o fato da CIPESC® disponível no sistema informatizado do município contemplar apenas diagnósticos e intervenções de Enfermagem relacionadas especificamente às áreas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Ainda, os enfermeiros reconheceram a necessidade de inclusão de termos relacionados as outras áreas, e citaram como exemplos: saúde do idoso, saúde do homem, pré-natal, diabéticos, hipertensos, entre outras.

Em decorrência disso, os enfermeiros mencionaram que acabam usando a CIPESC® com maior frequência no atendimento à criança durante as consultas de puericultura.

*[...] a CIPESC está um pouco limitada, porque só dá acesso à saúde da criança e saúde da mulher (G3-E1).*

Ressalta-se que a CIPESC® disponibilizada no sistema informatizado em Guarapuava é oriunda da nomenclatura curitibana que elegeu as áreas de saúde da mulher e da criança para início da incorporação do inventário vocabular resultante do projeto CIPESC®/ABEn no prontuário eletrônico implantado naquele município.

Quando questionado se os enfermeiros percebiam diferenças no processo de trabalho ao utilizar o sistema de classificação na consulta de Enfermagem houve contradição nas falas. Aqueles que afirmaram não perceber diferença na consulta de enfermagem ao utilizar a CIPESC® indicaram que a falta de hábito de uso da classificação e a sobrecarga de trabalho são os principais fatores impeditivos, como nas falas abaixo:

*[...] É muito fácil usar. Eu acho que acabo não usando por pressa, por falta de hábito (G2-E3).*

*[...] às vezes, você vê que a fila está muito apurada e percebe quantas coisas ainda faltam fazer, acaba que esquece de algumas coisas. É por isso que a CIPESC fica meio por fora (G4-E2).*

Já os enfermeiros que afirmaram perceber diferença na consulta de enfermagem mencionaram como benefícios do uso do inventário vocabular o respaldo legal e a visibilidade das ações desenvolvidas pelo enfermeiro no prontuário, como descrito na fala abaixo:

*[...] é um documento. Eu falei para o paciente uma coisa e se acontecer para frente alguma intercorrência ele pode alegar que eu não fiz a orientação. Então, de certa forma, é um documento que vai me proteger futuramente (G4-E1).*

Além disso, para os enfermeiros, a CIPESC® é útil para lembrar as intervenções e orientações que devem ser fornecidas ao usuário, além de permitir a realização da evolução de enfermagem com melhor acompanhamento da condição clínica do usuário, como demonstrado nas falas a seguir:

*[...] nele aparecem as orientações que você tem que dá. Às vezes, eu esqueço de falar alguma coisa e ali ele lembra (G2-E2).*

*[...] eu puxo o histórico final da última consulta e vejo o que eu prescrevi, o que eu vi, para eu questionar de novo. Tudo o que eu selecionei investigo se melhorou ou se ainda continua; e interrogo para ver se deu resultado, ou se terei que mudar de estratégia (G5-E2).*

Os enfermeiros também mencionaram como vantagem da CIPESC® integrada ao sistema informatizado a praticidade de uso na consulta de Enfermagem bem como na escolha dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

*[...] é a praticidade mesmo. Não precisa ficar escrevendo tudo. Já está tudo ali, é só imprimir. Você clica no prontuário e vai aparecer lá o que você prestou de atendimento, cuidados, orientações (G4-E2).*

*[...] a praticidade, porque você vai vendo lá e você já vai associando “opa, esse aqui inclui no paciente, esse aqui não”. E, também, para você fazer a tua intervenção e as orientações (G4-E5).*

Entretanto, os enfermeiros apontaram como limitação da CIPESC® o fato de, no *software* adquirido pelo município, ser possível selecionar apenas dois diagnósticos para cada usuário; o que, segundo eles, favorece a repetição dos mesmos sem julgamento clínico.

[...] *Às vezes, tem mais problema que nós podemos encaixar na CIPESC, mas o campo é muito restrito, não dá para acrescentar mais (G5-E2).*

[...] *nós sempre colocamos a mesma coisa, porque nós sempre colocamos aquilo que estamos acostumados. Porque está mais fácil de achar ali (G5-E4).*

No *software* instalado nas unidades de saúde em Guarapuava está disponível a nomenclatura, anteriormente, conhecida como CIPESC®/Curitiba que na área de saúde da mulher contempla 92 diagnósticos e 220 intervenções de enfermagem; além de 28 diagnósticos e 228 intervenções de enfermagem relativos à saúde da criança.

Cabe destacar que a referida nomenclatura sofreu várias alterações desde sua criação em 2000. No entanto, tais atualizações não foram incorporadas no referido *software* pela empresa responsável e, por conseguinte, não estavam disponível no cenário desta pesquisa.

Ademais, os enfermeiros classificaram as intervenções de enfermagem desse inventário vocabular como pouco compatíveis com a situação socioeconômica dos usuários atendidos, conforme evidencia a fala a seguir:

[...] *e a prescrição de enfermagem, eu acho alguns ali no CIPESC® meio estranho, que eu não faço. Eu acho muito fraco. E outra coisa, não é viável para saúde pública (G5-E2).*

Ainda, o fato de não ser possível modificar ou redigir novas intervenções a partir da realidade do usuário, para eles, compromete o uso da CIPESC® durante a consulta de Enfermagem, como demonstra a fala abaixo:



*[...] as opções que existem limitam muito, pois você não consegue está colocando a realidade ou, por exemplo, a situação daquela gestante, porque não satisfaz. Teria que ser um pouco mais aberto ou com mais opções (G3-E4).*

Pode-se inferir que esta incompatibilidade com a CIPESC® com a realidade da população está relacionada ao fato da inclusão do sistema classificatório no software não ter sido intento da chefia de enfermagem no município nem tampouco discutido com os enfermeiros atuantes nas unidades de atenção básica, somado ao fato da CIPESC® disponível ter sido concebida a partir da realidade de outro município.

Por fim, como fator que dificulta o uso da CIPESC®, os enfermeiros apontaram, também, que percebem incoerência entre os diagnósticos de Enfermagem e as respectivas intervenções disponíveis, como exemplifica a seguinte fala:

*[...] às vezes, a pessoa tem aquele diagnóstico mesmo, mas quando você vai nas prescrições de enfermagem não tem nada a ver com o que a pessoa tem que fazer (G5-E1).*

Em resumo, observou-se certa propensão, não homogênea, ao desinteresse quanto à aplicação rotineira da CIPESC® nas consultas de enfermagem. Os enfermeiros em maioria apresentaram fragilidade no uso desse instrumento, e tendência em se eximir de uma prática fundamentada pelo raciocínio clínico e pensamento crítico-reflexivo, com pouca compreensão do contexto de elaboração da CIPESC® e de sua aplicabilidade enquanto sistema de classificação de Enfermagem.

A partir do exposto, destaca-se como processo contraditório na implantação da CIPESC® no cenário da pesquisa, o fato da gestão local disponibilizar um *software* com um instrumento de trabalho de uso exclusivo do enfermeiro sem que houvesse participação dos profissionais e, ao mesmo tempo, após a implantação do sistema os mesmos não foram estimulados por parte dos gestores para que o uso da CIPESC® fosse efetivo e contínuo nas consultas de enfermagem. Além disso, o acúmulo de atribuições administrativas e assistenciais pelo enfermeiro na unidade de atenção básica reflete condições de trabalho desfavoráveis para que esse sistema fosse utilizado no cotidiano dos serviços.

Os que mostraram proximidade com o inventário vocabular, em minoria, fizeram crítica do *software* e da CIPESC®, perceberam com maior clareza a

defasagem da nomenclatura disponível, suas limitações e a necessidade de atualização, e se colocaram como possíveis contribuintes para o aprimoramento da mesma.

## 4.2 DIMENSÃO PARTICULAR

### 4.2.1 Implantação do sistema informatizado no município de Guarapuava

A segunda dimensão, a particular, refere-se ao processo de implantação do sistema informatizado e da CIPESC® nas unidades da rede básica de saúde do município de Guarapuava.

De acordo com os enfermeiros, o propósito dessa informatização, na época, foi incorporar o prontuário eletrônico para unificar o cadastro dos usuários atendidos em todas as unidades municipais de saúde, além de permitir melhor registro e controle desses atendimentos, como demonstra a fala abaixo:

*[...] A grande preocupação do pessoal, na época, era que o paciente tivesse cadastro. Era que você conseguisse colocar quantas gestantes foram atendidas, quantas crianças menores de 2 anos. Que eu conseguisse caracterizar hipertenso e diabético; que eu conseguisse caracterizar minha população. Só se falava em sistema específico e ponto. Ninguém nem sabia o que era a CIPESC (G5-E3).*

Em relação ao processo de implantação do sistema, os enfermeiros relataram que ocorreu de forma gradativa, iniciando pelas unidades de Urgência e Emergência do município. Atualmente, apenas quatro das unidades da rede básica de saúde municipal ainda não estão informatizadas.

