

SUMÁRIO

CAPÍTULO 5. CIPESC NO BRASIL	171
Emiko Yoshikawa Egry, Márcia Regina Cubas, Maria José Morais Antunes, Maria Goretti David Lopes, Maria Miriam Lima Nóbrega, Soriane Kieski Martins, Leda Albuquerque, Rosa Maria Godoy Fonseca Serpa	
1. Antecedentes	171
2. O Projeto Brasileiro: Finalidades, Concepções e Estratégias	182
2.1. Objetivos Gerais	188
2.2. Estratégias metodológicas	190
2.3. Referencial Teórico-Metodológico	191
3. Desenvolvimento de uma Pesquisa Nacional	198
4. Resultados: A Marca Registrada	200
4.1. Resultados da análise das práticas na vertente dos processos de trabalho	200
4.2. Resultados da análise das práticas na vertente produção de uma nomenclatura de enfermagem em saúde coletiva.....	201
4.2.1 Elaboração do Inventário Vocabular de Fenômenos e Ações de Enfermagem em Saúde Coletiva	202
4.2.2 Resultados da categorização de fenômenos de enfermagem	205
4.2.3 Resultados da categorização de ações de enfermagem.....	208
5. CIPESC: Uma arquitetura brasileira de classificação: cipescar é preciso	209
6. Resultados do Projeto: Quanto Estamos Cipescando?	210
7. A CIPESC® em Curitiba	213
7.1. A utilização da CIPESC como ferramenta nas consultas de Enfermagem, seus resultados e contradições	219
8. Próximos Desafios da CIPESC ou Projeto CIPESC	223
9. Referências	229

CAPÍTULO 5

CIPE SC NO BRASIL²⁰

Emiko Yoshikawa Egry²¹

Marcia Regina Cubas²²

Maria José Moraes Antunes²³

Maria Goretti David Lopes²⁴

Maria Miriam Lima Nóbrega²⁵

Soriane Kieski Martins²⁶

Lêda Maria Albuquerque²⁷

Rosa Maria Godoy Fonseca Serpa²⁸

1. Antecedentes

Em 1991, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) iniciou o projeto de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Este projeto previa, por parte do ICN, a elaboração de um sistema que descrevesse a prática de enfermagem a partir de uma nomenclatura compartilhada pelos enfermeiros de todo o

20 A reprodução de parte do texto deste Capítulo foi autorizada pela Editora ArtMed, em 13 de setembro de 2013. GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Org.). *Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

21 Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

22 Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

23 Diretora de Assuntos Profissionais da ABEn Nacional-1996-1998, 1998-2001.

24 Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Presidente da ABEn Nacional. 1998-2001 e 2007-2010.

25 Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. Universidade Federal da Paraíba.

26 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Práticas Assistenciais de Enfermagem. Coordenadora de Enfermagem da SMS – Curitiba.

27 Enfermeira da SMS - Curitiba.

28 Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

mundo. O fator central desencadeante do projeto foi a inexistência de dados empíricos que expressassem a prática de enfermagem que se dava nas diversas áreas clínicas de trabalho, com diferentes populações, em distintas áreas geográficas e momentos históricos ⁽¹⁾.

Reconhece-se que a falta de informações precisas sobre as práticas de enfermagem dificulta a ampliação de sua visibilidade. Não há como expressar objetivamente as situações de saúde com as quais a Enfermagem trabalha, o que ela faz e o que alcança com este fazer. Ao lado disso, não há uma forma razoavelmente precisa para determinar como e em que medida, variam as características e dimensões da prática de enfermagem conforme regiões e épocas distintas ⁽²⁾.

O projeto do ICN, na sua origem, propunha a elaboração de um sistema internacional de classificação da prática de enfermagem, de forma que os enfermeiros de todos os países pudessem contar com instrumentos eficientes para descrever as suas práticas e para explicitar a sua contribuição no contexto dos sistemas de saúde.

O ICN iniciou o projeto com a realização de um levantamento internacional dos sistemas de classificação de enfermagem em uso. A partir desses sistemas, foram identificados os elementos da prática de enfermagem que foram classificados e publicados na CIPE® Versão *Alfa*. A análise de tais sistemas evidenciou um acentuado direcionamento para o indivíduo e para a assistência hospitalar. Diante dessa constatação, o ICN decidiu criar um projeto internacional que contemplasse a prática da enfermagem nos sistemas comunitários e na atenção primária à saúde. No Brasil, o projeto chamou-se “Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva”, conhecido pela sigla CIPESC.

A ABEn participou ativamente das discussões coordenadas pelo ICN, ocorridas desde 1994, que culminaram com a elaboração do projeto CIPESC, em fevereiro de 1997. Ao desenvolvê-lo, tornou-se parceira do ICN na CIPE®. O processo deste projeto do Brasil e seus frutos são apresentados a seguir.

O desenvolvimento do projeto ICN/ABEn/CIPESC-Brasil teve início em janeiro de 1994, quando as associações de enfermagem

de quatro países da América Latina – Brasil, Chile, Colômbia e México – reuniram-se na cidade de Tlaxcala/México. Na reunião, promovida pelo ICN e financiada pela Fundação W. K. Kellogg, as associações assumiram o compromisso de elaborar projetos que descrevessem as práticas de enfermagem voltadas para a atenção comunitária, identificando instrumentos normativos que contribuíssem para a formulação de uma classificação da prática de enfermagem em Saúde Coletiva.

A ABEn se fez representar no evento, assumindo o compromisso de disseminar as informações sobre o projeto no País; identificar grupos de pessoas que trabalhavam com a questão; capacitar recursos humanos de enfermagem sobre as metodologias e atividades do projeto; e constituir um grupo de estudo de enfermagem ABEn/ICN ⁽³⁾.

Em abril de 1995, em reunião ocorrida durante o I Encontro Internacional de Enfermagem dos Países de Língua Oficial Portuguesa, em Salvador, Bahia, a ABEn elaborou um protocolo para construção de um projeto de investigação para subsidiar a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem no Brasil. O projeto foi encaminhado ao ICN em junho de 1995.

O Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva foi elaborado em fevereiro de 1996, na primeira Oficina de Trabalho, realizada na sede da ABEn Nacional, em Brasília, que contou com a colaboração voluntária de associados da ABEn, especialistas em pesquisa, docência, gerência e assistência de enfermagem em saúde coletiva de todo o país.

Em setembro de 1996, a ABEn Nacional foi informada que o projeto fora aprovado pelo ICN, contando com subsídios da Fundação W. K. Kellogg. Assim, o ICN/ABEn/CIPESC – Brasil foi lançado oficialmente na X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo mês.

Desde então, foram realizados os encaminhamentos operacionais da ampla pesquisa prevista no projeto. Ainda em setembro de 1996, a Diretoria da ABEn aprovou a Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (FUNDEP-UFGM)

como agência gerenciadora dos recursos a serem recebidos da Fundação Kellogg, bem como os nomes das enfermeiras convidadas para coordenar o projeto nos níveis central e regionais.

Em outubro de 1996, paralelamente ao 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado na cidade de São Paulo, foram feitas várias reuniões onde foi discutida a estratégia operacional para desenvolvimento do projeto. Participou destas reuniões a Dra. Margareth Murphy, consultora do ICN/CIPE para a América Latina.

No ano de 1997, foram desenvolvidas inúmeras atividades, dentre as quais duas oficinas do núcleo central com os coordenadores regionais (em março, em Belo Horizonte e em maio em Ribeirão Preto), além de quatro reuniões do núcleo central (três em São Paulo, nos meses de janeiro, abril, agosto) e uma em Belo Horizonte (em junho), quando foram definidos os cenários, metodologias, critério de avaliação e o manual de pesquisa, utilizados no desenvolvimento do projeto. O grupo coordenador participou também de reunião em Vancouver, Canadá, durante o 21º Congresso Internacional de Enfermagem, em julho de 1997, onde estiveram presentes coordenadores dos projetos-irmãos que estavam sendo desenvolvidos na Colômbia, México, Chile e África do Sul, além da Consultora ICN/CIPE para a América Latina e a coordenadora mundial do projeto, Dra. Fadwa Affara. Na ocasião, foram apresentados os projetos da América Latina e definiu-se a necessidade de estabelecer bases comuns à integração dos resultados.

É importante destacar que o desenvolvimento do projeto brasileiro só foi possível por contar com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg e do apoio institucional de várias escolas de enfermagem do país, entre as quais as escolas de enfermagem da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal de Minas Gerais, além do insubstituível, voluntário e gratuito trabalho das associadas que compunham os cinco núcleos coordenadores – central e regional, e pesquisadores dos cenários.

A incorporação de novos apoios institucionais e a colaboração de associadas de todo o país no desenvolvimento do projeto permitiu

que seus resultados possibilitassem uma contribuição efetiva à Enfermagem e à sociedade brasileira.

A ABEn, organização não governamental, fundada e mantida pelo entusiasmo e compromisso de enfermeiras brasileiras há 80 anos ininterruptos, apresentou, com muito orgulho e satisfação, o resultado final do projeto Classificação da Prática de Enfermagem em saúde Coletiva ao Conselho Internacional de Enfermagem, à Fundação W.K.Kellogg, à Federação Pan-americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEn) e às instituições nacionais e internacionais de enfermagem e de saúde.

O Quadro 1 apresenta alguns fatos relacionados ao Projeto CIPE/ CIPESC no Brasil, ao longo do tempo de desenvolvimento do Projeto.

Quadro 1: Fatos e datas da CIPE®/ Projeto CIPESC

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
1988	
<p>Nova Constituição: Saúde direito do cidadão e Dever do estado</p>	<p>1980 – Surgiu o conceito de Família de Classificações durante as reuniões preparatórias para a revisão da CID – 10.</p> <p>1986 – Envio à OMS, por membros da ANA e da NANDA, de um esquema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, para que fosse considerada a possibilidade de sua inclusão na CID – 10, como <i>Condições Necessárias para o Cuidado de Enfermagem</i>.</p> <p>1989 – Resolução de estabelecimento de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem foi aprovada pelo Conselho de Representantes de Enfermagem no 19o Congresso Quadrienal do ICN, realizado em Seul – Coréia.</p>

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
1990	
<p>Leis Orgânicas do SUS Gera necessidade de revisar as práticas de enfermagem, principalmente no extrainternação. Os princípios da Reforma Sanitária e a construção da saúde coletiva: estudos e discussões para viabilizar o SUS.</p>	<p>Formada a equipe de desenvolvimento da CIPE®.</p>
1991	
	<p>Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) iniciou o projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).</p> <p>Finalidade: elaboração de um sistema que descreva a prática de enfermagem a partir de uma nomenclatura compartilhada pelos enfermeiros de todo o mundo. ICN iniciou o projeto com a realização de uma pesquisa preliminar e inquérito às associações pertencentes ao ICN, objetivando identificar os sistemas de classificação em uso ou em desenvolvimento no âmbito mundial.</p>
1992	
	<p>Encontro do Grupo de Aconselhamento Técnico composto por enfermeiros de seis países (Israel, Nepal, Chile, Quênia, Jamaica e Japão), em Genebra para tesar a viabilidade e aplicabilidade da CIPE® no âmbito mundial.</p>

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
1993	
	<p>Publicação do documento <i>Work Paper</i> – Próximo avanço da Enfermagem, com a lista de termos usados na literatura de enfermagem e classificações existentes para descrever diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.</p>
1994	
<p>ABEn participou ativamente das discussões coordenadas pelo ICN, ocorridas desde 94. ICN/ABEn/CIPESC-Brasil teve início em janeiro de 1994.</p>	<p>Encontro de Aconselhamento para o Desenvolvimento de uma Ferramenta de Informação para Apoiar Sistemas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários e baseados na Comunidade. Esse encontro aconteceu na cidade de Tlaxcala, no México, e contou com a participação de enfermeiros de nove países da África, América do Norte e América Latina (Brasil, Chile, Colômbia e México), para explorar o potencial da CIPE para a enfermagem em cuidados de saúde primário.</p>

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
1995	
<p>Participação de enfermeiras brasileiras na reunião realizada em <i>Los Angeles</i> – Estados Unidos, em fevereiro de 1995, quando se discutiram uma proposta para o desenvolvimento de projetos nacionais no Brasil, Chile, Colômbia e México, que integrariam o projeto internacional da classificação para a prática de enfermagem.</p> <p>Elaboração do protocolo para o projeto de investigação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil durante o I Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, em Salvador – BA, em abril de 1995.</p> <p>Dezembro de 1995, realização de uma reunião no Brasil, coordenada pela Fundação W. K. Kellogg, contando com representantes dos países da América Latina, objetivando delinear o projeto de classificação para a prática de enfermagem, a ser desenvolvido nesses países.</p>	<p>Workshop realizado em Taiwan, semelhante o Encontro de Aconselhamento de 1994, incluindo enfermeiros do Japão, Coréia, Malásia, Nova Zelândia, Filipinas, Singapura, Taiwan, Tailândia e Samoa Ocidental.</p> <p>Foi lançado o projeto para promover a CIPE® e testar a Versão Alfa em vários países da Europa – TELENURSING, conduzido pelo Instituto Dinamarquês de Investigação em Saúde e Enfermagem.</p> <p>Realização pelo ICN Workshop de Acompanhamento com enfermeiros representantes dos países envolvidos no projeto da CIPE, em <i>Los Angeles</i> – Estados Unidos, fevereiro de 1995.</p>

