

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

DÉBORA CATARINA PFEILSTICKER

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE
ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CUIDAR: SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS POR DOCENTES E GRADUANDOS DE ENFERMAGEM**

VITÓRIA
2006

DÉBORA CATARINA PFEILSTICKER

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE
ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CUIDAR: SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS POR DOCENTES E GRADUANDOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nágela Valadão Cade.

VITÓRIA
2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

P527c Pfeilsticker, Débora Catarina, 1962-
A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no
processo de cuidar : significados atribuídos por docentes e
graduandos de Enfermagem / Débora Catarina Pfeilsticker. – 2006.
125 f. : il.

Orientadora: Nágela Valadão Cade.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3.
Enfermagem - Classificação. 4. Cuidados em enfermagem -
Planejamento. I. Cade, Nágela Valadão. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

*À minha filha querida...
Minha companheira.
Nas horas de tristeza,
enxugou minhas lágrimas...
Nas horas de dor,
massageou minhas costas...
No desânimo,
me fez sorrir e encontrar
forças para continuar.
Querida filha!
Foi meu maior incentivo.
Filha querida, obrigada!
É pra você que dedico esta vitória!*

Agradecimentos

Às Mulheres.

Admiráveis Mulheres!

*Mulheres como Nágela Valadão Cade,
Que apontou com firmeza o caminho, o método.
Nágela foi exatamente o que eu precisava...
Atitude e rigor científico...
O ponto de equilíbrio na busca,
na indagação, na investigação.
Pesquisar era preciso!*

Admiráveis Mulheres!

*Mulheres como a professora Elizabete de Araújo Oliveira.
Sua postura profissional, sua obra, sua experiência
ajudaram-me a construir meu percurso na docência.
Mulheres, também, como Diná de Almeida L.M. da Cruz, professora e pesquisadora.
Seus trabalhos foram fonte de pesquisa e motivação.
Mulheres admiráveis! Enfermeiras notáveis!*

Admiráveis Mulheres!

*Docentes e estudantes, agradeço a todos e a todas a participação neste estudo,
mas peço licença aos Homens
para dedicar às Mulheres minha admiração...
Seja pela garra, seja pela dupla jornada, seja, simplesmente, por serem Mulheres.*

Admiráveis Mulheres!

*Mulheres como Bete Madeira,
Amiga querida! Médica por formação,
sanitarista por opção.
Profissional de uma inquietação ilimitada...
Por um novo saber,
Um novo fazer.*

Admiráveis Mulheres!

*Amigas e profissionais,
Bete Madeira, Cirlene Caser e Claudinha Rossoni,
Colegas da mesma turma de mestrado.
Colegas de trabalho,
Companheiras...
O acaso não teria nos reunido, mas o ideal:
Aquilo em que acreditamos.
Aquilo pelo qual lutamos,
Aquilo pelo qual aprendemos e ensinamos:
Um SUS mais justo e mais equânime.
O SUS que sonhamos!
O SUS que queremos!*

"Nunca duvide que um pequeno grupo de indivíduos dedicados e comprometidos possam mudar o mundo, porque, na verdade, esta é a única coisa que fez o mundo mudar".

(Margareth Mead)

RESUMO

O estudo busca compreender os significados atribuídos por docentes e graduandos de Enfermagem à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no processo de cuidar. Na coleta de dados, utiliza a técnica de grupo focal com dezessete graduandos — uma sessão com dois grupos distintos — e entrevista individual com cinco docentes de uma instituição privada de ensino superior do município de Vitória/ES. Para a análise dos dados, usa a técnica de análise de conteúdo e discute os resultados a partir de quatro dimensões — praxiológica, comunicativa, cognitiva e política. As concepções manifestadas pelos docentes e discentes indicaram potencialidades e limites da CIPE®. Essa classificação foi revelada como um instrumento que promove a organização do cuidado e a qualidade da assistência, contribui para a autonomia e autoconfiança profissional, proporciona visibilidade das práticas de Enfermagem e valorização da profissão. Foram relatadas, como limites para a utilização da CIPE®, a resistência à mudança de referencial, a falta de domínio teórico-conceitual para seu uso e a ausência de modelos institucionalizados do Processo de Enfermagem. Conclui que a CIPE® foi percebida pelos participantes do estudo como um modelo factível para o processo de cuidar e que a estrutura desse sistema de classificação contribui para o desenvolvimento do raciocínio clínico, facilitando a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem - classificação.