*[...] O sistema começou pelas unidades de Urgência e Emergência porque, por exemplo, a receita do médico apresentava letra ilegível, entre outros problemas. Era para facilitar o serviço, para agilizar. Mas, nunca foi falado sobre os benefícios*

*que o programa poderia trazer, e sim, num atendimento mais ágil e rápido. E foi deixado claro que toda unidade teria (G5-E3).*

O prontuário eletrônico, segundo relato dos enfermeiros, é o sistema que permeia todo o atendimento à população nas unidades municipais de saúde. É também a porta de entrada das informações referentes ao atendimento da população, que abastecerão outros sistemas de informação constituintes do SUS.

Na recepção, os profissionais de enfermagem podem realizar a identificação do usuário, o cadastro de usuários novos e a definição do seu destino no fluxo de atendimento da unidade, que se organiza por filas eletrônicas, e por ordem de chegada. Dessa forma, os enfermeiros consideraram eficiente a informatização nas unidades de saúde, como evidenciam as falas a seguir:

*[...] O paciente chega na recepção e o técnico de enfermagem, que atende ali no balcão, o recepciona e encaminha para o enfermeiro dentro do sistema. Ou, às vezes, esse paciente já está agendado também (G4-E4).*

*[...] Essa sequência, ela é boa. A sequência em si do atendimento é lógica (G5-E1).*

No tocante ao cadastro do usuário, os enfermeiros destacaram a importância do preenchimento correto para o uso adequado do prontuário eletrônico. Segundo eles, caso o cadastro não esteja completo não é possível incluir o usuário nas ações e programas de saúde disponíveis no município. Além disso, nesses casos os atendimentos realizados acabam não constando no relatório mensal de produção.

*[...] Uma coisa importante também é que se o usuário não estiver com os dados completos, ele não libera outras opções para você poder classificar o paciente (G4-E1).*

*[...] A referência é cadastro completo. Se a pessoa não tiver cadastro completo não entra como produção (G5-E4).*

Logo, o prontuário eletrônico é também uma ferramenta de registro de produtividade da equipe multiprofissional das unidades de saúde, permitindo assim a visualização do panorama do atendimento à população, nos aspectos quantitativos e qualitativos.

Entretanto, os enfermeiros apontaram limitações do sistema informatizado disponível nas unidades de saúde, tais como: complexidade do *software*, duplicidade de cadastros de um mesmo usuário, dificuldade para atualização das informações do usuário no cadastro e para localização de funções do sistema direcionadas à parte administrativa, além de falhas no cruzamento de dados que acarreta em perda de produtividade no Relatório PMA2, conforme evidencia a seguinte fala:

*[...] o PMA2 é o relatório mensal de nossa produção. Porém, o número de consultas de puericultura que eu faço, por exemplo, nunca bate com o relatório gerado pelo sistema porque não tem cruzamento de dados. Por isso, eu tenho que conferir o PMA2 todo mês porque a produção não corresponde (G5-E2).*

Acredita-se que a ausência de treinamento efetivo e capacitação contínua dos profissionais quanto ao manuseio correto das funções e recursos disponíveis no sistema informatizado foram determinantes para o relato dessas dificuldades apresentadas pelos enfermeiros.

Em relação às vantagens do prontuário eletrônico no processo de trabalho em saúde coletiva, os enfermeiros destacaram a facilidade de acesso às informações pessoais e histórico clínico do usuário bem como das anotações relacionadas aos atendimentos realizados por todos os membros da equipe multiprofissional em quaisquer das unidades da rede assistencial de saúde do município. Esse fato é evidenciado nas falas abaixo:

*[...] No prontuário fica registrado todo e qualquer atendimento que o paciente receba, desde quando ele chegou na unidade e deu entrada na recepção já fica registrado (G3-E1).*

*[...] Facilita muito o trabalho porque nós temos acesso ao atendimento dos pacientes em outras unidades. Nós conseguimos ver isso no prontuário (G5-E4).*

Ademais, o prontuário eletrônico implantado no município apresenta campo exclusivo para registro das atividades desenvolvidas pela Enfermagem, com previsão de espaço para histórico da queixa atual e exame físico; para seleção de diagnósticos e intervenções, através da CIPESC®; e conclusão do atendimento.

Contudo, segundo os enfermeiros, esse sistema de classificação veio apenas como item adicional do *software* adquirido pelo município. Para eles, não houve intenção prévia da chefia de Enfermagem do município para aquisição da mesma, como evidenciam as falas abaixo:

*[...] na verdade, não foi implantada a CIPESC®, foi implantado o sistema. E dentro desse sistema tem a CIPESC®. Não foi dado ênfase em nenhum momento (G3-E2).*

Fica evidente que a CIPESC®, desde sua concepção como projeto até a elaboração do inventário vocabular, é um conteúdo ainda desconhecido pela maioria dos enfermeiros da rede municipal. Segundo os enfermeiros, essa classificação somente foi apresentada, de forma breve e superficial, pelos responsáveis do *software*.

*[...] eles implantaram o computador e o sistema lá no meu posto e eles me passaram a CIPESC®. Foi quando eles ensinaram como é que eu usava e que eu conheci. Eu não conhecia antes (G1-E2).*

Segundo os enfermeiros, os responsáveis pelo *software* realizaram treinamento apenas na época da implantação nas primeiras unidades de saúde com o objetivo de capacitar a equipe para manuseio do sistema em geral. Logo, não houve treinamento específico para o uso da CIPESC®, como evidenciam as falas a seguir:

*[...] Eu tenho muita dificuldade porque os treinamentos foram todos antes; e depois não teve mais. O treinamento mesmo foi para as unidades que foram informatizadas bem antes. Eu, particularmente, não tive (G4-E2).*

*[...] o pessoal da informática ficou dois dias ali mostrando o básico, por exemplo: como entrar no sistema, como você entra para atender o paciente, como*

*... você coloca se é puericultura, essas coisas. Na verdade, eles foram mostrar para que não tivesse perigo de perder nenhum procedimento, para não refletir na perda de produção (G5-E3).*

*... Não teve nenhum treinamento específico sobre CIPESC®. Teve um treinamento do sistema todo, incluindo essa parte (G1-E2).*

Dessa forma, para utilizar o prontuário eletrônico e a CIPESC®, os enfermeiros afirmaram que foram descobrindo sozinhos as opções existentes no sistema, além de trocarem informações com colegas que já utilizavam o inventário vocabular, como descrevem as falas abaixo:

*... capacitação específica nós nunca tivemos. O que eu sei foi porque eu fui fuçando ou ligando para colega (G5-E3).*

*... e a CIPESC, eu fiquei sabendo bem depois. Isso ainda foi outra colega que me falou. Porque era só as que já estavam usando o sistema que podiam falar mais detalhes (G4-E2).*

Portanto, quando questionados sobre as dificuldades enfrentadas na utilização do inventário vocabular durante a consulta de enfermagem, os enfermeiros apontaram a falta de treinamento, além da alta demanda de atendimentos.

Diante do exposto, constatou-se que os enfermeiros da rede básica de saúde do município não participaram do processo de implantação do sistema informatizado e que eles reconhecem que esse fato influencia no uso dos instrumentos disponibilizados através do mesmo, como demonstra a fala abaixo:

*... Não houve uma votação ou um questionamento para saber qual a melhor ferramenta para nós trabalharmos. Só que nós tivemos que nos adaptar ao sistema (G4-E4).*

Em suma, na dimensão particular, os resultados evidenciam concepções divergentes dos profissionais em relação ao uso do sistema informatizado e da CIPESC® no seu processo de trabalho e nas práticas realizadas no seu cotidiano, em

parte em decorrência das diferentes realidades vivenciadas pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, com contrastes nas condições de trabalho.

#### 4.3 DIMENSÃO ESTRUTURAL

Por fim, a dimensão estrutural trata da organização dos serviços de saúde do município. Esta subcategoria será retratada apresentando-se, inicialmente, a caracterização social, econômica e demográfica do município de Guarapuava-PR; os serviços e programas voltados para atenção à saúde da mulher e da criança oferecidos no município; e, por fim, a organização dos serviços de saúde.

##### 4.3.1 Caracterização social, econômica e demográfica do município de Guarapuava-PR

Guarapuava é uma cidade de porte médio, localizada no centro-sul do Estado do Paraná (Figura 6). Possui uma população de 167.328 habitantes e densidade demográfica de 55,32 hab./Km<sup>2</sup>, sendo que 91,43% residem na porção urbana do município (IPARDES, 2013).

No tocante à habitação, cerca de 98,81% da população em domicílios de Guarapuava possui água encanada, energia elétrica e coleta de lixo (IPARDES, 2013). Quanto ao saneamento básico, na área urbana somente 62,81% dos domicílios possuem rede de esgoto (GUARAPUAVA, 2013).