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
1996	
<p>Projeto de Classificação Nacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva foi elaborado em fevereiro de 1996. A decisão para fazê-lo foi tomada no Congresso Brasileiro em Goiânia em 1995.</p> <p>Paralelamente ao 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, foi realizada uma série de reuniões onde se discutiu a estratégia operacional para desenvolvimento do projeto, com a presença da Dra. Margareth Murphy, consultora do ICN / CIPE para a América Latina.</p>	<p>Publicada, em dezembro de 1996, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Um Marco Unificador – Versão Alfa, constituída pelas Classificações de Fenômenos de Enfermagem e de Intervenções de Enfermagem, com o objetivo de estimular a discussão e, conseqüentemente, os comentários, observações, críticas e recomendações de melhoria, a fim de se obterem subsídios para as próximas versões dessa classificação.</p>
1997	
<p>Elaboração do projeto CIPESC em fevereiro de 1997. Tornou-se, assim, parceira do ICN na CIPE, ao desenvolver o projeto CIPESC-Brasil. Apoio financeiro da Fundação WK Kellogg.</p> <p>Em março de 1997, após o recebimento de cópia da CIPE – Versão Alfa, enviada pelo ICN, a ABEn, foi criado o Grupo de Trabalho de Tradução da CIPE para o português do Brasil.</p> <p>Em dezembro de 1997, foi lançada</p>	
<p>durante a realização do 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado na cidade de Belo Horizonte – MG, a tradução da CIPE Versão Alfa como parte da série Enfermagem no SUS.</p>	

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
1998	
<p>Execução do projeto e produção dos dados CIPESC.</p>	<p>Em março de 1998, o CIE apresentou, a partir das avaliações recebidas da Versão <i>Alfa</i>, as novas diretrizes para o desenvolvimento de um modelo experimental da Versão <i>Beta</i>.</p>
1999	
<p>Centenas de reuniões de capacitação e de discussão do andamento do projeto por todo o país.</p> <p>Término da coleta de dados fase 1, com publicações na série didática: todos os cenários mostram a diversidade das práticas.</p> <p>Início da análise dos dados.</p>	<p>Disponibilização, a partir de junho de 1999, na <i>homepage</i> do ICN, a Versão <i>Beta</i> 1.</p> <p>Publicação em dezembro de 1999 a CIPE® Versão <i>Beta</i>, para ser submetida ao mesmo processo de avaliação da Versão <i>Alfa</i>.</p>
2000	
<p>Seminários para análise semântica e de discurso.</p> <p>Evento Nacional Sinaden para mostrar os resultados do Cipesec</p>	<p>O ICN estabelece o Programa ICNP®, com três áreas funcionais: comunicação e marketing, investigação e desenvolvimento, e coordenação e gestão do programa.</p> <p>Criado o Comitê de Avaliação e de Processo de Revisão da ICNP®.</p> <p>Publicação do primeiro "ICNP® – Bulletin".</p>
<p>Encaminhamento do Relatório ao ICN via Fundação WK Kellogg.</p> <p>Elaboração do Cipesec 2 (pré-projeto entregue a ABEn)</p>	<p>Nenhuma resposta sobre os termos novos obtidos no Brasil</p>

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
2000-2004	
<p>Divulgação dos resultados parciais e finais.</p> <p>Pesquisadores continuam a utilizar os dados do CIPESC para aprofundar as análises. Publicações em periódicos nacionais.</p> <p>Cipesc torna-se tema de Seminário em disciplina de pós-graduação da EEUSP .</p>	<p>2001 – Publicação da CIPE® Versão <i>Beta 2</i></p> <p>2002 – Criados os Centro Acreditados pelo ICN para investigação e desenvolvimento da CIPE® .</p> <p>2002 – Criação do Grupo de Aconselhamento Estratégico para a CIPE®.</p> <p>Lançamento no site da OMS – Contém fenômenos associados aos encontrados nos cenários brasileiros.</p>
2004	
<p>Cipesc2: ABEn reapresenta no VII Sinaden (2004) a continuidade do projeto.</p> <p>CURITIBA: inaugura a implantação do sistema CIPESC em todo o Município. A primeira e única cidade brasileira a adotar o sistema classificatório.</p>	<p>Publicado a primeira versão <i>draft</i> da CIPE® Versão 1.</p>
2005	
<p>Cipesc é Marca Registrada Pesquisa intensiva no cenário Curitiba</p> <p>Cipesc Curitiba introduz mais bases de dados de fenômenos</p>	<p>Publicação da CIPE® Versão 1.</p>
2006	
<p>Construção da Ferramenta reileitora da face coletiva em Curitiba</p>	

CENÁRIO BRASILEIRO	CENÁRIO INTERNACIONAL
2007	
<p>Alfenas (Minas Gerais), Distrito de Capão Redondo (Município de São Paulo) e o ambulatório do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo manifestam interesse de implantar o sistema CIPESC®.</p> <p>Proposta Nacional de criação de um Centro de Estudos de Nomenclatura CIPE®/ CIPESC®, entidade co- associada a ABEn, cuja finalidade é servir de Colegiado brasileiro de Nomenclatura em enfermagem.</p>	<p>June 2007 – Acreditação do “Centre for ICNP® Research and Development of the Federal University of Paraíba, Post-Graduate Program in Nursing – Brazil Na ICN Accredited Centre” (PPGENF-UFPB ICN Accredited ICNP® Centre).</p>

2. O PROJETO BRASILEIRO: FINALIDADES, CONCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS

Desenvolvido no período de 1996 a 2000, o projeto envolveu centenas de associadas(os) da ABEn ligadas(os) à assistência, docência e pesquisa em enfermagem⁽⁴⁾.

Os quadros 2 e 3 mostram a conformação da diretoria da ABEn Nacional à época em que o projeto CIPESC foi desenvolvido.

Na Associação Brasileira de Enfermagem, por se tratar de questões que são candentes à prática profissional, o projeto CIPESC ficou alocado na Diretoria de Assuntos Profissionais. E, por contar com metodologia científica no seu desenvolvimento, integrou também na subcoordenação a diretoria do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEEn. A primeira permaneceu todo o tempo da pesquisa CIPESC sob a coordenação da Dra. Maria José Moraes Antunes e a segunda diretoria foi exercida pela Dra. Isília Aparecida Silva e, a seguir, pela Dra. Vanda Elisa Felli da Silva.

Quadro 2: Integrantes das diretorias da ABEn Nacional no período de desenvolvimento do projeto CIPESC.

DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM ABEn – NACIONAL		
CARGO	GESTÃO 1995 – 1998	GESTÃO 1998-2001
Presidente	Maria Goretti David Lopes	Eucléa Gomes Vale
Vice-Presidente	Ivete Santos Barreto	Miriam Santos Paiva
Secretária Geral	Isabel dos Reis Silva Oliveira	Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana
Primeira Secretária	Rosilda Silva Dias	Zandra da Silva e Mota
Primeira Tesoureira	Maria Goreti de Lima	Lúcia Campos Ribeiro Della Vechia
Segunda Tesoureira	Maria das Graças Carvalho de Barros	Janete Fernandes
Diretoria de Educação	Ivis Emília de Oliveira Souza	Ivis Emília de Oliveira Souza
Diretoria Científico- Cultural	Mirian Santos Paiva	Flávia Regina Souza Ramos
Diretoria de Assuntos Profissionais	Maria José Moraes Antunes (a)	Maria José Moraes Antunes (a)
Diretoria de Publicações e Comunicação Social	Maria Therezinha Nóbrega Silva	Joel Rolim Mancia
Diretoria do CEPEn	Isília Aparecida Silva (b)	Vanda Elisa Felli da Silva (b)
Conselho Fiscal	Carmem Luci Rodrigues Lopes Lucia Campos Ribeiro Della Vechia José Rocha	Neide Maria Freire Ferraz Carlos Eduardo dos Santos Isabel dos Reis

Quadro 3. Coordenadoras do CIPESC Brasil de 1996 a 2000.

COORDENAÇÃO CENTRAL

Coordenação Central:

Dnda. Maria José Moraes Antunes (1996-2000)

Subcoordenação Geral:

Dra. Isília Aparecida da Silva (1996-1998)

Subcoordenação Geral:

Dra. Vanda Eliza Andres Felli (1998-2000)

Coordenação Técnica:

Dra. Emiko Yoshikawa Egry (1996-2000)

Coordenação de Avaliação:

Dra. Roseni Rosângela Sena (1996-1998)

Assessora Temática:

Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (1996-2000)

Assessora semântica:

Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega e Dra. Telma Ribeiro Garcia (1999-2000)

Assessoria para análise de discurso:

Dra. Márcia Regina Car e Dra. Maria Rita Bertolozzi (1999-2000)

Seis Núcleos foram constituídos para dar suporte às atividades de pesquisa do CIPESC, cada um deles com dois a três cenários. As razões pelas quais o País foi assim dividido serão justificadas na metodologia, mas fundamentalmente tratou-se de descentralizar e constituir regiões de pesquisa, de acordo com a existência de pesquisadores qualificados, principalmente oriundos da academia, da existência de ABEn-Seção fortes e articulação com os serviços, tanto por parte da academia quanto por parte dos serviços.

As pesquisadoras que deram início aos trabalhos, em meados de fevereiro de 1997 foram as Colaboradoras do CIPESC Brasil dos Núcleos A, B, C, D, E e F da primeira fase de 1997.

Núcleo A:

Cenário de Campo Grande (Mato Grosso do Sul): Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski (coordenadora), Ailton Blecha Vidal; Ana Rita Barbieri; Antônio Pedro Ribeiro Vilela; Aparecida Andrade de Lima; Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski; Ivana Andretta; Margarete Knoch Mendonça; Maria da Graça da Silva; Maria de Fátima Meinberg Cheade; Maria Goretti dos Reis; Maria Lúcia Ivo; Sandra Lucia Arantes; Silvia Alves Bonifácio Borgato.

Cenário do Distrito Federal (Brasília): Erlita Rodrigues dos Santos (coordenadora) e Helena Eri Shimizu.

Núcleo B:

Cenário Santarém (Pará): Zandra da Silva e Mota (coordenadora); Maria das Graças Viana Overal e Ângela Maria Rodrigues Ferreira.

Cenário de Goiânia (Goiás): Maria Alves Barbosa (coordenadora); Maria Márcia Bachion; Marcelo Medeiros; Maria Aparecida Veloso; Marisa Aparecida de Souza e Silva; Marinésia Aparecida do Prado e Weder de Oliveira Silva.

Núcleo C:

Cenário de Sobral (Ceará) Maria Vilani Cavalcante Guedes (coordenadora); Lúcia de Fátima da Silva (coordenadora); Nelcinéa Ribeiro Macêdo; Rogena Weaver Noronha Brasil; Maria do Socorro Carneiro Linhares; Maria de Fátima Feitosa Francellino; Maria do Socorro Pereira Teixeira.

Cenário Cabedelo (Paraíba) Maria Miriam Lima da Nóbrega; Maria Clemilde Mouta de Sousa (coordenadora); Telma Ribeiro

Garcia; Maria Dalva de Souza Onofre; Vanessa Cristina de Souza Alvetti Malherbi; Marga Simon Coler; Irani Fernandes de Alencar; Maria de Fátima de Oliveira Coutinho Silva; Maria Rita de Oliveira.

Núcleo D:

Cenário Distrito Sanitário Barra / Rio Vermelho (Salvador – BA): Maria Jenny Silva Araujo (coordenadora); Maria Ângela França; Ieda Maria Santos; Marisa Correia Hirata; Neusa Sander; Norma Carapiá Fagundes; Teresa Cristina Costa; Ariadna Souza da Silva; Moelisa Queiroz dos Santos; Osvlado José dos Santos; Roberta Fonseca Queiroz.

Núcleo E:

Cenário Niterói (Rio de Janeiro): Marcos Otávio Valadão (coordenador); Maria Luiza de Oliveira Teixeira (coordenadora); Marta de Fátima Lima Barbosa; Suely Lopes de Azevedo.

Cenário Distrito Sanitário Oeste de Belo Horizonte (Minas Gerais): Maria Elizabeth Oliveira Silva (coordenadora); Tânia Couto Machado Chianca; Adelaide De Mattia Rocha; Angela Muniz Freire Vinhal; Carmen Cadete Gomes da Silveira; Carmen Conceição Araújo Maia; Lenise Westin Maciel Dornas; Gisele Lúcia Nacur Vianna.

Cenário Ribeirão Preto (São Paulo): Silvana Martins Mishima (coordenadora); Maria Cecília Puntel de Almeida; Sílvia Matumoto; Ione Carvalho Pinto; Maria das Dores do Valle Oba; Maria José Bistafa Pereira; Maria Marcia Leite; Nogueira Domingos; Cinira Magali Fortuna; Pedro Fredemir Palha; Maria Lúcia Rimoli Kemura; Tereza Cristina Scatena Villa.

Cenário São Paulo (São Paulo): Maria Rita Bertolozzi (coordenadora); Anna Maria Chiesa; Lislaine Fracolli; Maria Amélia de Campos Oliveira; Viviane Luiz; Augusta Sato; Eliana Saporoli; Marina Peduzzi; Vanda Elisa Felli; Dora Salcedo, Vanda Elisa Felli; Renata Ferreira Takahashi; Maria Helena Trenchi Ciampone e Isilia Aparecida Silva.

Núcleo F:

Cenário Londrina: (Paraná): Josiane Vívian Camargo de Lima (coordenadora); Brígida Gimenez Carvalho.

Cenário Blumenau (Santa Catarina): Judite Hennemann Bertoncini; Vera Lúcia Guimarães Blank.

Cenário Porto Alegre – Regina Rigatto Witt (coordenadora); Mirna Pedroso; Maria Aparecida Girardi; Vannia Ferretjans; Miriam de Abreu Almeida; Maria Antônia Heck; Ninon Girardon da Rosa; Helena Malerba; Lisiane Girardi Paskulin; Beatriz Regina Lara dos Santos; Rita Maria Heck.

Ao longo dos quase cinco anos de desenvolvimento do projeto e, na medida em que os resultados finais se delineavam, alguns cenários foram fechados por não ter capacidade operacional de realizar a pesquisa de acordo com o cronograma delineado. Foi necessária a incorporação de outros pesquisadores, em virtude da complexidade do tema, aliada à diversificação da análise para compatibilizar o Projeto em tela aos objetivos primeiros do ICN, ou seja, para se constituir uma base classificatória de fenômenos e intervenções.

O denominado Projeto ICN/ABEn/CIPESC – Brasil, como foi chamado inicialmente, estabeleceu três objetivos gerais, que por sua vez contêm vários objetivos específicos apresentados no quadro 4.