ABSTRACT

The study aims at understanding the meanings attributed by Nursing teachers and graduating students referring to the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the care process. The data collection uses the focal group technique with seventeen graduating students – a session with two distinct groups – and an individual interview with five teachers of a private institution of higher education of Vitória district in the State of Espírito Santo. For data analysis, it uses the technique of analyzing content and it discusses the results based on four dimensions – praxiologic, communicative, cognitive and political. The conceptions revealed by the teachers and pupils indicated potentialities and limits of ICNP®. That classification was shown as an instrument able to promote care organization and quality of assistance, it contributes for the autonomy and professional self-confidence, and it provides visibilities for the Nursing practices and values the profession. As limits for the ICNP® use, the resistance to the referential change, the lack of theoretical-conceptual control for its use and the lack of institutionalized models of the Nursing Process were reported. In conclusion, the ICNP® was seen by the project members as a possible model for the care process and that system structure of classification contributes for the development of the clinical reasoning, facilitating the Systematization of the Nursing Assistance.

Keywords: Nursing. Nursing diagnosis. Nursing – classification.

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ANA – American Nurses Association

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem

CIPEsc – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

DASS – Departamento de Assistência à Saúde

GF – Grupo Focal

HHCC – Home Health Care Classification

ICN – International Classification of Nursing

ICNP – International Classification of Nursing Practice

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEP – Programa de Educação Permanente

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONTEXTUALIZANDO OS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM	19
2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®).....	23
2.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®)	30
3 ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA A INCLUSÃO DA CIPE® NO PROCESSO DE CUIDAR	35
3.1 OFICINA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA DOCENTES DE ENFERMAGEM	44
3.2 PROJETO DE EXTENSÃO	45
4 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 MÉTODO	51
4.2 CENÁRIO	54
4.3 SUJEITOS	55
4.4 PROCEDIMENTOS	56
4.4.1 Aspectos éticos	57
4.4.2 Estrutura e organização dos grupos focais	57
4.4.3 Entrevista individual com docentes	61
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	61
5 RESULTADO DOS GRUPOS FOCAIS COM GRADUANDOS	66
5.1 COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM À CIPE®	67
5.1.1 Dimensão praxiológica	69
5.1.2 Dimensão comunicativa	76
5.1.3 Dimensão cognitiva	78
5.1.4 Dimensão política	83
6 RESULTADO DAS ENTREVISTAS COM DOCENTES	90
6.1 COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS DOCENTES DE ENFERMAGEM À CIPE®	91
6.1.1 Dimensão praxiológica	91
6.1.2 Dimensão comunicativa	99
6.1.3 Dimensão cognitiva	101
6.1.4 Dimensão política	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
8 REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	121

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL COM GRADUANDO	122
APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM DOCENTE	124

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Durante minha¹ trajetória profissional como enfermeira, o *cuidar* e o *ensinar* foram constituindo e consolidando minha identidade profissional. Diferentes contextos de trabalho e políticas sociais e de saúde, ao longo dos anos, foram dando forma aos meus ideais.

Em 1986, atuando em um hospital de referência para tratamento do câncer em Curitiba, vivenciei, no ambiente hospitalar, as repercussões das transformações na estrutura político-social do País, decorrentes da crise financeira.

No âmbito da saúde, se, por um lado, crescia a sofisticação das ações médicas e os cursos de especialização, por outro, na Saúde Coletiva, crescia a discussão pela reforma das políticas de saúde, e ganhava corpo o movimento pela Reforma Sanitária.

O País vivia um período de transição democrática. A Nova República marcava o fim da ditadura, e iniciava-se a preparação para o processo Constituinte. Foi, então, convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde para discutir uma proposta para a estrutura da política de saúde nacional.

Na perspectiva da reformulação do sistema de saúde, o grande desafio colocado para a Enfermagem brasileira foi redefinir a prática nos serviços e reestruturar o ensino, buscando um novo referencial, “[...] fugindo dos limites das funções complementares de tratamento das doenças, imposto à profissão no modelo biomédico que imperou no século XX e ainda é hegemônico” (ANTUNES, 2000, p. 5).

Os currículos de Enfermagem, até então, atendiam às exigências das práticas de saúde hegemônicas, centrados na assistência curativa e hospitalocêntrica. O mercado de trabalho, rapidamente, absorvia os enfermeiros na área hospitalar, e,

¹ Neste capítulo, a narrativa encontra-se na primeira pessoa, devido ao caráter estritamente pessoal do relato.

antes de dar-me conta de que o ambiente burocrático distanciava-me cada vez mais do *cuidado*, passaram-se cinco anos. Foi quando decidi inserir-me na Saúde Coletiva.