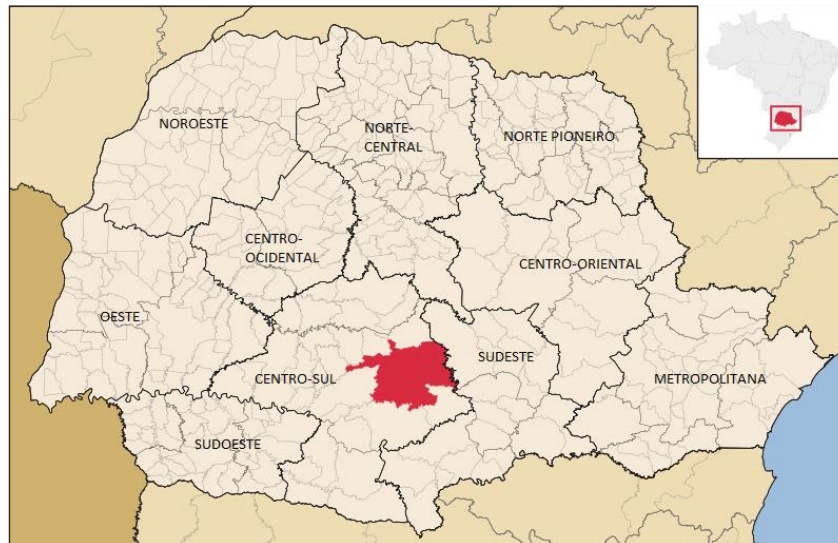


FIGURA 6 – LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA NO ESTADO DO PARANÁ. GUARAPUAVA-PR, 2014.

FONTE: CABRAL (2011)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Guarapuava, em 2010, era 0,731, portanto, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799); no Estado, Guarapuava ocupa a 78ª posição. Já o Índice Iparde de Desempenho Municipal<sup>11</sup> (IPDM) de Guarapuava era 0,7224, situado na faixa de IPDM médio (0,6 a 0,799) (SUBPLAN, 2014; IPARDES, 2013).

Na última década, a razão de dependência<sup>12</sup> de Guarapuava passou de 56,62% para 46,32% e a taxa de envelhecimento (Figura 7) evoluiu de 4,54% para 6,23%. Em Guarapuava, a esperança de vida ao nascer aumentou 7,7 anos nas últimas duas décadas, passando para 76,2 anos em 2010 (ATLAS, 2013).

<sup>11</sup> O Índice Iparde de Desempenho Municipal (IPDM) procura avaliar a situação dos municípios paranaenses, considerando, com igual ponderação, as três principais áreas de desenvolvimento econômico e social, a saber: emprego, renda e produção agropecuária; educação; e saúde (IPARDES, 2013; SUBPLAN, 2014).

<sup>12</sup> A razão de dependência consiste no percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa) (ATLAS, 2013).



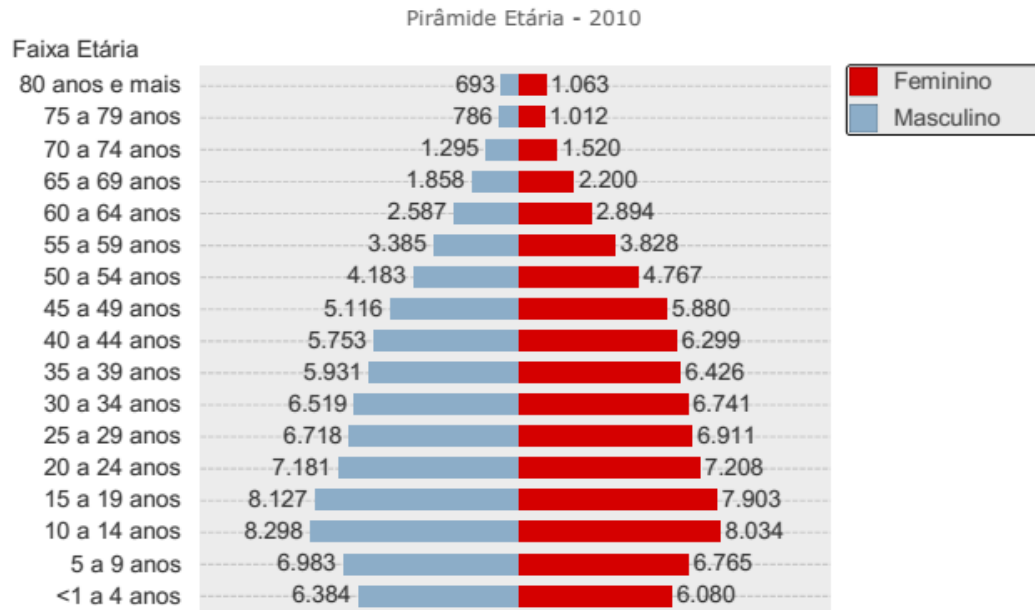


FIGURA 7 – PIRÂMIDE ETÁRIA: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE, GUARAPUAVA, 2010

FONTE: SUBPLAN (2014)

Considerando que a escolaridade da população adulta (18 anos ou mais) é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM, destaca-se que, em 2010, 51,92% da população adulta de Guarapuava tinha completado o ensino fundamental e 34,85% o ensino médio. Além disso, a taxa de analfabetismo entre as pessoas maiores de 15 anos é 6%, ocupando a 343ª posição no Estado (ATLAS, 2013; SUBPLAN, 2014).

Guarapuava dispõe de duas instituições de ensino superior (IES) públicas (uma estadual e uma federal) e ainda três IES de administração privada (IPARDES, 2013). Em 2010, 8,32% da população tinha nível superior completo (SUBPLAN, 2014).

Em 2010, Guarapuava possuía 84,26% da população em idade ativa (10 anos e mais) e, desses 48,64% foi considerada economicamente ativa. Ainda no referido ano, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 11,26% trabalhavam no setor agropecuário, 0,19% na indústria extrativa, 13,08% na indústria de transformação, 10,05% no setor de construção, 2,76% nos setores de utilidade pública, 19,48% no comércio e 43,18% no setor de serviços (IPARDES, 2013).

A renda média domiciliar per capita de Guarapuava cresceu 90,13% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 282,00 em 1991 para R\$ 737,00 em 2010. A extrema pobreza no município passou de 12,24% em 1991 para 6,86% em 2000 e

para 2,24% em 2010. Sendo assim, a desigualdade diminuiu e o Índice de Gini<sup>13</sup> passou para 0,55 (IPARDES; 2013; SUBPLAN, 2014).

Em 2013, o município apresentava 20.667 famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, sendo que entre elas, 89,9% tinham renda de até um salário mínimo. Quanto ao Programa Bolsa Família, 10.411 famílias são beneficiárias e, dessas, 84,40% encontram-se totalmente acompanhadas nas condicionalidades de saúde, através do referido Programa (SUBPLAN, 2014).

No que se refere à vulnerabilidade social, o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013) aponta que Guarapuava, em 2010, apresentava 27,71% de pessoas vulneráveis à pobreza e 3,71% de crianças extremamente pobres. Além disso, entre a população de 15 a 24 anos, 10,09% não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza; 35,35% da população adulta não completou o ensino fundamental e estão em ocupação informal; e 20,35% de mães chefes de família (com filhos menores de 15 anos) não tem fundamental completo (ATLAS, 2013).

#### 4.3.2 Serviços e Programas voltados para atenção à saúde da mulher e da criança oferecidos no Município

Na dimensão estrutural foram apresentados, também, os serviços e programas voltados para atenção à saúde da mulher e da criança, haja vista que, como apresentado nas dimensões anteriores, o inventário vocabular CIPESC<sup>®</sup> implantado no município contempla apenas diagnósticos e intervenções para estes segmentos populacionais. Logo, as ações voltadas para esses dois grupos foram citadas com maior frequência pelos participantes.

Iniciando a apresentação dos serviços e programas voltados à saúde da mulher e da criança, destaca-se que o município de Guarapuava aderiu aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e já alcançou e/ou superou seis das 10 metas estabelecidas (Figura 8) pela Organização das Nações Unidas (PORTALODM, 2014).

---

<sup>13</sup> O Índice de Gini é usado para medir o grau de concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade e o valor 1 significa completa desigualdade de renda (ATLAS, 2013).