2.1 Objetivos Gerais

A. Estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país.

B. Revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no País, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde.

C. Construir um sistema de informação da prática de enfermagem em saúde coletiva no País que permita a sua classificação, troca de experiências e interlocução nacional e internacional.

Quadro 4. Objetivos geral e específicos dos subprojetos A, B e C.

Subprojeto A	Subprojeto B	Subprojeto C
<p>Estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país.</p>	<p>Revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no País, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Construir um sistema de informação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país que permita a sua classificação, troca de experiências e interlocução nacional e internacional.</p>
<p>Estabelecer parcerias com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, instituições de ensino, entidades de enfermagem e de saúde na implantação e implementação do projeto.</p>	<p>Envolver os profissionais de enfermagem dos cenários na discussão da prática de enfermagem e sua adesão às necessidades de saúde da sociedade brasileira.</p>	<p>Conhecer e descrever os processos de trabalho em enfermagem em saúde coletiva, destacando os elementos constitutivos destes no âmbito dos distritos sanitários do SUS.</p>

Subprojeto A	Subprojeto B	Subprojeto C
<p>Definir o staff central e de coordenação dos núcleos.</p>	<p>Realizar eventos para revisar as práticas de enfermagem em saúde coletiva nos níveis local, regional, nacional e internacional.</p>	<p>Levantar a força de trabalho em enfermagem em saúde coletiva, considerando a sua amplitude e a diversidade das práticas desenvolvidas pelas diferentes categorias dos trabalhadores em enfermagem.</p>
<p>Estabelecer mecanismos de articulação e cooperação entre as Seções Estaduais da ABEn, Conselhos Regionais de Enfermagem, unidades de ensino, entidades produtoras de serviços de saúde e pólos dinamizadores em funcionamento da Rede de Enfermagem da América Latina, para a realização das atividades previstas no Projeto.</p>	<p>Identificar as práticas oficiais, extraoficiais e alternativas realizadas pelos profissionais de enfermagem.</p>	<p>Comparar as nomenclaturas utilizadas nas atividades (instrumentos) de enfermagem e as correspondentes ações componentes (marco teórico-prático) mencionadas, descritas e verificadas nos processos de trabalho de enfermagem das diferentes instituições e serviços.</p>
<p>Constituir um grupo de assessores e consultores nacionais e internacionais para monitoramento e avaliação do Projeto.</p>	<p>Conhecer as diversidades regionais do sistema de produção em saúde no País, relacionando-as com os processos de descentralização e de municipalização dos serviços de saúde.</p>	<p>Definir denominadores comuns que alberguem as diferentes práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil.</p>

Subprojeto A	Subprojeto B	Subprojeto C
	Produzir relatórios técnico-analíticos dos eventos realizados.	Validar os denominadores das práticas de enfermagem junto aos agentes dos processos de trabalho em enfermagem
	Subsidiar a construção de indicadores nacionais de avaliação das práticas de enfermagem em saúde coletiva.	Validar os denominadores das práticas de enfermagem junto à equipe de assessores e avaliadores nacionais e internacionais.
	Encaminhar os resultados obtidos para as instâncias formuladoras de políticas do setor saúde. Estabelecer mecanismos para a disseminação e difusão dos resultados do Projeto.	Subsidiar a construção de indicadores nacionais de avaliação das práticas de enfermagem em saúde coletiva.
	Estabelecer mecanismos para a disseminação e difusão dos resultados do Projeto.	Subsidiar a elaboração de documento-base para o encaminhamento de propostas de intervenção junto aos formuladores das políticas do setor saúde.

Fonte: Manual do pesquisador⁽⁹⁾.

2.2. Estratégias metodológicas

Com o objetivo de implementar o projeto de forma descentralizada e considerando a dimensão continental e a diversidade

socioeconômica, cultural e de acesso geográfico do Brasil, para a operacionalização das atividades do projeto, foram definidos Núcleos Regionais compostos pelos estados integrantes. O projeto, com abrangência territorial, estabeleceu uma rede estratégica de comunicação que possibilitou a operacionalização das atividades através de núcleos regionais e locais, superando assim entraves advindos da acentuada diversidade do país, bem como o problema do acesso geográfico.

O Núcleo Central foi constituído por uma equipe técnica coordenadora responsável pela articulação, integração e desenvolvimento do Projeto. Estava ligada à Presidência da ABEn e às diretorias de Assuntos Profissionais (DAP) e do CEPEn (Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem).

Os Núcleos Regionais se mostraram pouco importantes e exceto os contatos iniciais, os demais foram feitos diretamente com os responsáveis pelos cenários. Algumas vezes criou-se uma instância adicional para reuniões quando mais rapidamente poderia acessar diretamente os pesquisadores dos cenários.

2.3. Referencial Teórico-Metodológico

A promulgação da nova Carta Magna (1988) introduziu pela primeira vez os direitos referentes à saúde do cidadão, constituindo posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica 8.080 de 19.09.90⁽⁶⁾ e Lei Orgânica 8.142 de 28.12.90⁽⁷⁾. Pode-se dizer que o projeto CIPESC inaugurou a entrada oficial da ABEn na era SUS, buscando revisitar as práticas, ação coletiva necessária para a mudança paradigmática no campo da saúde: conceitos e perspectivas novas ensejam instrumentos renovados!

No projeto, iniciamos conceituando o SUS: "Sistema Único de Saúde (SUS) é compreendido como a organização de novas práticas e serviços que possam enfrentar com eficiência e eficácia os problemas de saúde da população, cuja base operativa – o Distrito Sanitário – é o espaço onde se processam tais mudanças"⁽⁸⁾.

A criação de novas práticas em saúde exige o repensar crítico acerca do processo de trabalho em saúde. Compreende-se por **processo de trabalho** a atividade humana socialmente constituída, revestida de intencionalidade de determinada consciência que preside o processo, da socialidade – onde o trabalho humano é guiado por necessidades suas e as dos outros grupos sociais, e a historicidade, entendida como a dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos através de seus trabalhos ⁽⁵⁾.

De acordo com Nemes ⁽⁹⁾:

[...] o saber é uma intelecção anterior ao momento de trabalho; os objetos do trabalho não são dados, mas pensados pelo saber; cada objeto de trabalho contém a necessidade social que gerou o trabalho; os agentes, os objetos e os instrumentos de trabalho são momentos de um só conjunto que realiza interna e externamente as necessidades de reprodução social.

Dito de forma quase esquematizada, os elementos constituintes do processo de trabalho, neste caso, que se articulam dialeticamente entre si, são: a finalidade, os meios e o objeto.

Assim como em outros processos de trabalho, o da enfermagem não é unívoco, no sentido da existência de um único Objeto demandando Finalidades, Meios e Instrumentos. Ao contrário, podem-se verificar distintos processos, os mais conhecidos são denominados de assistir/cuidar, de gerenciar, de pesquisar, e de qualificar e requalificar a força de trabalho.

Historicamente, o trabalho em saúde organizou-se em dois pólos, tendo por referência os objetos, os saberes e as práticas de intervenção distintos: o modelo clínico e o modelo epidemiológico⁽¹⁰⁾.

O primeiro, hegemônico no conjunto das práticas de saúde, tem como objeto de trabalho o corpo anátomofisiológico e é instrumentalizado pelo conhecimento clínico e centrado no atendimento individual à demanda espontânea. A intervenção fundamentada na clínica, ainda que relativamente eficaz para a solução de problemas individuais,

não tem sido capaz de responder aos problemas coletivos existentes e aos novos problemas de saúde que surgem decorrentes das transformações nos modos de produção. O modelo epidemiológico, historicamente subordinado, apreende coletivamente o processo saúde e doença, incluindo a análise da probabilidade de ocorrência de um evento mórbido na população, além de fundamentar as intervenções que ultrapassam o plano individual ⁽¹¹⁾.

É necessário um esforço para reestruturar a atenção à saúde nas unidades de saúde de modo que progressivamente incorpore a base epidemiológica aos modelos assistenciais ⁽¹¹⁾. Nessa perspectiva, o modelo assistencial coerente com as propostas da reforma sanitária deverá ser epidemiologicamente orientado, estruturando o atendimento com base nos perfis epidemiológicos dos grupos homogêneos da população ⁽¹¹⁾.

A análise da institucionalização da Enfermagem como profissão permite visualizá-la como decorrente do trabalho médico, constituindo-lhe um meio de trabalho e possibilitando a identificação do doente como o seu objeto de trabalho nos diferentes campos de prática. Conseqüentemente, a organização do processo de trabalho em enfermagem tem sido realizada dentro do modelo clínico de atenção. No âmbito dos serviços básicos de saúde predominam as ações de caráter individual, biologizantes e fracionárias ⁽¹²⁾.

As transformações requeridas no âmbito das práticas de enfermagem demandadas por novos modelos assistenciais oriundos da implantação do SUS reforçam a necessidade de compreensão crítica dos marcos teórico-conceituais que regem o trabalho em saúde.

Os conceitos de saúde pública, atenção primária e saúde coletiva atualizam as formas de nomenclatura, mas guardam distinções muito mais profundas que precisam ser desveladas. As diferenças, na sua essência, referem-se aos paradigmas adotados, melhor dizendo, às mudanças paradigmáticas decorrentes da introdução de novas maneiras de visualizar o mundo e, portanto, de conceber a sociedade, o trabalho, o ser humano, a saúde e a enfermagem, entre outros ⁽¹³⁾.

A compreensão mais precisa do significado de saúde coletiva tem sido debatida, principalmente por pesquisadores da América Latina (14, 15, 16, 17, 18, 19).

Por saúde coletiva, para Breilh⁽²⁰⁾, significa “um termo vinculado ao esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é objeto da ação, dos métodos para estudar esta realidade e das formas da *práxis* que se requerem”.

Foi nesta concepção, entendendo-a como **concepção-horizonte**, que o Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil marcou os limites e as possibilidades oriundas do reexame das práticas de enfermagem em saúde coletiva operadas no Brasil, no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde.

Por advogar a importância e a necessidade de que a investigação seria revestida de um caráter interventivo na transformação do saber-fazer dos seus agentes, a revisão-pesquisa da prática de enfermagem em saúde coletiva foi norteada também pelo princípio da partilha e da participação dos pesquisados e pesquisadores dentro das possibilidades técnico-estratégico-operacionais de cada cenário, Estados e Regiões ⁽⁵⁾.

Os marcos teórico-metodológicos acima referidos permitiram configurar as categorias analíticas expostas a seguir, conforme referido no Manual do Pesquisador ⁽⁵⁾:

Categorias analíticas

Trabalho: *elementos constituintes do processo, formas de organização, infraestrutura, recursos humanos.*

Força de Trabalho: *composição, estruturação, organização, programas e estratégias de qualificação.*

Educação: *organização interna dos serviços para responder às necessidades de qualificação da força de trabalho e articulação com as instituições de ensino e pesquisa.*

Modelo assistencial: *propostas teóricas de concretização, ou seja, a forma como está organizada a assistência e suas bases teórico-conceituais para a implantação do SUS.*

Enfermagem: *teorias e marcos teóricos que embasam a prática; concretização da prática, obstáculos para a expansão das ações de enfermagem; parâmetros de avaliação da qualidade do trabalho e indicadores de avaliação; produção e reprodução de conhecimentos.*

Perfis epidemiológicos: *da população do Cenário; processos de produção e reprodução social; indicadores demográficos; perfis de morbidade e mortalidade; mapeamento dos grupos homogêneos.*

Segundo Minayo ⁽²¹⁾ entende-se por categorias analíticas:

[...] aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação. As empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.

Assim, a complexidade do trabalho da enfermagem nos cenários foi compreendida enquanto parte de um processo de produção em saúde, ou seja, no conjunto dos processos de trabalho conduzidos pelos serviços (formais e não formais). A partir da realidade vasculhada através das categorias analíticas, as categorias empíricas foram abertas. Estas, por sua vez, foram retiradas da descrição qualitativa e quantitativa das ações que compõem os processos de trabalho, situados empiricamente nos seus elementos constitutivos e, novamente, referentes ao processo de produção em saúde dos cenários. As categorias empíricas, em seu conjunto (de todos os cenários), compuseram a totalização provisória da prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil ⁽⁶⁾.

Nesse Projeto, o empírico foi capturado em sua dinamicidade, a partir de dados que compunham tanto a quantidade como a qualidade da prática. Interessava naquele momento, principalmente, a descrição

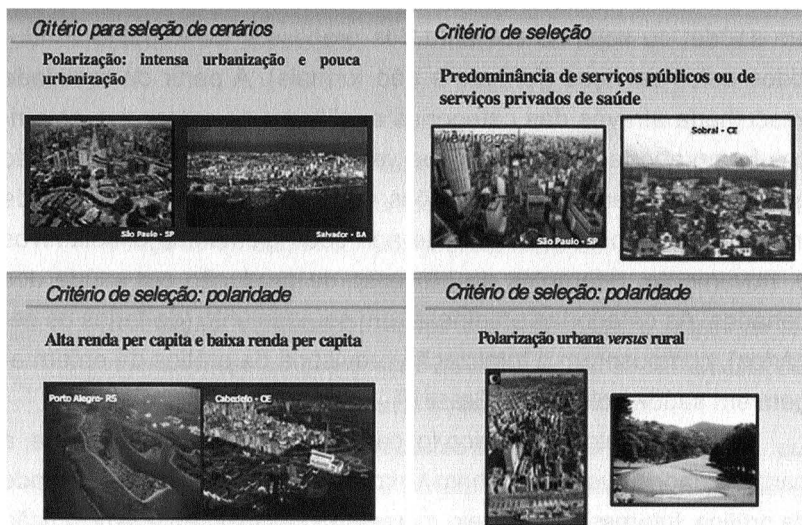
qualitativa das ações, no entanto, como o impacto junto à coletividade é dado pelo volume, a quantificação também se tornou necessária.