Passando pelo Programa de Saúde da Família em Curitiba, mais tarde, por razões de ordem pessoal, fixei residência no Estado do Espírito Santo, em 1998, quando se iniciava, no município de Vitória-ES, a implantação das primeiras equipes de Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família constituiu-se, então, em um novo cenário para a reflexão sobre as práticas de Enfermagem. Os profissionais de saúde e, especialmente, os enfermeiros vivenciavam um momento crucial decorrente da explosão das políticas de descentralização dos serviços e aumento de cobertura na atenção à saúde — *a necessidade de definição de suas competências, a sistematização da assistência de Enfermagem e a institucionalização dos protocolos de saúde*. Os enfermeiros estavam sob a mira do movimento chamado ato médico, e era urgente a clareza do *domínio de Enfermagem* para a instituição e para a sociedade.

Nesse contexto, iniciei, minha trajetória na área de educação. Em 2002, fui convidada pela diretora do Departamento de Assistência e Serviços de Saúde (DASS), da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), para assumir a coordenação do Programa de Educação Permanente (PEP) para enfermeiros inseridos na estratégia de Saúde da Família com a premissa de contribuir para o enfrentamento dos novos desafios da Enfermagem.

Em 2003, motivada pelo movimento de sistematizar o cuidado, especialmente, a partir da Resolução do Conselho Federal nº 272, de 2002, que dispõe sobre a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras, e com apoio do Departamento de Assistência à Saúde da SEMUS, coordenei o processo de sensibilização e capacitação dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família para a Sistematização da Assistência de

Enfermagem (SAE), tomando como referência Wanda Horta e a Taxonomia I da *North American Nursing Diagnosis* (NANDA). Essa taxonomia foi adotada por ser o sistema de classificação que os Cursos de Enfermagem vinham utilizando no ensino da metodologia da assistência, em Vitória-ES.

Embora essa iniciativa tenha proporcionado uma reflexão crítica das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, o processo de implementação da SAE não avançou como uma prática institucionalizada. Na ocasião, não houve uma avaliação sistemática do insucesso da capacitação como possibilidade de gerar mudanças na prática do enfermeiro, mas, particularmente, reafirma-se o posicionamento de Antunes (2000, p. 14): “[...] não bastam os esforços da própria corporação para sedimentar no tecido social uma nova prática”. A consolidação de prática qualificada no cotidiano do trabalho em saúde e em Enfermagem depende da confluência de diversos fatores que regulam o processo de produção de saúde.

Certamente, sistematizar a assistência de Enfermagem e implementar um sistema de classificação não me parecia tarefa fácil, pelo contrário, sempre foi desafiador. A *inquietação* para a mudança das práticas de Enfermagem e a busca de um novo referencial persistiam. Em março de 2004, quando fui aprovada para o Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, decidi pelo estudo da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®).

O interesse por essa classificação justifica-se, especialmente, pela possibilidade concreta da aproximação teórico-metodológica do Projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), constituído pela Associação Brasileira de Enfermagem, em 1996, com o compromisso de colaborar com a construção da CIPE® e assumido como estratégia técnica e política para a transformação das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil (EGRY et al., 1999).

Um outro aspecto considerado fundamenta-se no estudo de Felli (2000) para o qual, do ponto de vista da reorganização da prática de ensino, um sistema de

classificação também se constitui num instrumento pedagógico para a reflexão e o desenvolvimento de habilidades diagnósticas e, na medida em que a classificação das práticas de Enfermagem potencializa a qualificação da assistência, o seu ensino deve abranger não só a graduação, mas também a pós-graduação lato e estrito senso.

Definido o referencial, a etapa seguinte implicava a delimitação do problema de pesquisa, o que exigiu uma imersão na literatura disponível, busca de opiniões de *experts* e visita à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para conhecer o processo de inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no sistema de informação da Rede Municipal de Saúde.

Em janeiro de 2005, iniciei atividades docentes em um Curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, para ministrar a disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Nesse cenário, como docente e mestranda em Saúde Coletiva, fez-se necessário pensar no papel da instituição de ensino na formação dos futuros enfermeiros para a produção de novos valores, em uma nova prática sanitária e na inclusão de um instrumento que possibilitasse o planejamento e avaliação da assistência de Enfermagem — a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem. Esse *desafio* traduziu-se pelas seguintes perguntas: o que ensinar diante de um contexto em que o *domínio de Enfermagem* não está claro para as instituições de saúde e até mesmo para os enfermeiros? Como ensinar? Que conteúdos e estratégias viabilizariam o ensino da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) no processo de cuidar?