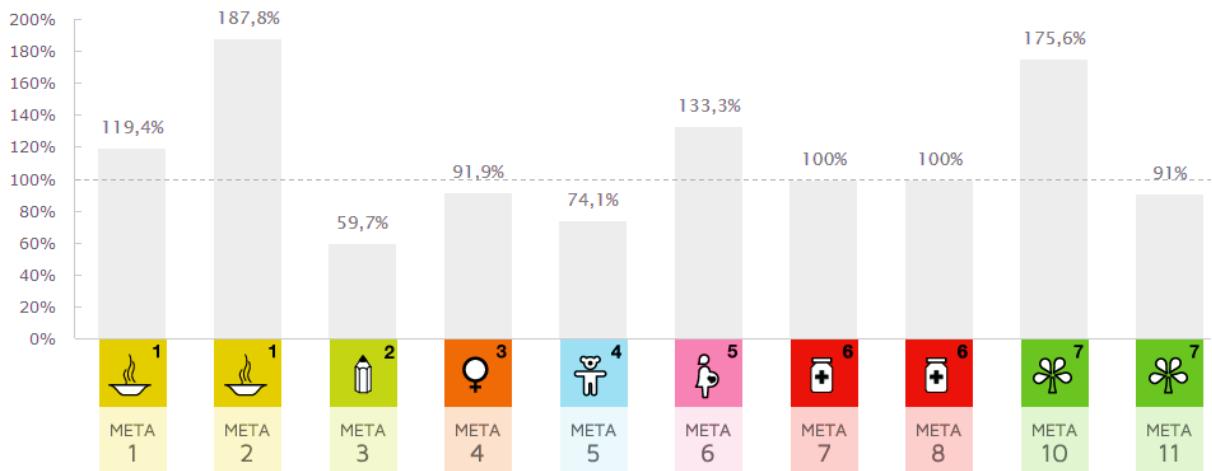


FIGURA 8 - PERCENTUAL DE ALCANCE DAS METAS DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO EM GUARAPUAVA – PR

FONTE: PORTALODM (2014)

No que se refere à Saúde da Criança, a meta 5 dos ODM (Figura 8) visa reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos (PORTALODM, 2014). Nesse sentido, no município de Guarapuava, a referida taxa de mortalidade, em 2011, foi 22,24 óbitos a cada mil nascidos vivos (83ª posição no Estado) e a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano foi de 19,06 por mil nascidos vivos, ocupando a 90ª posição no *ranking* estadual. Em comparação ao Estado, Guarapuava apresenta piores taxas que a média estadual, a saber, 13,51 e 11,65 respectivamente (SUBPLAN, 2014).

No tocante à imunização, considerada uma das ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil, em 2013, 96,47% das crianças menores de um ano estavam com a vacinação em dia, ultrapassando o percentual (95,13%) do Estado (SUBPLAN, 2014).

É importante destacar que o sistema informatizado implantado em Guarapuava permite melhor acompanhamento da cobertura vacinal, pois através do prontuário eletrônico o enfermeiro gerencia todos os procedimentos relacionados à vacinação por meio da carteira eletrônica, que armazena todas as regras de vacinação. Além disso, é possível gerar relatórios de usuários faltosos no esquema vacinal e também emitir segunda via das carteiras, mantendo a integridade dos dados.

Com relação à Saúde da Mulher, é proposta a meta 6 dos ODM cuja finalidade é reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna (PORTALODM,

2014). Em 2011, a taxa de mortalidade materna de Guarapuava foi 35,30 por 100 mil nascidos vivos, considerada melhor que a média estadual que apresentou taxa de 51,67 por 100 mil nascidos vivos (IPARDES, 2013; SUBPLAN, 2014).

A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. A meta estabelecida para o Brasil é de 35 casos por 100 mil nascidos vivos. É importante que cada município tenha seu Comitê de Mortalidade Materna, inclusive ajudando no preenchimento da declaração de óbito, para evitar as subnotificações e melhorar o entendimento das principais causas dessas mortes (PORTALODM, 2014).

Diante disso, o município de Guarapuava instituiu, em 2011, o Comitê Técnico Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, por meio da Lei Municipal nº 1.945/2011, cujo objetivo foi estabelecer uma rede municipal de vigilância dos óbitos materno-infantil, visando elaborar estratégias de intervenção para redução dos casos, através do conhecimento de suas causas e fatores determinantes (GUARAPUAVA, 2011).

No Município, em 2012, 99,7% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais de saúde qualificados. Entretanto, em relação ao tipo de parto, 53,3% foram cesarianas; percentual muito acima dos 15% recomendado pela OMS. Quanto à faixa etária das mães, no referido ano, um a cada quatro nascidos vivos eram de mães adolescentes (PORTALODM, 2014).

Com vistas à redução da mortalidade materno-infantil e à melhoria da assistência no pré-natal, o município de Guarapuava lançou, em 2013, o Programa Materno Infantil Mamãe Guará. Trata-se de uma adequação do Programa Mãe Paranaense desenvolvido pelo Governo Estadual e que, portanto, recebe incentivo do mesmo. Esse programa municipal foi criado no intuito de intervir diretamente nos índices alarmantes de mortalidade infantil que Guarapuava apresentou nos últimos três anos; superiores aos coeficientes estadual, conforme apresentado anteriormente.

A finalidade do Programa Mamãe Guará é proporcionar acompanhamento e incentivos às gestantes atendidas pela rede básica de saúde do município, tais como, a disponibilização de um carro para transportar gestantes de alto risco para consultas e exames e vale-transporte para as demais. Esse auxílio torna-se necessário pois o atendimento, em especial das gestantes de alto risco, é realizado pelo Centro de Saúde da Mulher, localizado no centro da cidade, e considerado unidade de referência para o atendimento à saúde da mulher.

Em 2011, das gestantes com acompanhamento pré-natal em Guarapuava, 67,31% tinham realizado mais de sete consultas, porém esse percentual ainda encontra-se abaixo da média (81,86%) do Estado (SUBPLAN, 2014).

Além das questões de transporte, as puérperas recebem visitas da equipe componente do Programa Mamãe Guará, ainda na maternidade, que fornece orientações pertinentes e as encaminha para consulta puerperal e primeiro atendimento do recém-nascimento, ambos realizados pelo enfermeiro da unidade de saúde mais próxima do seu domicílio. Além disso, a equipe entrega um enxoval completo e a carteirinha da criança para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento bem como da vacinação.

#### 4.3.3 Organização dos serviços de saúde do município

Em Guarapuava, a Atenção Básica é composta por 32 Unidades de Saúde organizadas em cinco Distritos Sanitários. Nessas unidades de saúde, o atendimento multiprofissional é realizado por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes da Estratégia de Saúde Bucal e equipes da Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sob coordenação do enfermeiro (GUARAPUAVA, 2013). Em 2012, 80,64% da população tinha cobertura das equipes neste nível de atenção à saúde (DATASUS, 2014).

Além disso, em sua rede física de atendimento, o município dispõe na Atenção Secundária dos seguintes serviços, sendo de responsabilidade da gestão municipal (GUARAPUAVA, 2013):

- 02 Centros de Atenção Psicossocial, sendo um voltado para portadores de transtornos mentais e outro para tratamento de álcool e drogas;
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas, o serviço tem como objetivo ampliar em nível secundário os atendimentos na área de odontologia como periodontia especializada, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais e diagnóstico de câncer de boca;
- 01 Centro de Saúde da Mulher, que visa garantir o acesso ao atendimento humanizado para as gestantes e crianças até um ano de idade de acordo com a

classificação de risco, de forma integral, ou seja, consultas, exames, medicamentos e transporte.

- 02 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, cujo objetivo é atender os casos de urgência e emergência de acordo com a classificação de risco;
- 01 Programa de Saúde Mental (PROSAM) que realiza acompanhamento de pacientes com transtornos mentais em nível ambulatorial;
- 01 Centro de Nutrição Renascer, unidade destinada ao atendimento a crianças menores de 6 anos de idade em situação de insegurança alimentar e nutricional e com deficiência física ou mental;

Ainda, na atenção de média complexidade, sob a gestão dupla (municipal e estadual), encontram-se os seguintes serviços (GUARAPUAVA, 2013):

- 01 Consórcio Intermunicipal de Saúde, referência para consultas, exames e pequenas cirurgias ambulatoriais eletivas de diversas especialidades médicas;
- 01 Ambulatório de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS) responsável que oferece atendimento a usuários com doenças transmissíveis como a tuberculose e hanseníase e não transmissíveis como o câncer de pele;
- 01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que atua na prevenção e tratamento de doenças transmissíveis, entre elas hepatites, sífilis, HIV e AIDS.

As três unidades hospitalares do município são instituições privadas credenciadas para atendimento ao SUS, sendo uma sem fins lucrativos que oferece atendimentos de média complexidade e alta complexidade nas especialidades de cardiologia, neurologia e oncologia; uma para os atendimentos de média complexidade e alta complexidade, incluindo a especialidade de psiquiatria; e uma credenciada apenas para os atendimentos de média complexidade (GUARAPUAVA, 2013).