A complexidade da coleta, análise e descrição de dados, bem como a necessidade da observação rigorosa da metodologia científica para a validação dos resultados, limitaram quantitativamente os cenários de estudo, por eles estarem diretamente dependentes da existência de pesquisadores qualificados ou imediatamente qualificáveis. Assim, a pequena quantidade de cenários que foram contemplados nesta fase se deve exclusivamente a esta limitação: rigorosidade na coleta e análise x tempo de execução do Projeto.

Cenário foi considerado como o espaço geopolítico-econômico e social onde as práticas de enfermagem ocorrem, dependentes intrinsecamente dos processos de produção da sociedade em geral e da saúde em particular, na sua constituição histórica e dinâmica ⁽⁵⁾.

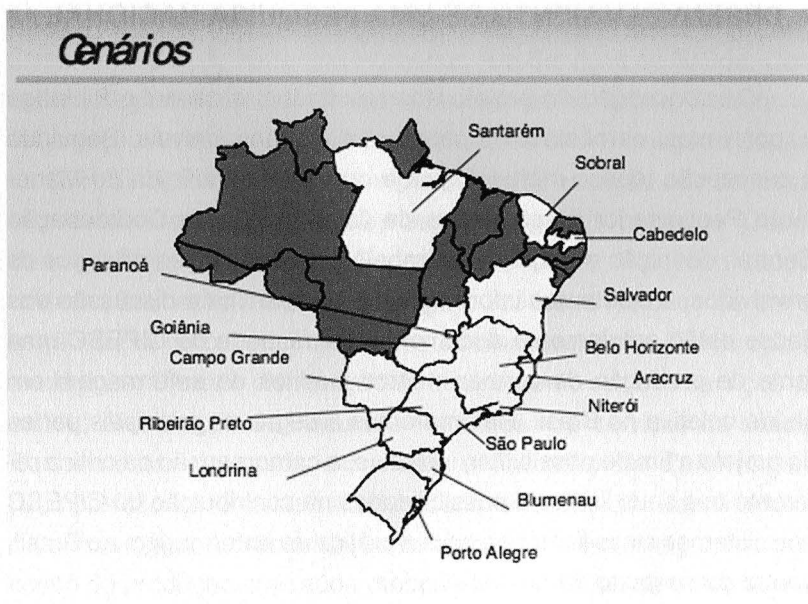
Assim, buscou-se escolher cenários de pesquisa (Figura 1) que permitissem identificar a mais ampla diversidade possível da prática de enfermagem em diferentes contextos de organização de serviços de saúde e diferentes perfis demográficos- sociais-epidemiológicos.

Figura 1. Critério de escolha dos cenários: as diversidades



Os critérios [Polarização urbano *versus* rural; Polarização da municipalização intensa *versus* incipiente; Predominância de serviço público *versus* serviço privado; e Renda *per capita* elevada e renda *per capita* baixa] iniciais definidos pela equipe coordenadora basearam-se na dimensão continental do país, na diversidade socioeconômica e cultural das regiões brasileiras, na facilidade de acesso geográfico para os pesquisadores e na existência e suporte para o projeto mediante parcerias com as Escolas de Enfermagem e Seções Estaduais da ABEn ⁽⁵⁾.

Figura 2. Cenários escolhidos



Os Cenários escolhidos (Figura 2) foram:

1. Aracruz–Espírito Santo
2. Belo Horizonte (parte do Município)–Minas Gerais
3. Blumenau–Santa Catarina
4. Brasília (parte do Distrito Federal)

5. Cabedelo–Paraíba
6. Campo Grande (parte do Município) –Mato Grosso do Sul
7. Goiânia (parte do Município) – Goiás
8. Londrina (parte do Município) – Paraná
9. Niterói (parte do Município)–Rio de Janeiro
10. Porto Alegre (parte do Município)– Rio Grande do Sul
11. Ribeirão Preto (parte do Município) – São Paulo
12. Salvador (parte do Município) –Bahia
13. Santarém (parte do Município) –Pará
14. São Paulo (parte do Município) -São Paulo
15. Sobral – Ceará

3. DESENVOLVIMENTO DE UMA PESQUISA NACIONAL

Da concepção do projeto aos resultados, o caminho foi longo e, por vezes, os obstáculos pareceram intransponíveis. Seguindo a concepção teórico-metodológica e operacional definida no Manual do Pesquisador ⁽⁵⁾, as etapas de Organização da Coordenação Central, definição da equipe de trabalho, a capacitação de todos os envolvidos, a coleta das informações e compartilhamento e discussão dos dados estão amplamente documentados, fazendo do CIPESC uma fonte de produção de conhecimentos inéditos da enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Retomaremos a seguir as principais partes do projeto a fim de possibilitar, inclusive, a compreensão da crítica referente aos seus limites e possibilidades na contribuição do CIPESC aos sistemas classificatórios para a prática da enfermagem no Brasil, dentro do contexto da América Latina.

Os dados foram provenientes de duas fontes principais:

A **Fonte primária** constituída por: entrevistas com os trabalhadores das diferentes categorias profissionais existentes nos cenários (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem) utilizando-se de um *check-list* contendo as ações mais usualmente desenvolvidas nos serviços extrainternação; entrevistas com gerentes e gestores, utilizando-se de roteiros para entrevista

semiestruturada; e grupo focal com subgrupos de enfermeiros e de demais trabalhadores da enfermagem e gestores com formação em enfermagem de nível superior.

A **Fonte secundária** constituída por: **Dados documentais** – Leis Orgânicas da Saúde – nacionais, estaduais e municipais/ Norma Operacional Básica 01/96; Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde; Classificação dos procedimentos para pagamento do SUS (Portaria DOU 14.07.96); Documentos elaborados pela ABEn e pesquisadores da enfermagem brasileira; Lei do Exercício Profissional de Enfermagem; Código de Ética da Enfermagem; Sistemas Classificatórios Internacionais da Prática de Enfermagem]; **Dados Estatísticos** [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Banco Mundial; Instituto de Pesquisa Econômico e Administração (IPEA); Departamentos de Recursos Humanos dos Serviços de Saúde; Conselhos Regionais de Enfermagem; Secretarias de Saúde; Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS); Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS); Outros estudos e pesquisas]; Descrição dos cenários, através da **Caracterização dos aspectos gerais cenários** [Dados demográficos; Econômicos; Geográficos; Sociais; Processo saúde/doença; Educação, renda e ocupação; Processo histórico de construção social do cenário], **Aspectos sócios-sanitários** [Perfis epidemiológicos; Oferta e distribuição de equipamento social e serviços de saúde; Distribuição de Recursos Humanos nos serviços de saúde; Equipamentos de saúde existentes] e **Trabalho da Enfermagem** [Composição da força de trabalho; Caracterização dos trabalhadores de enfermagem; Caracterização do trabalho da enfermagem no processo de produção em saúde do cenário; Atividades de enfermagem realizadas no nível local; Apreciação dos gestores e gerentes acerca do trabalho da enfermagem].

A análise dos dados, de acordo com o tipo foi quantitativa e qualitativa, cabendo ressaltar que cumprindo a metodologia estabelecida, a **análise totalizante/ dialetizada** – foi realizada considerando-se a articulação dos dados qualitativos e quantitativos de acordo com as categorias de análise definidas para o estudo.

4. RESULTADOS: A MARCA REGISTRADA

O perfil dos 115 pesquisadores participantes mostra: 95% mulheres, na faixa etária de 41 a 50 anos, graduadas em enfermagem há 15 anos, com carga horária de trabalho profissional de 40 horas semanais; 35% vinculadas a serviços públicos de saúde e 65% à docência e pesquisa. A maioria tem mestrado e ou está inserido em programa de mestrado e 12% concluíram o doutorado⁽²²⁾. Esses dados foram coletados utilizando-se de 10 instrumentos de pesquisa em 15 cenários.

A prática de enfermagem foi revisitada a partir de três conjuntos de dados: documentos oficiais e legais, *check-list* das atividades desenvolvidas e dados qualitativos das representações sociais acerca da prática, obtidos através de estratégia de grupos focais.

A Classificação das Práticas de Enfermagem, entendendo-a como uma totalidade-parte do trabalho da enfermagem, buscou verificar a organização tecnológica da prática de enfermagem, apreendendo-a na sua relação com os outros trabalhos da saúde e na sociedade capitalista. A análise foi feita a partir dos processos de trabalho em saúde, no qual a enfermagem se insere, permite apreensão das contradições e da dinâmica, numa realidade concreta, abrindo as vulnerabilidade²⁹ para as transformações.

A investigação mostrou que há enorme variabilidade das práticas de enfermagem realizadas pelas distintas categorias de trabalhadores de enfermagem e estas práticas dependem do contexto e da estrutura do sistema de saúde do cenário, das necessidades da população e do estágio em que se encontra o processo de municipalização.

4.1 Resultados da análise das práticas na vertente dos processos de trabalho

Particularmente, o estudo dos instrumentos de trabalho, empregado pelos enfermeiros em sua prática, propiciou informações pertinentes

29 A Vulnerabilidade neste caso, adquire o sentido emitido no texto de Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996⁽¹³⁾.

para análise de sua adequação ao objeto e a sua finalidade. 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 do setor saúde.

A participação brasileira, através da ABEn, no Projeto de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem do ICN, representou uma estratégia importante para descrever e categorizar as ações de enfermagem e seus resultados.

A análise das intervenções permitiu revelar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no âmbito do subsistema do setor saúde.

Possibilitou a produção de uma nomenclatura de enfermagem em saúde coletiva e a construção da classificação das práticas de enfermagem neste âmbito. Textos de apoio foram elaborados com a finalidade de instrumentalizar os pesquisadores acerca dos marcos teóricos e metodológicos da pesquisa, alguns deles já divulgados mais amplamente pela Associação Brasileira de Enfermagem, sob a forma de Série Didática: Enfermagem no SUS, contando com o auxílio financeiro da Fundação W.K. Kellogg.

O Objeto da Atenção, sobre o qual incide o trabalho da enfermagem, foi aproximado através da dialética do indivíduo *versus* coletivo e as práticas peculiares que definem o momento mais Individual ou mais Coletivo, nos processos de intervenção.

4.2 Resultados da análise das práticas na vertente produção de uma nomenclatura de enfermagem em saúde coletiva³⁰

A vertente de resultados a produção de uma nomenclatura de enfermagem em saúde coletiva, teve como objeto o vocabulário utilizado na prática de saúde coletiva pelos diferentes componentes da equipe de enfermagem. A metodologia empregada para se identificar

30 Extraído do Relatório de autoria de Telma Ribeiro Garcia e Maria Miriam Lima da Nóbrega: PROJETO CIPESC – CIE/ABEn: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva ⁽²³⁾

esse vocabulário especial era compatível com o objetivo do CIE de desenvolver um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem (fenômenos, ações e resultados), de modo a sistematizar uma linguagem específica que descreva essa prática – a CIPE. Era compatível também com a abordagem empregada pelo CIE no desenvolvimento da CIPE, em que foram utilizadas categorias linguísticas como a estrutura básica a partir da qual os fenômenos e ações de enfermagem foram organizados ⁽²⁴⁾.

A finalidade dessa vertente de resultados foi a de contribuir para a confirmação de termos (entidades léxicas) já identificados e/ou para a identificação de novos termos que pudessem expandir a CIPE®. Como objetivos específicos foram estabelecidos os de: identificar os termos empregados no Brasil, no campo da saúde coletiva, que caracterizam a linguagem especial da enfermagem; realizar uma análise dos termos identificados, a partir dos campos semânticos de fenômenos e ações de enfermagem propostos na CIPE® – versão *Beta*; e comparar os resultados obtidos com os sistemas de classificação de fenômenos e ações da CIPE® – versão *Beta* para identificação de termos incluídos e não incluídos.

4.2.1 Elaboração do Inventário Vocabular de Fenômenos e Ações de Enfermagem em Saúde Coletiva

Durante a segunda etapa de coleta de dados do projeto CI-PESC – CIE/ABEn, foram realizadas, nos quinze diferentes cenários de pesquisa, 90 reuniões utilizando-se a técnica de grupos focais, envolvendo a participação de 720 componentes da equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários; e 165 entrevistas individuais com gerentes de unidades básicas, gestores e representantes de entidades ligadas à saúde e à enfermagem ⁽²²⁾.

Para a realização do inventário vocabular da linguagem especial da enfermagem, enviou-se para todos os cenários uma orientação de como proceder para escolher e recortar as unidades de análise. Para

normalizar o discurso, recomendou-se uma leitura atenta do material transcrito dos grupos focais e das entrevistas; a colocação entre parênteses das questões introdutórias, das apresentações individuais, das observações paralelas, das hesitações/repetições de fala, dos vícios de linguagem, entre outros, que “poluíam” os textos; e a exclusão posterior de tudo aquilo que havia sido colocado entre parênteses.

Tendo em vista que o objetivo era o de construir um inventário vocabular da prática em da saúde coletiva, as unidades temáticas deveriam limitar-se a termos que indicassem os fenômenos e as ações que constituem a linguagem especial de enfermagem nesse campo. Para a identificação e recorte dessas unidades de análise, orientaram-se os seguintes passos: reler o material resultante da etapa anterior, destacando (fosse sublinhando, ou usando um marcador de texto) os substantivos e os verbos, mais os complementos nominais e complementos verbais, quando presentes, e fazer uma listagem simples de tudo aquilo que havia sido destacado nos textos.

Essas orientações foram reforçadas em oficina de trabalho realizada por ocasião do 10º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), ocorrido em Gramado – RS, em maio de 1999, ocasião em que se fez uma exposição para o grupo de participantes do projeto e do método a ser usado nessa vertente de análise e um treinamento do grupo para escolha e recorte das unidades de análise no material resultante dos grupos focais, marcando-se um prazo para recebimento dos dados dos diversos cenários.

Constituíram, pois, o *corpus* de análise dessa vertente de resultados as unidades temáticas consideradas *ad hoc* como pertinentes e recortadas dos dados transcritos de quarenta e nove reuniões de grupos focais, realizadas em quatorze dos cenários do projeto, conforme especificado no quadro 5.