A coordenação do Curso de Enfermagem apoiou a sugestão da inserção da CIPE® no ensino da metodologia da assistência e, assim, programei, juntamente com essa coordenação, uma oficina intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem com inclusão da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem” para todos os professores, com o objetivo de compreender a estrutura teórico-conceitual do sistema de classificação das práticas de Enfermagem que nortearia a implementação SAE nos campos de estágio.

Dessa forma, com o envolvimento de docentes e acadêmicos de Enfermagem no processo ensino-aprendizagem da estrutura teórico-conceitual da CIPE® e na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem durante o estágio curricular, construindo e reconstruindo, testando e contestando e, sobretudo, apresentando sugestões, percebi que esse poderia ser o foco do meu projeto de mestrado.

Como sujeito ativo desse processo de mudança de referencial na metodologia da assistência no Curso de Enfermagem, observei que havia lacunas que deveriam ser preenchidas. Na verdade, havia a necessidade de se compreender como os docentes e acadêmicos de Enfermagem se posicionariam em frente ao novo sistema de classificação de Enfermagem (CIPE®) e na implementação da SAE e também quais significados atribuiriam à CIPE®, especialmente, na etapa diagnóstica para tomada de decisão no processo de cuidar. Essas indagações foram suscitadas a partir do contexto em que docentes e acadêmicos de Enfermagem até então tinham como prática de ensino e aprendizagem a taxonomia I da NANDA em ambientes hospitalares.

Assim, mediante tais considerações e a relevância de um recorte da realidade a fim de descrevê-la melhor e nela aprofundar-me, a questão norteadora deste estudo foi: *a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem, como referencial teórico-prático para o cuidado de Enfermagem, é percebida por docentes e graduandos como um modelo factível de ser usado?*

Partindo desse questionamento, este estudo se propôs compreender os significados atribuídos pelos docentes e graduandos de Enfermagem à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no processo de cuidar.

2 CONTEXTUALIZANDO OS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM

Os sistemas de classificação da prática de saúde surgiram a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID). Na Enfermagem, de acordo com a literatura, as tentativas de classificação têm surgido desde o início do século XX, quando em 1929, Wilson realizou um estudo com o objetivo de separar os problemas de Enfermagem dos problemas médicos, num esforço para isolar os aspectos particulares da Enfermagem dos cuidados em geral (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Para Carpenito (1997), a Enfermagem necessita de um sistema de classificação, ou uma taxonomia, para descrever e desenvolver um fundamento científico confiável para preencher critérios de profissionalização, como um corpo de conhecimento próprio, autonomia e autodeterminação.

As classificações facilitam a coleta de dados de Enfermagem, sua síntese, planejamento, implementação e avaliação do cuidado a partir de linguagens uniformizadas, favorecendo assim a tomada de decisão, além do agrupamento e comparação desses dados para a inclusão em sistemas de informação em saúde. Entretanto, o processo de classificação exige o desenvolvimento de conceitos, em que a relação entre eles forme a base de um sistema hierárquico de classificação e organização do conhecimento em uma determinada área, servindo, assim, os propósitos das classificações (CHIANCA, 2004).

Alguns estudos relevantes para a prática da Enfermagem, como os 21 problemas, de Abdellah (1960), que direcionam a determinação e a organização dos cuidados de Enfermagem; e a lista das 14 necessidades humanas básicas, de Henderson (1969), têm sido considerados precursores das tentativas para os sistemas de classificação na Enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Na Enfermagem, um certo número de sistemas de classificação desenvolvidos estão relacionados com algumas fases do processo de Enfermagem. Esses sistemas de

classificação possibilitam a descrição dos elementos da prática de Enfermagem: diagnósticos de Enfermagem (fenômenos), intervenção (ações) e resultados. Entre os sistemas de classificação mais conhecidos e utilizados estão: a Taxonomia de Diagnósticos da *North American Nursing Association* (NANDA); a Classificação das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Intervention Classification* (NIC); a Classificação de Resultados de Enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC); o Sistema Comunitário de Saúde de OMAHA - *Community Health System*; a Classificação do Cuidado em Saúde Domiciliar de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem - *Home Health Care Classification* (HHCC); e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; NÓBREGA; GARCIA, 2005).