O município de Guarapuava dispõe, também, de serviços volantes de atendimento: o Unidade de Saúde Sede Volante e o Odontomóvel. E ainda, em abril do corrente ano, foram inaugurados o Ambulatório de Curativos Especiais e o Programa Melhor em Casa (CNES, 2014).

Por fim, no tocante aos recursos humanos de Enfermagem, Guarapuava conta com 142 enfermeiros, 368 técnicos e 44 auxiliares. Dessa forma, a equipe de Enfermagem representa 36,06% do quadro de servidores municipais na área da saúde (SUBPLAN, 2014).

## 5 DISCUSSÃO

Com a criação do SUS, e especialmente com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o enfermeiro teve seu espaço de atuação ampliado. Entretanto, independentemente da vontade pessoal/profissional, os enfermeiros, assim como os demais profissionais da saúde, são impulsionados pelo sistema a adotarem uma nova postura de intervenção nos diferentes cenários da saúde. Dessa forma, a criação de novas práticas em saúde exige o repensar crítico acerca do processo de trabalho em saúde.

As discussões acerca da atuação dos profissionais da saúde no SUS, convergem para o reconhecimento de que o enfermeiro é o interlocutor e o principal agente dinamizador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva (BACKES *et al.*, 2012). Esse pensar é corroborado por Pires (2011), ao apontar que a ESF, forma de organização prioritária da política de Atenção Básica do SUS, delimita um notável campo de atuação para o enfermeiro, principalmente pelas competências gerenciais, assistenciais e educativas assumidas por esse profissional.

Verificou-se o papel dinâmico desse profissional, também, no cenário desta pesquisa, no qual os enfermeiros relataram que suas atividades compreendem desde o cuidado clínico individual aos usuários, até a administração dos serviços de saúde e gerenciamento dos problemas de saúde, nos mais variados níveis de complexidade.

Leis e Resoluções do COFEN têm legislado sobre as competências dos profissionais de Enfermagem e sobre as anotações que devem ser documentadas. Entre elas, destaca-se a Resolução nº 358/2009 que considera a SAE e a consulta de Enfermagem como métodos do processo de trabalho que evidenciam a contribuição do enfermeiro na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

A consulta de enfermagem, tendo como foco as situações-problema e as potencialidades dos usuários, possibilita ao enfermeiro o uso do raciocínio clínico e a determinação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, imprimindo a esse conjunto de ações maior cientificidade que, por conseguinte, confere credibilidade ao profissional perante a equipe multiprofissional e o usuário (SILVA *et al.*, 2010).

Dessa forma, destaca-se a necessidade de utilização de uma linguagem padronizada, por exemplo a CIPESC®, a fim de garantir o adequado registro em

prontuário dos dados obtidos durante a realização da consulta de Enfermagem, possibilitando uma melhora na comunicação do fazer da Enfermagem, facilitando a realização de pesquisas sobre os cuidados e a comparação entre as melhores práticas de Enfermagem (TANNURE; CHIANCA; SOUZA, 2012).

Entretanto, nesta pesquisa, a maioria dos enfermeiros demonstrou dificuldade em analisar a CIPESC® como instrumento do seu processo de trabalho em saúde coletiva devido à insciência sobre sua origem e finalidade.

Cabe destacar que o prontuário é um documento legal e elemento essencial para o desenvolvimento de atividades de administração de qualquer unidade de saúde, para os cuidados e a atenção aos usuários e, ainda, para subsidiar pesquisas (GODOY *et al*, 2012). Além de servir como suporte à assistência, o registro no prontuário é uma fonte de avaliação para a tomada de decisão, representando um veículo de comunicação importante entre os membros da equipe de saúde (WERLI; CAVALCANTI; TANNURE, 2011).

Quanto à incorporação da CIPESC® no prontuário eletrônico observou-se nas falas como processo contraditório o reconhecimento dos enfermeiros de que este sistema pode ser útil como instrumento avaliativo, ao mesmo tempo em que admitem que não o utilizam devido ao acúmulo de atribuições e sobrecarga de trabalho. Foi significativa a parcela de enfermeiros que disseram não usar o inventário vocabular, mesmo considerando prática a forma como encontra-se disposto no sistema informatizado.

A consolidação das unidades de Atenção Básica como porta de entrada para o SUS evidenciou a necessidade de uso de tecnologias da informação para operacionalização e documentação do processo assistencial em enfermagem e planejamento das ações em saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Godoy *et al.* (2012), um dos benefícios esperados pela Enfermagem na utilização de um prontuário eletrônico é o de ser essencialmente prático, isto é, seu desenvolvimento e implantação devem atender de forma ágil as necessidades dos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente.

Nesse sentido, os sistemas de classificação, entre eles a CIPESC®, quando interligados em sistemas informatizados, facilitam a identificação das intervenções de enfermagem a serem realizadas de acordo com os diagnósticos levantados. No entanto, ao incorporar *softwares* à prática de enfermagem, é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidade para manipular as classificações bem



como raciocínio clínico para elaborar diagnósticos e prescrições de enfermagem (WERLI; CAVALCANTI; TANNURE, 2011).

No tocante ao uso da CIPESC® como instrumento do processo de trabalho em saúde coletiva, constatou-se que o desconhecimento sobre sua origem e finalidade, a falta de treinamento, a não obrigatoriedade de uso e as condições de trabalho desfavoráveis são processos contraditórios existentes nas três dimensões que contribuem para os enfermeiros negligenciarem a aplicação desse inventário vocabular dentro do sistema informatizado.

Sobre isso, ressalta-se que a aceitação efetiva da incorporação das novas tecnologias depende, desde o início do processo, do envolvimento dos usuários finais isto é, da equipe de saúde, que também deve ter participação ativa nas etapas subsequentes (WERLI; CAVALCANTI; TANNURE, 2011). Ao contrário disso, no cenário desta pesquisa, os enfermeiros afirmaram não terem participado em nenhuma das etapas do processo de implantação do sistema informatizado.

Logo, para Werli, Cavalcanti e Tannure (2011), a resistência da equipe pode ser amenizada quando a mesma aprender a utilizar essas novas tecnologias, sendo ouvida quanto às necessidades de melhoramentos e opinando sobre os objetivos do sistema, criação de rotinas integradas ao sistema e elaboração de planos contingentes que antecipam possíveis falhas.

A partir disso, salienta-se que não basta existir um sistema que favoreça a implantação das etapas do Processo de Enfermagem (PE) na prática, torna-se imprescindível também que o enfermeiro desenvolva nova competência, buscando efetivar seu raciocínio clínico através de uma avaliação completa, de forma a atender as necessidades em saúde apresentadas pelo indivíduo, família e coletividade (WERLI; CAVALCANTI; TANNURE, 2011).

Para isso, é necessário que o enfermeiro seja capacitado continuamente e participe de discussões que permitam o desenvolvimento de tal competência. Entretanto, em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre a CIPESC®, os participantes relataram que buscavam informações sobre este inventário vocabular ora “fuçando” o sistema informatizado disponível ora conversando com seus pares. Logo, identificar que um profissional de nível superior, ressaltando que 83,3% possuíam o título de especialista, afirma que sua busca de conhecimento ocorria desta forma é, no mínimo, um processo contraditório para aquilo que se propõe no uso de uma linguagem sistematizada, que seria maior cientificidade ao processo de cuidar.

Ao contrapor o relato dos enfermeiros que consideraram limitadas algumas das intervenções de enfermagem presentes na CIPESC® com os métodos utilizados para busca de conhecimento, levanta-se outra contradição pois não fica evidente o desenvolvimento de estratégias para superação de limitação dessas intervenções. Dessa forma, questiona-se quais processos fizeram com que essas intervenções, do ponto de vista dos enfermeiros, estivessem incoerentes ou inconsistentes.

Cabe ressaltar que os sistemas de classificação são instrumentos dinâmicos e mutáveis e, para sua manutenção, é preciso uma constante avaliação bem como revisão e validação dos termos para reduzir a ambiguidade e redundância (SILVA; MALUCELLI; CUBAS, 2009). Em relação a isso, seria necessário que os enfermeiros da atenção básica, juntamente com seus gestores, e em parceria com instituições de ensino promovessem discussões a fim de tornar a CIPESC® compatível com a realidade da população no município.

O PE não deve ser compreendido apenas como uma forma metodológica de organizar os dados, mas o essencial é que seja sustentado por uma teoria de Enfermagem que direcione as ações dos enfermeiros e que favoreça a mudança de atitude desses profissionais (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Quanto ao reflexo da saúde coletiva na SAE, a discussão pode ser iniciada pela premissa de que a SAE deve ser construída a partir da concepção das necessidades humanas para além do conceito de necessidades básicas, considerando-as como necessidades em saúde articuladas às necessidades sociais, que são heterogêneas e determinadas pela reprodução da vida em sociedade (EGRY *et al.*, 2010).