Após o recebimento do material dos cenários, realizou-se outra oficina de trabalho, em Belo Horizonte – MG, em julho de 1999, com a participação de quatro integrantes da Coordenação Técnica do CIPESC – CIE/ABEn e de quatro das pesquisadoras do projeto. Essa oficina teve como finalidades: fazer uma comparação entre o material

transcrito dos grupos focais e o recorte das unidades de análise feito pelos pesquisadores dos cenários; elaborar, por cenário e categoria da força de trabalho de enfermagem, a listagem de fenômenos e ações de enfermagem; e fazer a validação do conteúdo dessas listagens, por comparação com o material transcrito dos grupos focais.

Quadro 5. Distribuição dos resultados recebidos dos grupos focais por cenários do projeto CIPESC – CIE/ABEn e componentes da força de trabalho em enfermagem. Brasil, 1999.

CENÁRIOS	GF* – Enfermeiros	GF – Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	GF – Agentes Comunitários de Saúde
Aracruz	1	1	--
Belo Horizonte	3	2	--
Blumenau	1	1	--
Cabedelo	3	1	1
Campo Grande	1	1	--
Distrito Federal	2	2	--
Goiânia	2	1	--
Londrina	2	1	--
Niterói	1	1	--
Porto Alegre	2	1	--
Ribeirão Preto	5	5	--
Salvador	2	1	--
São Paulo	2	--	--
Sobral	1	2	--
TOTAL	28	20	1

Legenda: GF – Grupo focal

Durante a análise e refinamento dos termos identificados, foram feitos, subsequentemente, a conferência e o ajuste de todo o material resultante da oficina de Belo Horizonte; a escolha e recorte de unidades de análise de alguns cenários que enviaram o material posteriormente àquela oficina; a elaboração de uma “listagem bruta” de fenômenos e ações de enfermagem, por componente da força de trabalho; a elaboração, ainda por componente da força de trabalho, de listagem de fenômenos e ações em ordem alfabética, para identificação e retirada das repetições; a elaboração de uma

listagem única (não mais por componentes da força de trabalho) de fenômenos e ações de enfermagem, com nova retirada de repetições; a categorização dos fenômenos, utilizando-se como referencial os eixos propostos na CIPE® – versão *Beta*. Quanto à categorização das ações, o processo não foi totalmente concluído e o que foi apresentado no relatório final é uma listagem que, reconhecidamente, ainda necessita ser refinada ⁽²³⁾.

4.2.2 Resultados da categorização de fenômenos de enfermagem

Conforme já afirmado, a categorização de fenômenos foi feita a partir dos eixos apresentados na CIPE® – versão *Beta* ⁽²⁵⁾. O CIE considera **fenômeno de enfermagem** como “*aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem*”. A classificação de fenômenos de enfermagem está organizada em oito eixos distintos: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia (região anatômica), lugar do corpo (posição ou localização anatômica), probabilidade e portador.

Foco da prática de enfermagem é definido como “a área de atenção conforme descrita pelos mandatos sociais e pelas estruturas profissionais e conceituais da prática profissional de enfermagem” ⁽²⁵⁾. Como exemplo de mandato social, podemos citar a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética da Enfermagem; como exemplo de estrutura profissional, a composição da equipe de enfermagem, em que cada elemento possui diferentes graus de habilitação e de competência legal.

Para um melhor entendimento do que seja **fenômeno de enfermagem** e **foco da prática de enfermagem** na visão do CIE, consideramos importante rever a definição do conceito **Enfermagem** assumida por aquela entidade:

Enfermagem, como uma parte integral do sistema de cuidado da saúde, envolve a promoção da saúde, prevenção da doença, e o

cuidado do fisicamente e mentalmente doente e de pessoas de todas as idades com deficiências/limitações/incapacidades, em todos os ambientes de cuidado ou outros ambientes comunitários. Dentro deste amplo espectro de cuidado de saúde, os fenômenos de interesse particular para as enfermeiras são as respostas de indivíduos, famílias e grupos a problemas de saúde reais ou potenciais (ênfase acrescida). Essas respostas humanas variam amplamente de reações de restauração da saúde a um episódio individual de doença, para o desenvolvimento de políticas de longo prazo de promoção da saúde da população (25).

Essas diferentes definições exemplificam algumas das dificuldades de ordem conceitual e semântica com que nos deparamos durante o exercício de categorização dos termos identificados no discurso da força de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. Na CIPE® Versão Beta encontramos incluídos no eixo foco da prática de enfermagem conceitos como “aeroporto”, como subcategoria, sucessivamente, de “vias de transporte”, “infraestrutura”, “meio ambiente construído pelo homem”. O conceito aeroporto pode ser considerado um “aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem”, ou uma “resposta humana a problemas de saúde reais ou potenciais”? Certamente, não. Mas, o aeroporto pode ser o **local** onde é desenvolvida, por exemplo, uma ação de “vigilância epidemiológica”, que teria como foco da prática de enfermagem uma provável “epidemia”, e não o aeroporto em si. Em suma, aeroporto é um fenômeno de enfermagem?

Outro aspecto que, de certa forma, dificultou a categorização foi a mudança ocorrida na definição dos fenômenos, entre a Versão Alfa (26) e a Versão Beta (25). Na Versão Alfa, a definição utilizava a expressão “fenômeno de enfermagem pertencente/relacionado a”, indicando sua vinculação com o fenômeno imediatamente acima. Na versão Beta, embora se mantenha o mesmo tipo de vinculação, utiliza-se a expressão “é um tipo de”, o que, para alguns fenômenos pode se afigurar um tanto incoerente. Como exemplo, perguntamos se aborto é “um tipo de gestação”. A resposta mais provável seria

que não. Entretanto, o aborto é um fenômeno que está relacionado à gestação, vez que é um dos modos como esta pode terminar. Consideramos necessário que o CIE reveja essa questão, para facilitar tanto a compreensão e utilização dessa classificação na prática, assim como a adição de novos termos.

No processo de categorização dos dados do CIPESC – CIE/ABEn foram encontradas três ordens de possíveis fenômenos de enfermagem ⁽²³⁾:

- existentes na CIPE® Versão *Beta* e identificados no discurso da força de trabalho de enfermagem, às vezes, não com a mesma terminologia empregada pelo CIE, mas com significado igual;
- não existentes na CIPE® Versão *Beta* e identificados no discurso da força de trabalho de enfermagem;
- existentes na CIPE® Versão *Beta*, identificados no discurso da força de trabalho de enfermagem, mas categorizados em campos semânticos diferentes dos da CIPE® Versão *Beta*.

Na apresentação dos dados do eixo **foco da prática de enfermagem**, houve a necessidade de incluir ainda, para maior clareza de como os campos semânticos se estruturam, termos incluídos na CIPE® Versão *Beta* e não identificados no discurso da força de trabalho de enfermagem; e termos não incluídos na CIPE® Versão *Beta* e não identificados no discurso da força de trabalho de enfermagem. O inventário vocabular possibilitou a identificação de 245 fenômenos de enfermagem no eixo *foco da prática de enfermagem* da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE® Versão *Beta*, dos quais 152 eram termos já incluídos e 179 eram termos não incluídos nessa classificação ⁽²³⁾. Durante o processo de definição de termos ⁽²⁷⁾, os 152 termos já incluídos na Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE® diminuíram para 145 e os 179 termos não incluídos se reduziram a 100, haja vista que o significado de 79 deles era igual ou semelhante.

4.2.3 Resultados da categorização de ações de enfermagem

O CIE considera **ação de enfermagem** como “*desempenho (behavior) de enfermeiras na prática*”; por sua vez, **intervenção de enfermagem** é definida como “a ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, de modo a Versão Beta foram reavaliados posteriormente, o que produzir um resultado de enfermagem”⁽²⁵⁾. Deduz-se dessas definições que, embora toda intervenção de enfermagem possa ser considerada uma ação de enfermagem, nem toda ação de enfermagem corresponde necessariamente a uma intervenção de enfermagem⁽²⁸⁾. Ou seja, se estamos tratando de uma classificação de ações de enfermagem, abre-se com essas definições a possibilidade de inclusão de termos ou enunciados que expressam dois tipos distintos de ações constitutivas do *fazer* da força de trabalho de enfermagem na prática: ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem e relacionadas, portanto, ao cuidado direto de enfermagem; e ações realizadas a partir de outras funções assumidas por componentes da equipe de enfermagem, a exemplo daquelas relacionadas ao gerenciamento/organização do fazer de enfermagem.

Partindo desse entendimento, foram apresentados os resultados preliminares da categorização dos dados do projeto CIPESC – CIE/ABEn no que diz respeito às ações de enfermagem, divididos nas duas possibilidades: ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, esteja ele implícito ou explícito; e ações executadas a partir de outras funções assumidas por componentes da equipe de enfermagem⁽²³⁾. Conforme já afirmado, esse processo não foi totalmente concluído e a listagem ainda requer refinamento e análise minuciosa.

Na CIPE® Versão *Beta*, a classificação de ações de enfermagem está organizada em oito eixos distintos: tipo de ação, alvo, métodos, tempo, topologia, localização, vias e beneficiário. **Tipo de ação** é definido como “o ato representado por uma ação de enfermagem”⁽²⁵⁾. Esse eixo foi organizado a partir de cinco conceitos centrais – atender, desempenhar, gerenciar, informar, observar – os quais foram utilizados para realizar a categorização preliminar dos dados do CIPESC – CIE/ABEn.

O inventário vocabular possibilitou também a identificação de 3.479 ações de enfermagem, distribuídas em dois grupos: ações de enfermagem realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem (2.754) e ações executadas a partir de outras funções assumidas por componentes da equipe de enfermagem de unidades básicas de saúde (725) ⁽²³⁾.

Os resultados desta análise encontram-se publicados na versão original ⁽²⁹⁾ e republicada em 2010 ⁽²³⁾. Este material foi utilizado como base para a Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de enfermagem da Rede Básica de Saúde de Curitiba – Paraná ⁽³⁰⁾.

5. CIPESC UMA ARQUITETURA BRASILEIRA DE CLASSIFICAÇÃO: CIPESCAR É PRECISO...³¹

O CIPESC é uma arquitetura brasileira de classificação das práticas de enfermagem em construção. O movimento da saúde coletiva latinoamericano no qual se insere a enfermagem em saúde coletiva (provisoriamente denominado extrainternação) do Brasil, através deste projeto (e não exclusivamente), pode se orgulhar de revisitar criticamente sua prática. Ao mesmo tempo, exige um alto grau de responsabilidade ao apresentar estes novos conhecimentos para a comunidade internacional.

Cipescar ⁽³¹⁾ é um verbo não demasiado exagerado para descrever o processo que tomou conta desta produção ímpar de conhecimento. Mas e sobretudo, não se trata de um processo investigativo e sim muito mais interventivo posto que no seu desenvolvimento contou com a necessária intervenção e transformação da prática observando-se a vertente da práxis, ou seja, caminhando da teoria para a prática e novamente revisitando a teoria sob os refletores das contradições existentes na realidade de produção dos serviços.

Cipescar é um trabalho coletivo, desde o desenho do projeto, passando pela escolha dos cenários, a capacitação dos pesquisadores, o envolvimento dos pesquisados, a compartilha dos resultados parciais

31 Texto extraído integralmente do Relatório Final da autoria de Egrý ⁽³¹⁾ "Cipescando pelo Brasil agora..."

e finais, a produção de textos de apoio, a divulgação dos resultados e até a coalisão do que se imaginava impossível – o olhar da saúde coletiva (totalizante, da lógica dialética) e o sistema classificatório (semântico, da lógica formal). Um trabalho coletivo para ser digno deste nome é um trabalho participativo, congregando a academia, os serviços e a Associação Brasileira de Enfermagem, no qual a estratégia mobilizadora obteve o principal resultado: a instauração de um processo gradual de repensar a prática da enfermagem extrainternação nos mais distintos cenários do Brasil, consideradas a dinâmica e a historicidade de sua produção social e de saúde.

Por isso, *cipescar* é participação, ao mesmo tempo em que possibilita a compreensão das desigualdades de poderes, visualiza as contradições entre propósitos ou planos e a prática, a formulação e a execução das políticas, dando potência aos exercentes, abrindo os canais de transformação das práticas e teorias em saúde coletiva, através da visibilização das práticas, ou seja, gerando a politicidade da categoria da enfermagem.

Cipescar é preciso para continuar a perspectiva crítica da Enfermagem...

As possibilidades de superação das contradições do trabalho da enfermagem – sempre na perspectiva de totalidade-parte do processo de produção em saúde – pressupõem a verificação das diferentes dimensões nas quais toda a prática está envolta.

6. RESULTADOS DO PROJETO³²: QUANTO ESTAMOS CIPESCANDO?

Foram muitos os resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto CIPESC, muitos dos quais não esperados no projeto original.

32 Texto extraído do trabalho apresentado no XIII EnfNordeste de autoria de Nóbrega, Silva e Antunes. CIPESC – um instrumento para sistematizar a prática de enfermagem, 2003 ⁽³²⁾.

Entre esses resultados podemos citar o interesse das Escolas de Graduação em Enfermagem, nas publicações do projeto, que estão sendo utilizadas como bibliografia básica; a tradução da CIPE® Versão Alfa para o português do Brasil; consolidação de um grupo interinstitucional (escolas de enfermagem e serviços de saúde pública) que vem desenvolvendo o projeto e ampliando as discussões sobre o trabalho da enfermagem em saúde coletiva nos cenários de em Ribeirão Preto, Brasília, Londrina, Goiânia, Niterói, Salvador e Vitória; interesse dos enfermeiros das instituições envolvidas em criar um espaço de discussão sobre sua prática de trabalho, articulados pela ABEn; a integração das universidades com serviços de saúde, pesquisadores e alunos; participação dos gestores de saúde nas discussões do trabalho da enfermagem em saúde coletiva.