A taxonomia da NANDA é um dos sistemas de classificação mais divulgados e aplicados no âmbito mundial. Em 1973, quando a primeira conferência para classificação de diagnósticos de Enfermagem foi realizada nos Estados Unidos, as participantes elaboraram e aprovaram a primeira listagem de diagnósticos de Enfermagem e formaram um grupo de trabalho para dar continuidade ao esforço de identificação e classificação dos conceitos que indicam e delimitam o domínio de interesse e de ação profissional de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Esse trabalho da NANDA foi constituído por uma estrutura teórica — os Padrões de Respostas Humanas — trocar, comunicar, mover, conhecer, sentir, perceber, valorar, relacionar e escolher, que, formalmente, regeu a classificação (Taxonomia I) até o início do ano de 2001, quando foi publicada uma nova estrutura para a classificação dos diagnósticos, denominada a Taxonomia II. Esta concepção — Padrões de Respostas Humanas — fundamentou-se na compreensão de que todas as categorias diagnósticas expressam respostas humanas e que conjuntos de diagnósticos que compartilham algumas propriedades constituem padrões. Entretanto, essa estrutura vinha sendo bastante criticada e, a partir de 1994, o Comitê da Taxonomia (parte da NANDA) reconheceu que era viável uma nova estrutura para a classificação, chegando a uma estrutura taxonômica final modificada dos Padrões Funcionais de Saúde, propostos por Gordon (1982) (CRUZ, 2001).

A Taxonomia II caracteriza-se por ser multiaxial e organiza-se, a partir 13 domínios — Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Autopercepção, Relacionamentos de papel, Sexualidade, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Princípios de vida, Segurança/proteção, Conforto e Crescimento/desenvolvimento — 46 classes, 93 conceitos e 167 diagnósticos de Enfermagem aprovados até o momento. Essa estrutura taxonômica, multiaxial, na sua forma, foi projetada para: aumentar a flexibilidade da nomenclatura e permitir acréscimos e modificações de acordo com as convenções atuais de manuseio de terminologias; aumentar a capacidade de generalização e de predição de seus atributos; e identificar e propor novas categorias diagnósticas que pertençam ao domínio da Enfermagem (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

No que diz respeito à Classificação de Intervenções de Enfermagem, esse sistema teve início em 1987 e continua sendo desenvolvido por um grupo de pesquisadoras da Universidade de Iowa, Estados Unidos. Essa classificação emergiu, em parte, do trabalho realizado pela NANDA. Como terminologia de Enfermagem, estabelece denominações precisas para descrever o tratamento, baseado no julgamento clínico que os enfermeiros desempenham para melhorar os resultados do paciente/cliente (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

A NIC consiste em um sistema útil para a documentação clínica e necessária por múltiplas razões: a) padroniza a nomenclatura sobre os tratamentos de Enfermagem; b) amplia o conhecimento de Enfermagem acerca das inter-relações entre diagnósticos, tratamentos e resultados; c) facilita o desenvolvimento da Enfermagem e sistemas de informação de atenção à saúde; d) facilita o ensino para estudantes de Enfermagem na tomada de decisão; e) provê uma linguagem para a comunicação acerca do cuidado entre profissionais ou serviços por onde o paciente percorre durante a atenção à saúde; f) agrega informações para pesquisa; g) avalia a produtividade em termos da relação custo-benefício da intervenção de Enfermagem; h) possibilita a articulação com sistemas de classificação de outros sistemas de saúde (McCLOSKEY; BULECHEK, 1993, 2004).

As 514 intervenções incluídas na NIC (quarta edição) estão agrupadas em 30 classes e sete domínios: Fisiológico-básico, Fisiológico-complexo, Comportamento,

Segurança, Família, Sistema de Saúde, Comunidade (UNIVERSITY OF IOWA COLLEGE OF NURSING, 2006). Cada intervenção apresenta uma lista de atividades para a descrição das ações profissionais no planejamento e implementação da intervenção de Enfermagem.

A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) vem sendo desenvolvida pela Universidade de Iowa, nos Estados Unidos, desde 1991. Essa taxonomia padroniza os resultados esperados nos cuidados da Enfermagem com o indivíduo, família e comunidade; descreve o estado e comportamentos, incluindo percepções e estados subjetivos, do cliente em resposta aos cuidados que lhe foram prestados; e permite uma mensuração consistente na prática clínica para o estabelecimento de metas individuais com o cliente ou comunidades, bem como para mensurar resultados obtidos no processo de atenção à saúde (UNIVERSITY OF IOWA COLLEGE OF NURSING, 2006).

A terceira edição da NOC inclui 330 resultados (311 relacionados com o indivíduo, 10 com a família e 9 com a comunidade) agrupados em 31 classes e em sete domínios – Saúde Funcional; Saúde Fisiológica; Saúde Psicossocial; Conhecimento e Comportamento de Saúde; Saúde Percebida; Saúde da Família; e Saúde da Comunidade. Cada resultado possui um único código que facilita seu uso em sistemas de informação clínica e permite manipulação de dados para questões sobre a efetividade da Enfermagem (UNIVERSITY OF IOWA COLLEGE OF NURSING, 2006).