Não obstante, é importante ressaltar que na CIPESC®/Curitiba, a mesma nomenclatura utilizada no cenário da presente pesquisa, a teoria selecionada para fundamentar as etapas do PE no sistema informatizado foi a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), adaptada por Wanda de Aguiar Horta, que tem como foco o corpo individual biopsicossocial.

Cabe destacar que, ainda hoje, a formação acadêmica em Enfermagem está predominantemente baseada na teoria adaptada por Horta. Como alternativa de superação, Nichiata *et al.* (2012) apresentam a CIPESC® como instrumental pedagógico potente para a formação e qualificação de enfermeiros brasileiros comprometidos com o desenvolvimento do SUS.

Corroborando com os referidos autores, Cubas (2009) ressalta ser fundamental aproximar a CIPESC® da formação de profissionais durante o núcleo acadêmico, já que o principal desafio é superar o uso de um sistema de classificação como um simples instrumento de trabalho e visualizá-lo como inovação tecnológica capaz de produzir mudanças que oportunizem o trabalho da Enfermagem.

Ademais, na perspectiva da saúde coletiva, Egry (2010) alerta que o processo assistencial fundado nas NHB para ser coerente com a visão de mundo realista e não idealista, precisa reconceitualizar as necessidades do ponto de vista histórico e dialético.

Afinal, a saúde coletiva, em seus fundamentos teóricos e metodológicos, toma o social como uma categoria e não como determinação do processo saúde-doença bem como recompõe a noção do indivíduo de modo a transcender os limites do ser biopsicossocial. Nessa perspectiva, portanto, o ser humano é reconhecido como agente social de transformação da realidade e não como mero receptor das influências sociais. Assim, tanto o ser humano como a sociedade são social e historicamente determinados, ou seja, diferenciam-se conforme inserção no tempo e no espaço (EGRY *et al.*, 2010).

Diante disso, a compreensão do coletivo significa reconhecer o indivíduo tanto como ser singular e multidimensional quanto como ser histórico-social, em constante interação com os outros indivíduos e com o seu entorno. Logo, esta perspectiva implica em compreender que o indivíduo se transforma e é transformado continuamente, por meio das relações e interações, tornando-se autor do processo saúde-doença em seu contexto real e concreto (BACKES *et al.*, 2012).

Torna-se relevante, portanto, avaliar a coerência entre a teoria que embasa a CIPESC® e sua aplicabilidade na saúde coletiva, haja vista que o COFEN (2009), ao regulamentar a SAE em âmbito nacional, destaca a necessidade iminente da utilização das teorias de Enfermagem como base para a operacionalização do PE. Logo, a Enfermagem no âmbito da saúde coletiva deve se capacitar para utilização de métodos capazes de intervir na realidade, fundamentados nos princípios teórico-filosóficos da saúde coletiva.

Na saúde coletiva, as contradições presentes na realidade são motores para a transformação, sendo em sua explicitação e na intervenção para superá-las que se realizam as práticas nesse campo. Assim, Egry *et al.* (2010) indicam a CIPESC como um exemplo dessa complexa articulação.

A TIPESC pode ser adotada como teoria e método na Enfermagem em saúde coletiva. Esta teoria está assentada na visão de mundo materialista histórica e dialética, que busca a intervenção da enfermagem por meio de uma metodologia dinâmica e participativa. De acordo com a TIPESC, todo fenômeno do processo saúde-doença pode ser iluminado à luz das três dimensões da realidade objetiva (estrutural, particular e singular), e cada dimensão comporta contradições dialéticas (EGRY, 2010).

Dessa forma, a compreensão de determinado fenômeno, dentro da estrutura de dada sociedade, ocorre por meio da consciência crítico-reflexiva das contradições existentes nas dimensões estruturais (que compreendem os processos maiores da formação e estrutura de uma sociedade), particulares (que diferenciam os perfis epidemiológicos de determinadas classes sociais) e singulares (processos específicos de adoecer e morrer de indivíduos, famílias ou grupos) em que está imerso o processo de trabalho (EGRY *et al.*, 2010).

Por fim, no tocante à inclusão da CIPESC® na consulta de Enfermagem, outras aproximações avaliativas foram realizadas e uma delas evidencia questões relativas à reorganização do processo de trabalho, à valorização da SAE, ao desenvolvimento de uma prática reflexiva e à consolidação do vínculo entre o enfermeiro e o usuário (CUBAS *et al.*, 2006).

Considerando o exposto e os relatos das participantes, pode-se inferir que a incorporação da CIPESC®, como ferramenta para a consulta de Enfermagem no prontuário eletrônico, configurou uma tecnologia em saúde capaz de proporcionar o armazenamento de informações sobre o histórico clínico dos usuários e do atendimento prestado pelo enfermeiro. Além disso, favoreceu agilidade no acesso e na transmissão dos dados entre as unidades de saúde do município.

Os sistemas de classificação na Enfermagem são, portanto, uma importante ferramenta no processo assistencial e gerencial. A CIPESC® é uma arquitetura brasileira de classificação para as práticas de Enfermagem que, embora esteja em construção, vem possibilitando a organização e a avaliação do processo de trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e consolidando a Enfermagem como ciência e arte nos serviços de saúde e na sociedade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o uso da CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva, na percepção de enfermeiros que utilizam esse inventário vocabular integrado ao sistema informatizado implantado na rede básica de um município do centro-sul do Paraná.

Na interpretação da realidade objetiva, foi possível identificar quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca da CIPESC®, que a grande contradição é que apesar de estar disponível este inventário vocabular, os enfermeiros não conhecem como tal e acabam usando-o de forma mecânica, como mero item adicional do *software*.

Em relação às fragilidades, pode-se destacar como a maior contradição encontrada o relato dos enfermeiros que, por um lado, acham importante usar a CIPESC® durante a consulta de enfermagem e, por outro, afirmam não a utilizar por falta de hábito e sobrecarga de trabalho, em especial pela ênfase dada às atividades administrativas.

Já a maior contradição entre as potencialidades apontadas está no reconhecimento por parte dos enfermeiros quanto aos benefícios do uso da CIPESC® ao mesmo tempo que não a inserem de forma sistematizada no seu processo de trabalho.

Quanto à superação dessas contradições, cabe ressaltar que a implantação da SAE, bem como de um sistema de classificação, envolve mudança de comportamento e que, para isso, estratégias que favoreçam a incorporação dessa metodologia na prática precisam ser pensadas e discutidas nas três dimensões: do enfermeiro, do coletivo desses profissionais e do gestor local.

Outrossim, é importante salientar que a informatização nas unidades de saúde tem representado um poderoso instrumento norteador do processo assistencial e gerencial do enfermeiro e tem sido apontada como potencialmente eficaz na implantação das etapas do PE na prática profissional.

Em tempo, vale destacar que frente às mudanças tecnológicas que as instituições de saúde estão aderindo, ao mesmo tempo que novas competências e habilidades são exigidas dos profissionais, novas políticas institucionais, também, devem ser empregadas no intuito de garantir a efetiva utilização destas ferramentas.

Dessa forma, aos gestores das instituições caberá possibilitar a capacitação dos profissionais, promovendo discussões para a avaliação e atualização contínua da ferramenta disponível.

Portanto, um olhar retrospectivo sobre experiências de uso de sistemas de classificação em Enfermagem, permite argumentar que esses e, de modo especial a CIPESC®, podem ser considerados instrumentos facilitadores e estimuladores na aplicação do PE. Ademais, o elenco de práticas do enfermeiro catalogadas nesse inventário vocabular nas dimensões gerencial, assistencial, educativa e de pesquisa, evidencia a amplitude das ações desse profissional.

Porém, para a conquista da autonomia profissional, há de se aprofundar no entendimento de que não basta avançar na dimensão técnica do conhecimento científico, desarticulada da capacidade de refletir e modificar realidades criticamente. Nesse sentido, persiste a necessidade iminente de se instrumentalizar o enfermeiro quanto ao uso de sistemas de classificação na consulta de Enfermagem, a fim de que a SAE seja implementada na prática baseada em evidências científicas e respaldada por teorias que possam subsidiar o conhecimento da profissão, com vistas à atender à Resolução 358/09 do COFEN.

Pois, compreende-se que a Enfermagem, como profissão indispensável para a efetivação das ações de saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo, carece de um corpo de conhecimentos que unifique sua linguagem mundialmente e que sistematize suas ações ressaltando, na comunidade científica e na sociedade, o verdadeiro papel da profissão, colocando em evidência a essência do seu trabalho.

Vale ressaltar que tanto a CIPESC® quanto a CIPE® são classificações de Enfermagem relativamente novas, o que justifica parte do desconhecimento referido por muitos profissionais. Nesse sentido, o desafio a seguir é promover a apropriação dos enfermeiros para o conhecimento e adesão à proposta de unificação de linguagem por meio dos referidos sistemas de classificação e da prestação de assistência de maneira sistematizada.