As alternativas adotadas pela Coordenação Geral do CIPESC para disseminação do projeto e seus resultados no país ⁽⁴⁾ foram: as publicações da Série Didática: Enfermagem no SUS e a divulgação de trabalhos em eventos. No que diz respeito às publicações podemos citar:

A) Em 1997, o lançamento da Série Didática: Enfermagem no SUS com quatro publicações:

1. *Manual do pesquisador do CIPESC* ⁽⁵⁾;
2. *O uso do diagnóstico na prática de enfermagem*⁽³³⁾;
3. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE – Versão Alfa, em Português* ⁽²⁶⁾;
4. *A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social* ⁽³⁴⁾.

B) Em 1999, foi lançado mais dois volumes da Série Didática: Enfermagem no SUS:

1. *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC- Brasil*, contendo relatos preliminares do trabalho da Enfermagem encontrado nos cenários

pesquisadores e textos relativos à pesquisa qualitativa e ao processo de trabalho da Enfermagem brasileira ⁽²²⁾.

2. Síntese bilingue (inglês/espanhol) da publicação *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC- Brasil*, que foi lançada em outubro, durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem da ABEn, que ocorreu concomitante ao 10º Congresso Pan-americano de Enfermería, em Florianópolis, Santa Catarina ⁽³⁵⁾.
- C) Em setembro de 2000 foi lançada a última publicação da Série Didática: Enfermagem no SUS:
1. *Anais do Simpósio internacional da Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva*, realizado em João Pessoa – PB, contendo a listagem dos fenômenos e intervenções identificadas no projeto ⁽²⁹⁾.

No que diz respeito às divulgações, o projeto foi apresentado em diversos eventos nacionais e internacionais. Entre os eventos internacionais, podemos citar os realizados no Canadá, em 1997; Portugal, em 1997; Chile, em 1998; e Londres, em 1999; quando foram apresentados os trabalhos desenvolvidos pela Coordenação Central e por pesquisadores de onze cenários da pesquisa CIPESC, durante a realização do Congresso do Centenário do Conselho Internacional de Enfermeiras.

Os resultados do Projeto CIPESC também foram apresentados no 22º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiras, realizado em Copenhague – Dinamarca, em 2001, e na 4ª Conferência Europeia da Associação Europeia de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem – ACENDIO, realizada em Paris – França, em março de 2003.

No âmbito nacional, o projeto CIPESC foi também divulgado pela Coordenação Central e por seus pesquisadores, através de conferências, palestras, mesas redondas, sessão pôster, folder, jornais, entre

outras modalidades, em eventos nacionais da Enfermagem brasileira, como nos Congressos Brasileiros de Enfermagem da ABEn (CBEn) de 1997, 1998 e 1999; nos Seminários de Pesquisa da ABEn (SENPE) realizados em Vitória, no Espírito Santo (1997) e em Gramado, no Rio Grande do Sul (1999); nos Simpósios Nacionais de Diagnóstico de Enfermagem (SINADEN) realizados em 1996 (Fortaleza), 1998 (Curitiba), 2000 (João Pessoa), em diversos Encontros de Enfermagem Regionais; em reunião da Sociedade Brasileira de Proteção à Ciência (SBPC) em 1997 e 2000, durante o XV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, ocorrido em agosto de 1999, no Rio de Janeiro, e no 7º ENFTEC em São Paulo, em 2000. Em maio 2000 a ABEn promoveu o I Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, em João Pessoa – Paraíba. Durante o evento foram lançados os resultados finais do projeto.

Os resultados do Projeto CIPESC foram colocados à disposição pela ABEn Nacional, de núcleos de pesquisa e/ou pesquisadores, para que possam ser utilizados em outras pesquisas, desde que sejam obedecidos alguns critérios, como: garantia do sigilo dos dados, vinculação ao projeto mãe – CIPESC/ABEn/CIE, vinculação do pesquisador ou grupo de pesquisa, a ABEn e / ou a algum cenário de pesquisa ⁽³⁶⁾.

Desde o término do projeto CIPESC, em 2000, até 2003, muitos trabalhos foram desenvolvidos utilizando os resultados do CIPESC ou já foram desenvolvidos, os quais resultaram em publicações de artigos, teses e dissertações de mestrado, apresentações em eventos e experiências de utilização dos resultados do CIPESC ^(27, 28, 36, 37, 38, 39).

7. A CIPESC® EM CURITIBA

Dentre os trabalhos que foram desenvolvidos utilizando os resultados do CIPESC merece ser ressaltado, o projeto de Implantação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde – SMS de Curitiba, Paraná. A ideia do desenvolvimento desse projeto teve início, em 1999, a partir de uma discussão envolvendo todos

os profissionais da rede municipal de saúde para a efetiva implantação do Acolhimento Solidário e foi reforçada, em 2000, com a incorporação do prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde ⁽⁴⁰⁾.

Outro acontecimento que contribuiu para o desenvolvimento deste projeto ocorreu na VI Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, em 2001, quando a ABEn/PR apresentou uma tese que foi aprovada na sua integralidade propondo a construção da Rede de Atenção Contínua de Enfermagem no Sistema Integrado de Serviços de Saúde, com estratégias voltadas: para a inclusão de todas as atividades desempenhadas pelo profissional Enfermeiro no relatório de produtividade; criação do campo da Enfermagem no prontuário eletrônico único; estabelecimento de parcerias com instituições de ensino para capacitações e a Consulta de Enfermagem integrada às programações locais. Ainda neste mesmo ano, processava-se a revisão do Cartão Qualidade Saúde e um grupo de enfermeiros realizou uma primeira aproximação sobre a discussão da implantação do Prontuário de Enfermagem no sistema informatizado ⁽⁴¹⁾.

O projeto de implantação da CIPESC® no sistema informatizado da SMS – Secretaria Municipal da Saúde tinha como objetivos:

Implementar a consulta de Enfermagem no prontuário eletrônico da SMS/ Curitiba; Incorporar a CIPESC® (adaptada a nossa realidade) como ferramenta da prática de Enfermagem; Sistematizar e validar os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem para uso na rede municipal de saúde; Incentivar a produção científica pelos profissionais de Enfermagem; Aumentar a visibilidade da prática de Enfermagem no âmbito da SMS/ Curitiba ⁽⁴²⁾.

Albuquerque e Cubas ⁽³⁰⁾ afirmam que a pergunta norteadora do projeto

Como estabelecer um processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde Coletiva, sem desviar-lo dos princípios do Sistema Único de Saúde, dos conceitos envolvidos na

sistematização oferecidos pela nossa formação profissional e das diretrizes do modelo assistencial estabelecido pela instituição?

foi determinante para inúmeras contradições que surgiram e ao serem assumidas e superadas, apresentavam-se novas contradições determinando algumas adequações ao projeto inicial.

Algumas contradições foram expostas ⁽⁴³⁾ num relato de oficinas realizadas para avaliação da implantação da CIPESC®. Uma contradição exposta dizia respeito à operacionalização da consulta de Enfermagem: de um lado as enfermeiras referiram não incorporá-la como hábito e que a ela não foi objeto de aprendizagem da formação universitária, por outro, como parte integrante da sistematização da assistência, retoma as atribuições da enfermeira, ao direcionar e monitorar seu trabalho.

Parte desta contradição foi superada durante o ano de 2002, por meio de uma capacitação de 195 horas, direcionada para 150 enfermeiras assistenciais, cujo principal objetivo era dar suporte clínico-metodológico para o uso da Consulta de Enfermagem. A UFPR – Universidade Federal do Paraná foi convidada pela ABEn-PR a contribuir com este processo ⁽⁴²⁾.

Outra contradição a ser superada dizia respeito à própria nomenclatura das práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva: de um lado era nítida a vontade de que o movimento de construção não se distanciasse das linhas mestras do Projeto CIPESC ABEn – Nacional e das bases conceituais da saúde coletiva, por outro lado, o sistema informatizado (leia-se prontuário eletrônico do paciente) estava diretamente ligado ao modelo clínico de atenção, assim como os marcos conceituais da Saúde Coletiva, os da própria Enfermagem não eram claros para o grupo de enfermeiras da SMS.

Desta forma, no ano de 2003, constitui-se um grupo condutor composto de seis enfermeiras, que coordenou um grupo tarefa de cinquenta enfermeiras, as quais se envolveram, primeiramente, numa reflexão crítica da realidade e discutiram, por meio de uma oficina de balizamento conceitual, utilizando a metodologia da problematização

os marcos conceituais ancoradores do trabalho de construção dos elementos da prática de Enfermagem em Curitiba ⁽³⁰⁾.

A oficina foi reproduzida na totalidade dos Distritos Sanitários e os resultados apontavam expectativas das enfermeiras assistenciais em relação à implantação da CIPESC®, em torno da possibilidade concreta de visualização do trabalho nos relatórios oficiais e na organização da prática. O processo de Enfermagem se afirmou como alicerce para o alinhamento conceitual, e aflorou a necessidade de maior contato teórico com sistemas de classificação ⁽⁴³⁾.

A contradição explicitada neste momento contornava a teoria ancoradora do trabalho da Enfermagem na SMS, se de um lado era explícito que todas as enfermeiras referiam a Teoria de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta ⁽⁴⁴⁾ como balizadora de seu processo assistencial, de outro lado se contrapunha a incapacidade desta teoria em abranger a realidade estrutural do SUS e os conceitos da Saúde Coletiva. Esse ponto foi parcialmente superado pela discussão de marcos oriundos da TIPESC ⁽¹³⁾, no entanto, essa teoria se apresentava com menor contato (enquanto teoria e método) com as enfermeiras da SMS ⁽⁴³⁾.

No decorrer do ano de 2003 e no início de 2004, desenvolveu-se a construção dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem a partir da metodologia retrospectiva ⁽⁴⁵⁾. Reuniões, semanais com o grupo tarefa e quinzenais com o grupo condutor, resultaram na elaboração de uma listagem inicial de 92 diagnósticos no tema saúde da mulher, com 220 intervenções decorrentes e 27 diagnósticos no tema saúde da criança, com 82 intervenções inerentes ⁽³⁰⁾.

Cabe ressaltar que esse construto foi fruto de um processo lento, mas de profunda discussão e crescimento do grupo. Houve necessidade de interligar conhecimento, estrutura administrativa da instituição, momento político, a CIPESC®, além da sensibilização da força de trabalho da rede municipal ⁽³⁰⁾, o que de fato, não foi uma tarefa tranquila, dado o momento estrutural brasileiro que mantinha o início da discussão do “ato médico”, cuja sombra parecia destituir as outras profissões não médicas de sua contribuição específica.

O resultado parcial desse trabalho foi implantado, oficialmente, em julho de 2004, no tema saúde da mulher, e em julho de 2005, no tema saúde da criança. Para sua operacionalização, o campo “Consulta de Enfermagem” no prontuário eletrônico do paciente precedeu de alguns critérios ⁽³⁰⁾: ser campo exclusivo de acesso à enfermeira; possibilitar até quatro diagnósticos por usuário atendido; possuir uma lista de no máximo 15 intervenções para cada diagnóstico, sendo necessária a indicação de pelo menos uma intervenção para cada diagnóstico produzido.

O modelo das telas do prontuário, à época da implantação, pode ser visualizado pelas Figuras 3, 4 e 5. Atualmente, a nomenclatura construída está formatada de acordo com a árvore classificatória das necessidades humanas, divididas em três grupos: psicobiológicas, psico-espirituais e psicossociais, em substituição à árvore dos temas: saúde da mulher, criança, adulto, idoso, entre outros ⁽³⁰⁾ e passa por uma adequação às novas versões da CIPE®.

Figura 3 . Tela inicial da Consulta de Enfermagem no prontuário eletrônico do paciente. SMS de Curitiba, 2004

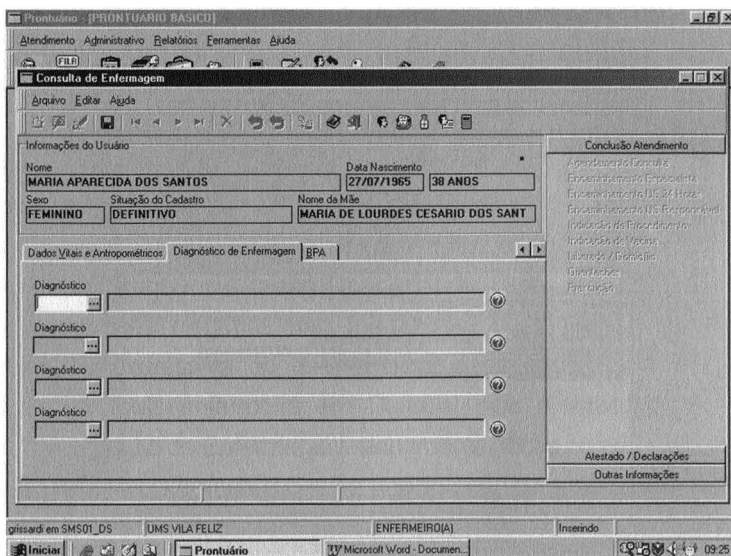


Figura 4. Tela para seleção de diagnósticos e intervenções de Enfermagem – CIPESC[®] no prontuário eletrônico do paciente. SMS de Curitiba, 2004.