O Sistema de Classificação de Omaha foi iniciado em 1970, a partir de pesquisas realizadas pela Associação de Enfermeiras Visitantes de Omaha. Essa Classificação oferece um método para documentação da prática interdisciplinar em ambientes comunitários e gerenciamento da informação. O modelo integra conceitos do processo de resolução de problemas, relação cliente-profissional de saúde, bem como conceitos do pensamento crítico e tomada de decisão, que podem ser usados por enfermeiras, outros profissionais de saúde, supervisores e administradores. A estrutura taxonômica compreende três componentes: esquema de classificação de problemas, esquema de intervenções e a escala de avaliação de resultados. Os

componentes provêm uma estrutura para documentar as necessidades dos clientes, descrever intervenções e mensurar resultados (MARTIN, 1999; WESTRA, 2005).

A Classificação do Cuidado em Saúde Domiciliar de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (HHCC) foi desenvolvida nos Estados Unidos, por Virgínia Saba (1991), na Escola de Enfermagem da Georgetown University. Essa classificação foi desenhada para desenvolver um método para acessar e classificar pacientes a fim de determinar os recursos necessários para fornecer serviço de atendimento domiciliar aos pacientes com seguro saúde Medicare (USA), incluindo os resultados do cuidado prestado. A estrutura taxonômica dessa classificação está organizada em 20 componentes de Enfermagem em Cuidado Domiciliar para classificar e codificar os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem em cuidado domiciliar. Um componente de Enfermagem é definido com um conjunto de elementos que representam diferentes padrões de cuidado ao paciente: padrão funcional, comportamental ou fisiológico de cuidado. Cada componente representa um padrão único da prática clínica de Enfermagem em saúde comunitária. Os componentes de Saúde Domiciliar também fornecem uma estrutura para avaliar as solicitações do serviço de Enfermagem — diagnóstico de Enfermagem, objetivos e resultados esperados, intervenções de Enfermagem e tipos de ações. O HHCC pode também ser usado para o processo computacional e análise estatística dos achados de estudo (SABA, 1990).

2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)

Na Enfermagem, a história de uma classificação internacional teve seu início no final da década de 1980, quando as decisões do Comitê Revisor para a Classificação Internacional de Doença (CID -10), criando a Família de Classificações, motivou o envio à Organização Mundial da Saúde (OMS), por um grupo de enfermeiras, membros da *American Nurses Association* (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 Condições Necessárias para o Cuidado de Enfermagem. O esquema de diagnósticos de Enfermagem que foi apresentado incorporava o trabalho da NANDA, da Associação de Enfermeiras Visitantes de OMAHA e do Conselho de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da ANA. Em resposta a essa solicitação, a OMS recomendou a formulação de um sistema de classificação internacional para a Enfermagem, como um componente da Família de Classificações da Saúde, que deveria ser conduzido por uma organização internacional de Enfermagem, para que, dessa forma, fosse representativo da Enfermagem mundial (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Assim, a necessidade para desenvolver um sistema de classificação internacional dos elementos da prática de Enfermagem resultou em uma proposta a qual foi apresentada ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) durante a realização do Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul, Coréia (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A partir da deliberação do Conselho de Representantes de Enfermagem/CIE, em 1991, o CIE iniciou estudos objetivando a elaboração de um sistema que descrevesse a prática de Enfermagem a partir de uma nomenclatura compartilhada pelas enfermeiras de todo o mundo, traduzindo-se em um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 1993).

As primeiras etapas desse projeto constituíram-se em um levantamento bibliográfico na literatura de Enfermagem e de uma pesquisa nas associações membros do CIE, para identificar, nas diversas regiões e países do mundo, os sistemas de classificação usados pelas enfermeiras. Com os resultados obtidos nesse projeto piloto e, posteriormente, com uma análise da CID – 10 das classificações aceitas pela OMS e os quatorze sistemas de classificação de Enfermagem identificados na pesquisa, o CIE apresentou, em 1993, o documento intitulado *Nursing's Next Advance: an Internacional Classification for Nursing Practice – ICNP* (Próximo Avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE), o qual não é considerado uma primeira versão da CIPE®, mas sim a compilação em ordem alfabética dos elementos da prática de