Tais aspectos demonstram a necessidade de uma abordagem mais significativa dos sistemas de classificação em Enfermagem no aparelho formador, contribuindo para o uso deste instrumento de trabalho com eficiência, eficácia e efetividade a fim de garantir melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade e a reafirmação da autonomia profissional.

Assim, os achados desta pesquisa demonstram a necessidade de novos estudos buscando esclarecer e divulgar este tema para os profissionais da Enfermagem, com vistas a motivar a implementação do PE e da CIPESC® nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALECRIM, E. **O que é tecnologia da informação (TI)?** Coluna InfoWester; 2004. Disponível em: <<http://www.infowester.com/col150804.php>>. Acesso em 14/10/2013.

ALVES, K.Y.A. *et al.* Vivenciando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: relato de experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** (impr.), Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 381-388, 2013.

APOSTOLICO, M.R. *et al.* Contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 453-62, 2007.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/guarapuava\\_pr](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/guarapuava_pr)>. Vários acessos.

BACKES, D.S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

\_\_\_\_\_. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1141-9, 2011.

BEZERRA, S.T.F. *et al.* Ações de Enfermagem identificadas no projeto CIPESC® e encontradas na prática educativa de pacientes hipertensos. **Online Brazilian Journal Nursing** (Online), v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/353/80>>. Acesso em: 05/10/2012.

BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Publicada no **Diário Oficial da União**, 25 de setembro de 2013a, Seção 1, Página 5. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm)>. Acesso em 13/09/2014



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Publicada no **Diário Oficial da União** nº 12, 13 de junho de 2013b, Seção 1, Página 59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Publicada no **Diário Oficial da União**, 23 de fevereiro de 2006, Seção 1, Página 43.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed. 4.<sup>a</sup> reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CABRAL, R. **Localização e Área: Guarapuava**. 2011. 1 imagem, color. Disponível em: < [http://www.guarapuava.parana.blog.br/wp-content/uploads/2011/08/800px-Parana\\_Municip\\_Guarapuava.svg\\_.png](http://www.guarapuava.parana.blog.br/wp-content/uploads/2011/08/800px-Parana_Municip_Guarapuava.svg_.png)>. Acesso em 13/10/2014.

CARVALHO, C.M.G. *et al.* Sistemas de Informação em Saúde que integram terminologias de Enfermagem: uma revisão de literatura. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 50-4, 2012.

CARVALHO, E.C.; KUSUMOTA, L. Processo de Enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22 (Especial-Nefrologia), p. 554-7, 2009.

CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** (impr.), Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-321, 2013.

CAVALCANTE, R.B. *et al.* Experiências de sistematização da assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria – RS, v. 1, n. 3, p. 461-471, 2011.

CHAVES, M.M.N. *et al.* Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 199-205, 2011.

CHAVES, M.M.N.; LAROCCA, L.M.; PERES, A.M. Enfermagem em Saúde Coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. Esp. 2, p. 1701-4, 2011.

CHIANCA, T.C.M. Mapeamento das ações de Enfermagem do CIPESC® às intervenções de Enfermagem da NIC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 513-518, 2003.

CHIANCA, T.C.M.; ROCHA, A.M. CIPESC® - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: TANNURE, MC; PINHEIRO, AM. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Vários acessos.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN, 1986.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Brasília: COFEN, 1993.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília: COFEN, 2002.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 358, 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012.

CUBAS, M.R. CIPESC® Curitiba: proposta de uma ferramenta re-leitora da face coletiva do processo saúde-doença. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em Enfermagem - a experiência da CIPE®/CIPESC®. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 745-7, 2009.

\_\_\_\_\_ *et al.* Aplicação do Inventário Vocabular Resultante do Projeto CIPESC CIE-ABEn nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Curitiba-PR. In: INTEGRALIDADE da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_ *et al.* Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 269-73, 2006.

\_\_\_\_\_; EGRY, E.Y. A classificação de práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro: um recorte do objeto a ser abordado. In: CREUTZBERG, M.; FUNCK, L, KRUSE MHL, MANCIA JR (Org.). Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/Enfermagem>>. Acesso em: 07/10/2013.

\_\_\_\_\_. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-6, 2008.

\_\_\_\_\_. Práticas inovadoras em Saúde Coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. Esp, p. 787-92, 2007.

\_\_\_\_\_; SILVA, S.H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de**

**Enfermagem** [Internet]. Goiânia, v. 12, n. 1, p. 186-94, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>. Vários acessos.

EGRY, E.Y. Cipescando rumo à equidade: reflexões acerca da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 762-5, 2009.

\_\_\_\_\_. Necessidades em saúde como objeto da TIPESC. In: INTEGRALIDADE da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

\_\_\_\_\_. *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: ABEn, 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

\_\_\_\_\_. Considerações acerca da saúde coletiva. In: INTEGRALIDADE da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_.; OLIVEIRA, M.A.C.; CHAVES, M.M.N. Marcos teóricos y conceptuales de las necesidades. In: EGRY, E.Y.; HINO, P. **Las necesidades em salud em la perspectiva de la Atención Básica: guia para investigadores**. São Paulo: Dedone Editorial, 2009.

\_\_\_\_\_.; ANTUNES, M.J.; LOPES, M.G.D. Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: INTEGRALIDADE da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRACOLLI, L.A.; GRANJA, G.F. A utilização da categoria processo de trabalho pela Enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. Esp., p. 597-602, 2005.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.

FURUYA, R.K. *et al.* Sistemas de classificação de Enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 167-75, 2011.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 142-50, 2013.

\_\_\_\_\_. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. Especial - 70 Anos, p. 875-9, 2009a.

\_\_\_\_\_. Inventário Vocabular Resultante do Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: INTEGRALIDADE da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009b.

\_\_\_\_\_. Sistematização da assistência de Enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. Goiânia, v. 11, n. 2, p. 233, 2009c. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>>. Vários acessos.

GODOY, J.S.M. *et al.* O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3-9, 2012

GUARAPUAVA. **Boletim Oficial do Município**, Guarapuava, Ano XVII, n. 724, p. 1-2, 05-11 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Guarapuava: SMS/Prefeitura de Guarapuava, 2013.

ICN. International classification for nursing practice: beta. Geneva: International Council of Nurses (ICN); 1999.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico**: Município de Guarapuava. 2013. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85000>>. Vários acessos.

KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MANDÚ, E.N.T. *et al.* Literatura brasileira sobre o trabalho de Enfermagem fundamentada em categorias marxianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 766-73, 2011.

MANDÚ, E.N.T.; PEDUZZI, M.; SILVA, A.M.N. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 118-23, 2012.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: Livro I. V. I. 30 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MATA, L.R.F. *et al.* Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1512-18, 2012.

MATTEI, F.D. *et al.* Uma visão da produção científica internacional sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 823-31, 2012.

MAZONI, S.R. *et al.* Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 285-9, 2010.

MEDEIROS, A.L. *et al.* Work process of nursing: a critical reflection on the systematization of nursing care. **Revista de Enfermagem UFPE online [Reuol]**, Recife, v. 4, n. 3, p. 1571-576, 2010. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/998/pdf\\_157](http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/998/pdf_157)>. Vários acessos.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, 2012.

NEVES, F.A.; JUNGES, F. Sistema de informação em saúde como instrumento de avaliação da saúde da população. In: Mostra de Produção Científica da Pós-Graduação Lato Sensu da PUC Goiás, 6., 2011, Goiânia. Artigos... Goiânia: PUC-Goiás, 2011. Disponível em: < <http://www.cpgls.ucg.br/6mostra/Artigos.html>>. Acesso em 30/10/2013.

NICHIATA, L.Y.I. *et al.* Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 766-71, 2012.

NÓBREGA, M.M.L. *et al.* Nursing terminologies: the NANDA taxonomy to the international classification for nursing practice. **Revista de Enfermagem UFPE online** [Reuol]. Recife, v. 2, n. 4, p. 454-61, 2008. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/333/pdf\\_408](http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/333/pdf_408)>. Vários acessos.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 758-61, 2009.

\_\_\_\_\_. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 227-30, 2005.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Classificação Internacional da prática de Enfermagem – CIPE®/CIE: uma visão geral da versão alfa e considerações sobre a construção da versão beta. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (Orgs). A Classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC®. Brasília: ABEn, 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

\_\_\_\_\_. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa, Ideias, 2000. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PALOMARES, M.L.E.; MARQUES, I.R. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de Enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 78-82, 2010.

PARANÁ. **Plano Diretor de Regionalização**: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no estado do paraná. 2009. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR\\_atualizado\\_\\_Edson.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado__Edson.pdf)>. Vários acessos.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, ML. O processo de trabalho de Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PIRES, M.R.G.M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. Esp. 2, p. 1710-5, 2011.