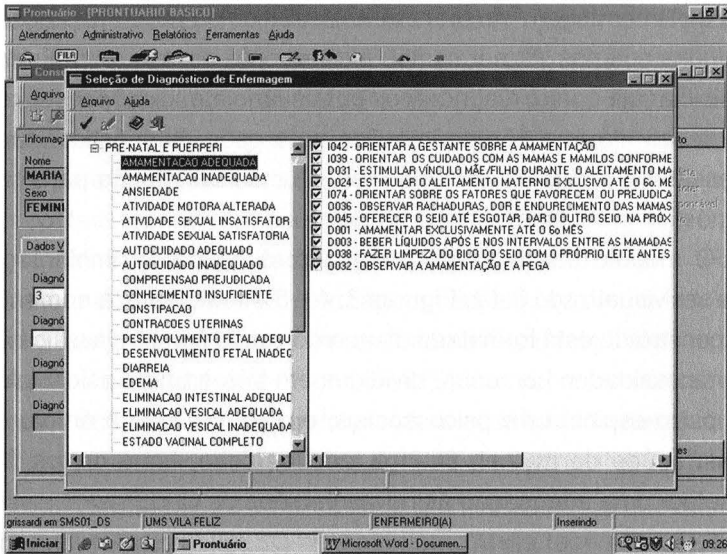
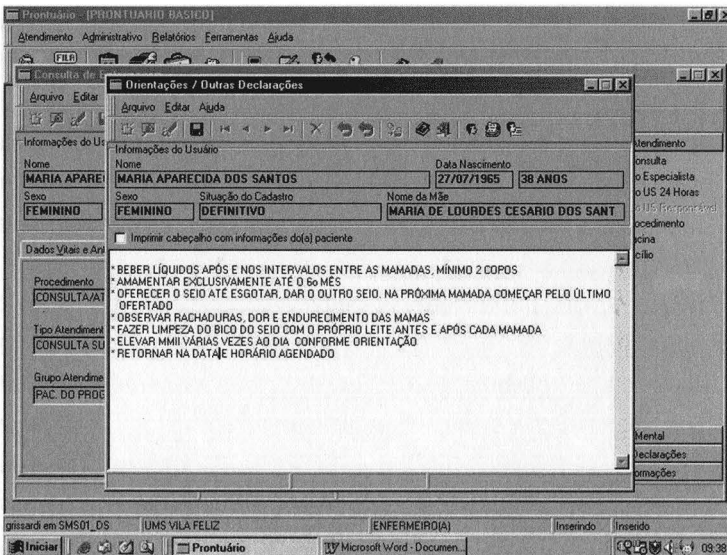


Figura 5. Tela das orientações prescritas ao usuário oriundas da consulta de Enfermagem. SMS de Curitiba, 2004.



7.1 Utilização da CIPESC como ferramenta nas consultas de Enfermagem, seus resultados e contradições

O resultado da captação da realidade objetiva em cinco Distritos Sanitários de Curitiba derivado do subprojeto “Classificação das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®: Captação da realidade objetiva – cenário Curitiba – PR”^(46, 47) analisou a prática de Enfermagem em Curitiba e comparou as práticas de Enfermagem registradas no Projeto CIPESC I (Brasil) e as atividades da Enfermagem curitibana.

Os resultados⁽⁴⁸⁾ mostram que em ambos os cenários o trabalho da Enfermagem é exercido, predominantemente, por mulheres e a faixa etária das enfermeiras é ligeiramente mais alta do que das auxiliares de Enfermagem. Outro ponto em comum é que a participação em grupos de decisão sobre o SUS continua pequena, em ambas as categorias.

O que apresentou diferença entre o resultado brasileiro e o curitibano é: a escolaridade e a capacitação das auxiliares de Enfermagem da rede municipal de saúde (a maioria são técnicas de Enfermagem que exercem a função de auxiliares). Outro ponto que merece destaque em Curitiba é a inferência da participação mensal nos Conselhos de Saúde, que pode mostrar o engajamento da categoria nos assuntos que dizem respeito à população atendida.

Em relação ao trabalho das enfermeiras, o que se observa congruente com o cenário brasileiro é a dedicação às atividades do gerenciamento da assistência ou do serviço, planejamento e de educação, e em que pese que a qualificação continuada foi apontada como atividade de frequência mensal por grande parte das profissionais, as investigações científica não mereceram destaque. Observou-se modificação expressiva no item relativo a execução de atividades assistenciais pela enfermeira em Curitiba, pois a totalidade exerce ações de consulta de Enfermagem diariamente, lócus no qual se verifica uma das possíveis contribuições da implantação do sistema CIPESC®.

Num período de dois anos de uso da Classificação alguns resultados podem ser demonstrados. Entretanto, cabe ressaltar que

devido a classificação incluída no prontuário não abranger a totalidade da assistência prestada pela enfermeira aos usuários da rede municipal foi permitido à profissional realizar uma consulta sem o uso da nomenclatura CIPESC®. Fato que ocorreu, o relatório disponível dos meses de abril a julho de 2005, demonstra que as enfermeiras da SMS produziram 118.187 consultas e em 24.926 delas foi utilizada a CIPESC®, ou seja, em 21% desses atendimentos. Nesse mesmo período, 88.131 pessoas se beneficiaram da consulta de Enfermagem na rede municipal, desse número, 28% receberam o atendimento com a classificação ^(49,50). Num período de seis meses não consecutivos de utilização da nomenclatura, em 2005, foram produzidos 140.467 diagnósticos de Enfermagem na rede municipal, sendo que 84,36% destes se referiam a trinta e dois diagnósticos ⁽⁵⁰⁾ (Tabela 1).

Ressalta-se que sete diagnósticos são responsáveis por 38,68% dos utilizados nesse período, sendo que quatro deles dizem respeito a diagnósticos protetores, nas necessidades humanas de alimentação, terapêutica e cuidado corporal: Amamentação adequada, Uso de contraceptivo adequado, Autocuidado adequado e Ingestão alimentar adequada, os quais, em conjunto, correspondem a 23,3% do total de diagnósticos.

A **Tabela 2** apresenta a distribuição das intervenções utilizadas nesse mesmo período. Uma lista de 38 intervenções são clicadas em 48,15% dos diagnósticos disponíveis, sendo que quatro delas são citadas em 30,12% dos diagnósticos: Retornar em data e horário agendados, Estimular a participação em oficinas, Realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero e Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

As intervenções que utilizam o verbo “Estimular” podem representar uma intercessão potencializadora de processos protetores. O que deve ser apontado é que este verbo não estava presente na lista oriunda da CIPE® até a versão 1.0. Tratava-se de um verbo oriundo da listagem de intervenções do inventário CIPESC®, que contém vários termos ainda não contemplados na classificação internacional ^(51, 52, 53).

Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos de Enfermagem mais utilizados na SMS Curitiba, em relação ao total de diagnósticos gerados. Abril a julho e novembro e dezembro de 2005. Curitiba, 2006.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	n	%
Amamentação adequada	10797	7,69
Exame preventivo ausente	10.289	7,32
Uso de contraceptivo adequado	7.725	5,50
Autocuidado adequado	7.571	5,39
Ingestão alimentar adequada	6.627	4,72
Ansiedade	5.720	4,07
Mamas íntegras	5.610	3,99
Ingestão alimentar inadequada	4.939	3,52
Resultado do exame preventivo normal	4.899	3,49
Desenvolvimento adequado	4.647	3,31
Eliminação vesical adequada	4.060	2,89
Estado vacinal incompleto	3.881	2,76
Auto -exame de mamas ausente	3.522	2,51
Resultado do exame preventivo alterado	3.493	2,49
Náuseas	2.997	2,13
Constipação	2.903	2,07
Eliminação intestinal adequada	2.590	1,84
Mamilos íntegros	2.504	1,78
Eliminação vesical inadequada	2.093	1,49
Autocuidado inadequado	2.091	1,49
Higiene adequada	1.997	1,42
Estado vacinal adequado	1.914	1,36
Uso de contraceptivo inadequado	1.905	1,36
Contrações uterinas	1.751	1,25
Sono adequado	1.740	1,24
Estado vacinal atrasado	1.728	1,23
Estado vacinal completo	1.659	1,18
Corrimento vaginal intenso	1.483	1,06
Conhecimento insuficiente	1.383	0,98
Amamentação inadequada	1.363	0,97
Edema	1.355	0,96
Tabagismo	1.267	0,90
Outros diagnósticos	21.964	15,64
Total geral de diagnósticos no período	140.467	100,0

Fonte: Cubas, 2006 ⁽⁵⁰⁾.

A intervenção: “Estimular a participação em oficinas” foi empregada para oito diagnósticos de Enfermagem e a intervenção: “Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis” foi concentrada em seis diagnósticos de Enfermagem, no entanto o uso de ambas foi mais representativo no diagnóstico de “Autocuidado adequado”.

Tabela 2. Distribuição intervenções de Enfermagem mais utilizadas na SMS Curitiba, em relação ao total de diagnósticos empregados. Abril a julho e novembro e dezembro de 2005. Curitiba, 2006.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	n	%
Retornar na data e horário agendados	5.734	4,08
Estimular a participação em oficinas	4.192	2,98
Realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino	3.972	2,83
Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis	3.463	2,71
Orientar dieta alimentar	3.008	2,14
Investigar hábitos e costumes de higiene	2.558	1,82
Monitorar gráfico de peso e idade gestacional	2.469	1,76
Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional	2.211	1,57
Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	2.194	1,56
Orientar os cuidados com as mamas e mamilos conforme protocolo	2.018	1,44
Beber 2 litros de água por dia	1.932	1,38
Encaminhar a gestante para oficinas educativas	1.772	1,26
Monitorar e registrar os batimentos cardíacos	1.607	1,14
Estimular a confiança no atendimento prestado	1.555	1,11
Esclarecer sobre a importância do exame preventivo do câncer	1.426	1,02
Fazer auto exame de mama 7 dias após menstruação	1.423	1,01
Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo na gravidez e puerpério	1.390	0,99
Orientar sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação	1.336	0,95
Orientar sobre higiene de genitálias	1.290	0,92
Amamentar exclusivamente até o 6º mês	1.288	0,92
Esclarecer dúvidas quanto ao desenvolvimento fetal adequado	1.281	0,91
Esclarecer à paciente quanto aos achados citológicos no exame	1.265	0,90
Identificar a data de realização do último exame	1.247	0,89
Beber líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos	1.238	0,88
Expor mamilos aos raios solares: 15 min pela manhã até 10h00min horas, à tarde após 15h00min horas, ou lâmpada 40 w um palmo	1.223	0,87
Fazer limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada	1.185	0,84
Monitorar através de visita domiciliar	1.186	0,84
Eliminar a urina sempre que sentir vontade	1.156	0,82
Observar a amamentação e a pega	1.135	0,81
Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno	1.121	0,80
Guardar o comprovante de vacina	1.116	0,79
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	1.101	0,78
Relacionar os fatores desencadeantes das mudanças corporais	1.093	0,78
Esclarecer dúvidas quanto aos métodos contraceptivos	1.091	0,78
Tranqüilizar a paciente sobre o exame preventivo de colo uterino	1.072	0,76
Comer alimentos ricos em ferro e outros nutrientes	1.040	0,74
Oferecer o seio até esgotar, dar o outro seio. Na próxima mamada começar pelo último ofertado	1.013	0,72
Outras intervenções	72.833	51,85
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS	140.467	100,0

Fonte: Cubas, 2006 ⁽⁵⁰⁾.

Estudo que avaliou a produtividade da consulta de enfermagem em Curitiba apresenta quartos grandes questões para análise: a reorganização do processo de trabalho, estabelecendo diferentes funções assistenciais e gerenciais do enfermeiro; o estabelecimento de metas e indicadores para a consulta de enfermagem; a ampliação da nomenclatura disponível; e o processo de educação continuada. Todas estas questões foram consideradas determinantes para continuidade do uso da CIPESC® (49).

8. PRÓXIMOS DESAFIOS DA CIPESC ou PROJETO CIPESC II³³

Buscando atender às demandas originárias do desenvolvimento do Projeto CIPESC, a ABEn apresentou durante o I Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, realizado em João Pessoa – PB, o projeto CIPESC II com o propósito promover a sensibilização dos profissionais de enfermagem para a reflexão do seu trabalho na perspectiva da resolutividade, equidade, integralidade e qualidade da atenção à saúde nos serviços de saúde, utilizando como instrumento de sistematização do trabalho a Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil, proposta no CIPESC I.

Este projeto tinha como objetivo transformar os resultados do Projeto CIPESC em um dos instrumentos de trabalho para a reorganização da prática de enfermagem em saúde coletiva, dando-lhe visibilidade no âmbito técnico, político e ético. Devido a vários fatores esse projeto não foi executado, entre os quais, o de maior peso a falta de financiamento. Mas, merece ser ressaltado que a ABEn tem sempre demonstrando interesse para que o produto do projeto CIPESC possa se transformar num instrumento de trabalho para a reorganização da prática da Enfermagem brasileira. Por este motivo, a ABEn propôs, através do Departamento Científico de Classificação, Intervenções, Diagnósticos e Resultados da Prática de Enfermagem/

33 Texto extraído na íntegra de NÓBREGA, SILVA; ANTUNES, 2003 (32).

DECIDIRE, ligado à Diretoria Científico Cultural, com a colaboração da Diretoria de Assuntos Profissionais e do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, o Projeto CIPESC II.

O propósito, de acordo com as disposições deixadas nos resultados da CIPESC I, era promover a sensibilização dos profissionais de enfermagem para a reflexão do seu trabalho na perspectiva da resolutividade, equidade, integralidade e qualidade da atenção à saúde nos serviços de saúde, utilizando como instrumento de sistematização do trabalho, o inventário da Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil, proposta no CIPESC, objetivando validar a linguagem especial da enfermagem nas práticas de enfermagem em saúde coletiva; identificar a linguagem especial de enfermagem nas práticas de enfermagem em nível hospitalar; disseminar as informações acerca dos processos de trabalho e as diversidades das práticas de enfermagem; instrumentalizar o uso do CIPESC como registro de produção e impacto das práticas transformadoras da qualidade de vida e saúde da população; e criar um sistema informatizado do CIPESC articulado com um sistema autoinstrucional de capacitação do usuário do sistema ⁽²⁹⁾.

É preciso reafirmar que a Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil, proposta no CIPESC tem viabilizado o desenvolvimento de pesquisas para validar os fenômenos e as ações de enfermagem no âmbito da saúde coletiva, como já apresentado anteriormente. Com vistas a dar continuidade aos estudos da CIPESC, a ABEn, preocupada em contribuir para a consolidação das ações de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da participação da equipe de enfermagem, propôs a criação de um sistema informatizado do CIPESC articulado com um sistema autoinstrucional de capacitação da equipe de enfermagem, com a finalidade de instrumentalizar o uso da CIPESC na sistematização da assistência de enfermagem com o registro de produção e impacto das práticas transformadoras da qualidade de vida e saúde da população ⁽⁵⁴⁾.