Enfermagem – os diagnósticos, as intervenções de Enfermagem e os resultados esperados – identificados nesses sistemas (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Para o CIE, uma classificação das práticas de Enfermagem deveria ser: útil e passível de ser utilizada pelos profissionais dessa área de todos os países e ampla o bastante para servir aos múltiplos propósitos requeridos pelos diferentes países; simples o bastante para ser vista pelos profissionais de Enfermagem como uma descrição significativa da prática e como uma forma útil para estruturar o cuidado; consistente com uma estrutura conceitual claramente definida, mas não dependente de uma estrutura teórica ou modelo de Enfermagem particular; baseada em um núcleo central que possibilite adições por meio de um processo contínuo de desenvolvimento e refinamento; sensível às variáveis culturais; reflexo do sistema de valores da Enfermagem ao redor do mundo e utilizável de uma forma complementar ou integrada às classificações de doença e saúde desenvolvidas pela OMS, cujo núcleo central é a CID – 10 (ANTUNES, 2000; CIE, 2003).

Em 1996, o CIE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: um Marco Unificador, contendo a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação de Ações de Enfermagem, cujo conteúdo representa os conceitos de Enfermagem identificados por meio de um estudo conduzido para a identificação de denominações pertencentes à Enfermagem em vários Sistemas de Classificação já existentes, mas que foram agrupados e hierarquizados em uma nova combinação. Esses conceitos resultaram na construção de duas pirâmides de conceitos da CIPE®: uma pirâmide dos Fenômenos da Enfermagem e outra de Intervenções da Enfermagem. A Classificação de Fenômenos de Enfermagem representava o domínio do cliente, não importando se esse é o ser humano ou o meio ambiente, e foi construída como uma classificação monoaxial, em cujo vértice se encontra um único princípio geral de divisão – o termo Fenômeno de Enfermagem.² Na Classificação das Intervenções de Enfermagem³, o termo vértice subdivide-se em classes, de acordo com suas

² Fenômeno de Enfermagem: aspecto de saúde de relevância para a prática de Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

³ Intervenções de Enfermagem: ações realizadas em resposta a um diagnóstico de Enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

características específicas, isto é, a classificação foi construída de forma multiaxial e expressava-se em seis eixos: ação, objeto, enfoque, meio, lugar do corpo e tempo/local (NÓBREGA, GUTIÉRREZ, 1999, 2000).

A partir da publicação da Versão Alfa, o CIE passou a receber comentários, observações, críticas das suas Organizações membros, de enfermeiras, de consultores *experts* e recomendações de vários projetos de avaliação da Versão Alfa. Assim, iniciou-se um processo de retroalimentação para um modelo experimental da Versão Beta da CIPE®, numa abordagem multiaxial. Em julho de 1999, o CIE publicou a Versão Beta da CIPE®. Similarmente à Versão Alfa, o foco central da Versão Beta mantém os componentes principais: os Fenômenos de Enfermagem, as Ações de Enfermagem e os Resultados de Enfermagem num enfoque multiaxial, ou seja, permitindo mais de uma divisão do termo superior (*top term*) e combinações dos conceitos das distintas divisões e eixos (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999, 2000).

Para o CIE, o enfoque multiaxial dessa classificação proporciona maior solidez à classificação e serve para diversificar a expressão dos conceitos necessários em uma classificação internacional (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Os objetivos iniciais da CIPE®, estabelecidos pelo CIE e delineados na Versão Alfa, foram revistos durante o desenvolvimento da Versão Beta (1999) e na Versão Beta 2 (2002). Esses objetivos, que continuam a direcionar os pressupostos da CIPE® são: estabelecer uma linguagem comum para a prática de Enfermagem, de forma a aumentar a comunicação entre as enfermeiras; descrever o cuidado de Enfermagem prestado às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) no âmbito mundial; possibilitar a comparação de dados de Enfermagem obtidos de diversos contextos clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo; demonstrar ou projetar tendências na provisão de tratamentos e cuidados de Enfermagem e na alocação de recursos para os pacientes de acordo com suas necessidades, baseados nos diagnósticos de Enfermagem; estimular a pesquisa em Enfermagem e em outros sistemas de informações de saúde; e propiciar dados sobre a prática de

Enfermagem de modo que possam influenciar a tomada de decisão em políticas de saúde (CIE, 2003).

A Versão Beta 2 da CIPE® (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003) continua sendo descrita como um processo dinâmico sujeito a mudanças. Nessa versão, a Classificação de Fenômenos de Enfermagem foi constituída de oito eixos denominados de: Foco da prática de Enfermagem, Julgamento, Frequência, Duração, Lugar do corpo, Topologia, Probabilidade e Portador, os quais são apresentados no Quadro 1.