PORTALODM. **Relatórios Dinâmicos**: monitoramento de indicadores. Município de Guarapuava-PR. 2014. Disponível em: <<http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/perfil/BRA004041137/guarapuava---pr>>. Vários acessos.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-4, 2007.

SILVA, R.R.; MALUCELLI, A.; CUBAS, M.R. Classificações de Enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 835-40, 2008.

\_\_\_\_\_. Em direção à Ontologia CIPESC®. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 22-6, 2009.

SILVA, S.H. *et al.* Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba-PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 68-75, 2010.



SOUZA, S.J.P. A realidade objetiva das doenças e agravos não transmissíveis em trabalhadores de enfermagem: um estudo de caso. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SUBPLAN. Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional. Ministério Público do Paraná. **Informações municipais para planejamento institucional**. Município Guarapuava. Versão 2.2. Junho, 2014. Disponível em: <<http://www2.mppr.mp.br/cid/guarapuava.pdf>>. Vários acessos.

TANNURE, MC; CHIANCA, T.C.M.; SOUZA, A.L.V. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: ENFERMAGEM em saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TANNURE, MC; PINHEIRO, AM. **SAE**: sistematização da assistência de Enfermagem: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VARELA, G.C. *et al.* Sistematização da assistência de Enfermagem na estratégia saúde da família: limites e possibilidades. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [Rev Rene], Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 816-24, 2012.

WERLI, A.; CAVALCANTI, R.B.; TANNURE, M.C. A informatização como ferramenta para auxiliar na sistematização da assistência de enfermagem. In: TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. **SAE**: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	89
APÊNDICE 2 – GUIA TEMÁTICO.....	90
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	91

**APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: ( ) Entre 20 e 30 anos ( ) Entre 30 e 40 anos ( ) entre 40 e 50 anos ( ) mais de 50 anos

Tempo de graduação: ( ) Há menos de um ano ( ) entre 1 e 3 anos ( ) mais de 3 anos

Último nível cursado: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outro

Há quanto tempo trabalha em saúde coletiva? \_\_\_\_\_

Em qual UBS do município você atua? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo atua nesta UBS? \_\_\_\_\_

Participou do processo de implantação da CIPESC no município? ( ) Sim ( ) Não

Quando foi implantada a CIPESC na UBS que você atua? \_\_\_\_\_

Você recebeu treinamento específico para uso da CIPESC? ( ) Sim ( ) Não

Você conhecia a CIPESC antes de ter sido implantada na UBS? ( ) Sim ( ) Não

## APÊNDICE 2 – GUIA TEMÁTICO

- Fale sobre sua experiência no uso do inventário vocabular CIPESC® na sua prática profissional.
- Fale sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas na utilização do inventário durante a consulta de enfermagem.
- Conte-me sobre a implantação do sistema informatizado no município ou na UBS em que você atua.
- Descreva as atividades que você desenvolve na unidade de saúde.

### APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Venho por meio deste convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESEC®) COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA**, destinada à dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, sob a responsabilidade de Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante.

O objetivo da pesquisa é avaliar a utilização da CIPESEC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva. Os benefícios esperados com o estudo são indiretos no sentido de identificar em que medida o uso da CIPESEC® contribui no processo de trabalho do enfermeiro, assegurando uma prática assistencial autônoma, efetiva e resolutive. As pesquisas promovem avanços na área da Enfermagem e sua participação é fundamental.

Caso você aceite participar, realizaremos uma entrevista em grupo formado por enfermeiros(as) que atuam nas unidades básicas de saúde de Guarapuava. O encontro será realizado em dia e horário agendados conforme a disponibilidade comum para todos os participantes, com duração média de 90 a 120 minutos. As discussões feitas no grupo serão gravadas. Tão logo transcrita a entrevista, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade dos registros feitos. Após encerrada a pesquisa, todo o conteúdo gravado será destruído.

Todas as informações que você nos fornecer ou que sejam apresentadas durante a entrevista em grupo serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos registros nem quando os resultados forem apresentados. Ressalta-se que, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

A entrevista em grupo poderá trazer algum desconforto como constrangimento. No entanto, este tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela assistência imediata e gratuita a quaisquer problemas decorrentes desta pesquisa. Você poderá retirar-se do grupo a qualquer momento.

Lembramos que a sua participação é voluntária. Você não receberá nenhuma compensação financeira. Você tem liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento e interromper a participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (reprodução de material, gravador, etc.) serão assumidas pela pesquisadora.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. Se você estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

#### **CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**ANEXOS**

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO .....	93
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA .....	94

## ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



**Secretaria Municipal de Saúde**

Ofício nº 030/2013

Guarapuava, 22 de julho 2013.

A pesquisadora  
Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante  
Guarapuava – Paraná

A Instituição Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ número 76178037/0001-76, endereço Avenida das Dálias 200, CEP: 85012-110 bairro Trianon, autoriza a realização da pesquisa intitulada “ **A Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**” a qual tem por objetivo: Avaliar a utilização da CIPESC como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.

Atenciosamente

Dr. Stefan Wolanski Negrão - CRM 17.855  
Secretário Municipal de Saúde de Guarapuava- PR.

*Stefan Wolanski Negrão*  
Secretário Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Guarapuava

Prefeitura Municipal de Guarapuava – Secretaria Municipal de Saúde  
Avenida das Dálias, 200 – Trianon. Guarapuava – Paraná.  
CEP 85012-110 Telefone: (42) 3621-3700- Fax (42)3621-3702 -  
saúde@guarapuava.pr.gov

## ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CENTRO OESTE - UNICENTRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®) COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA

**Pesquisador:** MARÍLIA DANIELLA MACHADO ARAÚJO CAVALCANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21204713.0.0000.0106

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 397.547

**Data da Relatoria:** 10/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto intitulado: "A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®) COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA", sob a responsabilidade da pesquisadora Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante do departamento de Enfermagem da UNICENTRO.

Esta pesquisa compreende um estudo de caso do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Tem-se como unidade de análise o conjunto de unidades básicas de saúde (UBS) do município de Guarapuava que dispõem de um sistema informatizado com CIPESC implantado. Para coleta de dados será utilizado o grupo focal com os enfermeiros que atuam nessas UBS, pois considera-se o uso da CIPESC uma experiência coletiva que pode ser compartilhada e discutida através da técnica escolhida para estudo.

Início: 20/11/2013 Término: 20/08/2014

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a utilização da CIPESC® como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carli **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CENTRO OESTE - UNICENTRO



Continuação do Parecer: 397.547

**Objetivo Secundário:**

- Descrever a implantação e a implementação da CIPESC® no serviço de Enfermagem das UBS no município de Guarapuava.
- Identificar os fatores que interferem, positiva e negativamente, na utilização da CIPESC® durante a consulta de Enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Conforme afirma a Resolução CNS nº 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Considera-se que esta pesquisa apresenta riscos mínimos. Os participantes poderão estar expostos a constrangimento haja vista que será realizada entrevista em grupo. Contudo, durante a pesquisa, a todo momento, serão consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual desses. O pesquisador se responsabiliza por quaisquer problemas decorrentes desta pesquisa, mesmo os não previstos, bem como pela assistência imediata e gratuita.

**Benefícios:**

Acredita-se que o presente estudo tenha relevância para prática da Enfermagem em saúde coletiva, pois se pressupõe que a partir desse tipo de estudo será possível identificar em que medida o uso da CIPESC® contribui no processo de trabalho do enfermeiro, assegurando uma prática assistencial autônoma, efetiva e resolutive. Desta forma, ao compreender o trabalho da Enfermagem como parcela do trabalho em saúde, presente na produção dos serviços no nível individual e coletivo e relacionado com as demais práticas, conhecimentos, reproduções socioeconômica e inserções dos sujeitos nas sociedades, faz-se necessário refletir sobre as potencialidades e os limites do uso de seus instrumentos de trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e o objetivo é claro. Fatores de inclusão e exclusão estão bem definidos e o número de sujeitos envolvidos é igual a 20. Compromete-se a destruir o material ao final da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**Apresenta:**

- Folha de rosto adequada.

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carli **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CENTRO OESTE - UNICENTRO



Continuação do Parecer: 397.547

- Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava para realização da pesquisa.
- TCLE na forma de convite, com contatos e prevendo os riscos ao sujeito.
- Questionário em anexo.
- Cronograma adequado.
- Orçamento financeiro detalhado.

**Recomendações:**

Nada a constar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Indico a aprovação deste por estar de acordo com a Resolução vigente.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROJETO APROVADO.

Em atendimento às Resoluções 196/96 CNS-MS e 466/2012 CNS-MS, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e final em até trinta dias após o término da Pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

GUARAPUAVA, 17 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Emilia Marcondes Barbosa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carli **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br