Isto por considerar a relevante participação da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, no âmbito da saúde, de modo

particular no campo da saúde coletiva, como elemento chave no desenvolvimento de Programas de Atenção Básica de Saúde, quais sejam: Programa Saúde da Família, Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Área da Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Criança e do Adolescente, entre outros. Merece ser ressaltado que esta prática profissional vem ocorrendo de forma assistemática, o que por certo dificulta a operacionalização dos processos de trabalho.

A proposta de sistematização da assistência de enfermagem, utilizando sistemas de classificação da prática, está em consonância com as diretrizes internacionais para a prática de enfermagem, no que diz respeito ao estabelecimento de uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem que melhore a comunicação entre as enfermeiras e entre estas e os outros profissionais da área da saúde; a descrição dos cuidados de enfermagem às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades), numa diversidade de locais, institucionais e não institucionais; a comparação dos dados de enfermagem entre populações clínicas, locais, áreas geográficas ou tempos diferentes; a demonstração ou projeção das tendências sobre a prestação de tratamentos e cuidados de enfermagem; o incentivo à investigação em enfermagem com os sistemas de informação em saúde; e o fornecimento de dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde. Além disso, a presente proposta guarda pertinência com a legislação do exercício profissional da Enfermagem no Brasil.

O referido instrumento se traduz, igualmente, em um mecanismo gerencial, na medida em que permite agilizar e otimizar os processos de trabalho, facilitando o registro e a análise do custo e benefício da produção de enfermagem no âmbito dos serviços de saúde.

Espera-se, portanto, que utilizando como instrumento de sistematização do trabalho, a Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil, produto do projeto CIPESC, os profissionais de enfermagem consolidem sua prática nas diretrizes e ações desenvolvidas no SUS, na medida em que reflitam acerca do seu trabalho na perspectiva da resolutividade, equidade, integralidade e qualidade

da atenção à saúde nos serviços de saúde, identificando e validando a linguagem especial de enfermagem, disseminando as informações acerca dos processos de trabalho e das diversidades destas práticas.

Deste modo, esta face do Projeto CIPESC II tem como objetivo geral transformar os resultados do projeto CIPESC em um instrumento eficaz de sistematização da prática de enfermagem em saúde coletiva nos serviços de saúde, e como objetivos específicos: desenvolver um sistema informatizado da CIPESC, articulado com um sistema autoinstrucional de capacitação da equipe de enfermagem; operacionalizar o instrumento CIPESC nos serviços de saúde, levando-se em conta a nomenclatura de fenômenos e ações da enfermagem; criar rede de informação sobre a prática de enfermagem em saúde coletiva no País; incrementar a interlocução sobre a prática de enfermagem em saúde coletiva, disseminando os marcos teórico metodológicos da saúde coletiva e da CIPESC; capacitar os enfermeiros para a utilização da CIPESC e para o desenvolvimento de pesquisas.

As estratégias para operacionalização desses objetivos são:

- Desenvolvimento de um *software* com a utilização da Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC;
- Desenvolvimento de um sistema autoinstrucional de capacitação da equipe de enfermagem para utilização do *software*;
- Rede de informação sobre a prática de enfermagem em saúde coletiva no País;
- Disseminação dos marcos teórico metodológicos da saúde coletiva e da Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC;
- Capacitação das enfermeiras para o desenvolvimento de pesquisas;
- Implementação do *software* da CIPESC nas unidades básicas de saúde;
- Eventos nacionais e regionais para divulgar e socializar os resultados deste projeto.

As ações ou atividades programadas são:

- Estabelecimento de parcerias com empresas de informática para o desenvolvimento do *software*, do sistema autoinstrucional e rede de informação sobre a prática de enfermagem em saúde coletiva;
- Consultoria técnica de suporte teórico-metodológico para o desenvolvimento do *software*, do sistema autoinstrucional e rede de informação sobre a prática de enfermagem em saúde coletiva;
- Definição de critérios para a escolha dos cenários para implementação do *software* e do sistema autoinstrucional;
- Definição da metodologia para implementação do *software* e do sistema autoinstrucional;
- Definição dos marcos teórico-metodológicos da saúde coletiva para a implementação da CIPESC;
- Produção de material didático pedagógico sobre os marcos teórico metodológicos da saúde coletiva para a implementação da CIPESC;
- Recomendação da utilização dos marcos teórico-metodológicos da saúde coletiva para a implementação da CIPESC aos Cursos de Graduação, aos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e aos Serviços de Saúde;
- Desenvolvimento de oficinas e cursos para viabilizar a capacitação das enfermeiras para o desenvolvimento de pesquisas;
- Implementação do instrumento CIPESC nos serviços de saúde;
- Realização de eventos nacionais e regionais para divulgar e socializar os resultados deste projeto.

São metas do Projeto:

- Parcerias com empresas de informáticas;
- Consultoria técnica de suporte teórico-metodológico;

- Estabelecimento dos cenários (municípios) para implementação do *software* e do sistema autoinstrucional;
- Metodologia para implementação do *software* e do sistema autoinstrucional;
- Estabelecimento de marcos teórico-metodológicos da saúde coletiva para a implementação da CIPESC;
- Material didático pedagógico sobre os marcos teórico metodológicos da saúde coletiva – Manual de orientação de trabalho, artigos em periódicos, livros, entre outros;
- Produção técnico-científica da CIPESC;
- Capacitação das enfermeiras para o desenvolvimento de pesquisas;
- Implantação do instrumento CIPESC;
- Divulgação e socialização dos resultados deste projeto.

Os indicadores esperados com a realização do Projeto são:

- O número de enfermeiras capacitadas;
- O número de cenários contemplados pela implementação da CIPESC;
- A incorporação dos elementos da prática de enfermagem na tabela SIA-SUS;
- A inserção dos elementos da prática de enfermagem nos protocolos clínicos nos serviços de saúde;
- O perfil de produção técnico-científica;
- A melhoria quantitativa e qualitativa dos procedimentos de enfermagem.

Para a operacionalização desta proposta é necessário contar com o apoio institucional do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para que seja possível viabilizar a continuidade do estudo.

A ABEn acredita que, mais uma vez, estará construindo e reconstruindo a história da Enfermagem no Brasil, e ao mesmo tempo

utilizando o produto do CIPESC 1, transformando-o em um instrumento de trabalho para a reorganização da prática da Enfermagem brasileira.

REFERÊNCIAS

- 1- Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil. Brasília (DF): ABEn, 1996.
- 2- Wake MM, Murphy M, Affarat A, Lang NM, Clark J, Mortensen R. Reunión consultiva sobre la elaboración de un instrumento informativo que apoye los sistemas comunitários y la atención de la salud primaria – Hacia una clasificación internacional del ejercicio de la enfermera – estudios de fuentes de información e encuesta. Consigo Internacional de Enfermeras. Suiza. sdp.
- 3- Associação Brasileira de Enfermagem. Relatório da Reunião consultiva sobre la elaboración de un instrumento informativo que apoye los sistemas comunitários y la atención de la salud primaria. Tlaxcala- México, Jan/fev 1994. sdp.
- 4- Antunes MJM et al. Projeto CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil: Relatório Final. Brasília: ABEn, 2000. (mimeografado).
- 5- Antunes MJM, Silva IA, Egry EY, Sena RR, Almeida MCP. Manual do pesquisador: orientação para o trabalho de campo. Brasília, ABEn, 1997.
- 6- Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990. p. 18055-59.

- 7- Brasil. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 1990. p. 25694-95.
- 8- Mello C, Araujo MJS. A nova prática de enfermagem no Sistema Único de Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Descentralização em saúde e a prática de enfermagem. Brasília: ABEn, 1992 (série documento III), p. 22-32.
- 9- Nemes MIB. A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na secretaria de estado de São Paulo (1977-1997). Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: 1989.
- 10- Gonçalves RBM. O processo de trabalho em saúde. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1988. mimeografado.
- 11- Paim JS. A redefinição das práticas de saúde e de enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem: Descentralização em saúde e prática de enfermagem. Brasília: ABEn, 1992. (série documento III), p. 17-21.
- 12- Araujo, MJS. A consulta de enfermagem no contexto da prática de enfermagem. Brasília: ABEn, 1991 (série documento I) p. 30-45.
- 13- Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- 14- Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guia pedagógica para um taller de metodologia. 2ª ed. Quito: CEAS, 1995.

- 15- Fleury S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- 16- Uribe Rivera, FJ. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: Gallo E, Uribe Rivera FJ, Machado MH, organizadores. O planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Delume-Dunara, 1992.
- 17- Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 18- Garcia JC. Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educ Med Salud 1993;17(3):393-7.
- 19- Paim JS. La salud colectiva y los desafios de la practica. In: Organización Panamericada de Saúde. Las crisis de la salud publica: reflexiones para el debate. Washington: OPAS/OMS, 1992b (publicación científica n.540). p. 151-67.
- 20- Breilh J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. In: Costa DC, organizador. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990, p. 128-65.
- 21- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.
- 22- Chianca TCM, Antunes MJM. A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília (DF): ABEn, 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 23- Garcia TR, Nóbrega MML. Inventário vocabular resultante do projeto CIPESC CIE- ABEn. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre :Artmed, 2010.p.192-317.
- 24- International Council of Nurses. Actualización de la CIPE: nueva versión Beta. Genebra: ICN, 1998.

- 25- Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para prática de enfermagem (CIPE/ICN) versão *Beta*. Tradução Associação portuguesa de Enfermeiros. Lisboa: Gráfica 2000.
- 26- Cruz DALM, Carvalho EC, Marin HF, Nóbrega MML. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão *Alpha*. Brasília: ABEn, 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 27- Garcia TR, Nóbrega MML, Sousa MCM. Validação das definições de termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo Foco da prática de enfermagem da CIPE. *Rev. Bras. Enferm* 2002; 55(10): 52-63.
- 28- Gutierrez MGR, Souza MF, Michel JLM. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.p.118-26.
- 29 – Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn/Ideia; 2000. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 30- Albuquerque LM, Cubas MR, organizadoras. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba: ABEn-PR, 2005.
- 31- Egry EY. *Cipescando* pelo Brasil afora... Anais do 1º Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva e 4º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem. João Pessoa: ABEn- PB, 2000.

- 32- Nóbrega MML, Silva MLF, Antunes MJ. CIPESC – Um Instrumento para Sistematizar a Prática de Enfermagem. In: Anais do XIII EnfNordeste. João Pessoa, 2003. (mimeografado).
- 33- Guedes MVC, Araújo TL, organizadoras. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. Brasília: ABEn, 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 34- Fonseca MRGS, Bertolozzi MR, Silva IA, organizadoras. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília (DF): ABEn;1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 35- Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. La Clasificación Internacional de las Practicas de Enfermería en Salud Colectiva en Brasil – CIPESC/Brasil – (International Classification of Nursing Practices in Collective Health in Brazil CIPESC/Brazil. Brasília, 1999, (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 36- Antunes MJM. O trabalho da gerência na rede básica do Sistema Único de Saúde – SUS: a contribuição da enfermagem brasileira no Universo da Classificação Internacional da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
- 37- Nóbrega MML, Garcia TR. Adaptação transcultural dos termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. Rev Bras Enferm 2002; 55(6):623-43.
- 38- Santos MSJ. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC/ABEn/CIE e utilizadas por enfermeiros no cuidado de pacientes com AIDS. [dissertação] João Pessoa (PB): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB; 2002.

- 39- Nóbrega MML. Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão *Alfa* [tese] São Paulo (SP): UNIFESP; 2000.
- 40- Soares EF, Albuquerque LM, Vaz LA, Cubas MR, Shimazaki ME, Lopes MGD, Perotta SM. Implantação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC no Prontuário Eletrônico da SMS Curitiba. Curitiba (PR): 2003. (material mimeografado).
- 41- Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (PR). Relatório da 6ª Conferência Municipal da Saúde – 2001. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002 – 2005. Curitiba (PR): Prefeitura de Curitiba; 2002.
- 42- Cubas MR, Lopes MGD, Vaz L, Albuquerque LM, Perotta S. Sistematizando a prática da enfermagem na SMS de Curitiba. In: Zagonel IPS, Lacerda MR, Lopes MGD. Experiência de enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba: subsídios para a sistematização do processo de cuidar em saúde coletiva. Curitiba: ABEn, 2004. (Série Didática: Enfermagem no SUS, n.8).
- 43- Cubas MR, Albuquerque LM, Martins SK, Nóbrega MML. Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. Rev. esc. enferm USP 2006;40(2):269-73.
- 44- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora EPU, 1979.
- 45- Clark DJ. How nurses can participate in the development of ICNP. Int. Nurs. Rev. 1996;43(6):171-4.
- 46- Egly EY, Cubas MR (organizadoras). O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn- Paraná/ EEUSP, 2006.

- 47- Altino DM, Duarte FO, Apostólico MR. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC captação da realidade objetiva cenário Curitiba-PR. [projeto de pesquisa] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;2005.
- 48- Altino DM, Apostólico MR, Duarte FO, Cubas MR, Egry EY. CIPESC® Curitiba: o trabalho da Enfermagem no Distrito Bairro Novo. Rev Bras Enferm 2006; 59(4): 502-8.
- 49- Silva SH, Cubas MR, Fedalto MA, Silva SR, Lima TCC. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba-PR. Rev Esc Enferm USP 2010;44(1):68-75.
- 50- Cubas MR. CIPESC Curitiba: proposta de uma ferramenta re-leitora da face coletiva do processo saúde-doença [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.
- 51- Silva RR, Malucelli A, Cubas MR. Classificações de enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. Rev Bras Enferm 2008; 61(6):835-40.
- 52- Cubas MR, Carvalho CMG, Malucelli A, Denipote AGM. Mapeamento dos termos do eixo ação entre diferentes classificações de enfermagem. Rev Bras Enferm 2011; 64(2): 248-53.
- 53- Cubas MR, Carvalho CMG, Malucelli A, Denipote AGM. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. Rev Bras Enferm 2011; 64(6): 1100-5.
- 54- Malucelli A, Otemaier KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm 2010; 63(4):629-36.