EIXO	DEFINIÇÃO	TERMOS SELECIONADOS
Eixo A: Foco da prática de Enfermagem	Área de atenção descrita por um comando social e profissional e uma estrutura conceitual da prática profissional de Enfermagem	Dor, dispnéia, processo familiar
Eixo B: Julgamento	Opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de Enfermagem com relação ao estado de um fenômeno de Enfermagem, incluindo a relativa qualidade da intensidade ou grau da manifestação do fenômeno de Enfermagem	Alterado, prejudicado, diminuído
Eixo C: Frequência:	Um número de ocorrências ou repetições de um fenômeno de Enfermagem durante um intervalo de tempo	Intermitente, freqüente
Eixo D: Duração	O intervalo de tempo durante o qual um fenômeno de Enfermagem ocorre	Agudo, crônico
Eixo E: Topologia	A região anatômica em relação a um ponto mediano ou a extensão de uma área anatômica de um fenômeno de Enfermagem	Direito, esquerdo, parcial, total
Eixo F: Local do corpo	A posição anatômica ou localização de um fenômeno de Enfermagem	Braço, cotovelo
Eixo G: Probabilidade	A probabilidade ou chance da ocorrência de um fenômeno de Enfermagem	Risco, chance
Eixo H: Portador	Entidade que pode ser dita como possuidora do fenômeno de Enfermagem	Indivíduo, família, comunidade

Quadro 1: Eixos da classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE® - Versão Beta 2

Na CIPE®, um diagnóstico de Enfermagem⁴ é composto de um conceito que está presente nos eixos da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem, devendo incluir, obrigatoriamente, um termo do Eixo Foco da Prática de Enfermagem e um

⁴ Diagnóstico de Enfermagem: título dado pela enfermeira para uma decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

termo do Eixo Julgamento ou do Eixo Probabilidade. Os termos dos outros eixos são opcionais para expandir e melhorar o diagnóstico e somente um termo pode ser usado de cada eixo para compor o diagnóstico (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

A Classificação das Ações de Enfermagem mantém a estrutura multiaxial, constituída por oito eixos representados no Quadro 2. Para as finalidades da CIPE® (2003), uma intervenção de Enfermagem é composta de conceitos presentes nos eixos da Classificação das Ações de Enfermagem e deve incluir um termo do Eixo Tipo de Ação. Os termos de outros eixos são opcionais para expandir ou melhorar uma intervenção. Somente um termo pode ser usado de cada eixo para cada intervenção.

EIXO	DEFINIÇÃO	TERMOS SELECIONADOS
Eixo A: Tipo de Ação	Ato desempenhado por uma ação de Enfermagem	Ensinar, inserir, monitorar
Eixo B: Alvo	Entidade que é afetada por uma ação de Enfermagem ou fornece o conteúdo de uma ação de Enfermagem	Parte do corpo, pessoa
Eixo C: Meios	Entidade para desempenhar uma ação de Enfermagem. Os meios incluem tanto os instrumentos definidos como ferramentas usadas para desempenhar uma ação de Enfermagem e os serviços , definidos como algum trabalho específico ou plano usado para desempenhar uma ação de Enfermagem	Bandagens, cateter, sonda
Eixo D: Tempo	A orientação temporal de uma ação de Enfermagem. O tempo inclui tanto um ponto de tempo (evento) definido como um momento no tempo e o intervalo de tempo (episódios) definido como a duração entre dois eventos	Na admissão, pré-operatório, durante a visita
Eixo E: Topologia	A região anatômica em relação a um ponto mediano ou a extensão de uma área anatômica envolvida na ação de Enfermagem	Esquerdo, direito, parcial
Eixo F: Localização	A região anatômica ou espacial de uma ação de Enfermagem. Localização inclui tanto o lugar do corpo , definido como uma localização ou posição de uma ação de Enfermagem, quanto o local , definido como uma localização espacial onde a ação de Enfermagem ocorre	Domicílio, berçário, tórax
Eixo G: Via	O caminho pelo qual a ação de Enfermagem é desempenhada	Oral, intramuscular, subcutâneo
Eixo H: Beneficiário	A entidade para a qual o beneficiário de uma ação de Enfermagem é desempenhada	Indivíduo, grupo

Quadro 2. Eixos da Classificação de Ações de Enfermagem da CIPE - Versão Beta 2

Finalmente, na CIPE® Versão Beta 2, a finalidade da estrutura da Classificação dos Resultados de Enfermagem⁵ é identificar e distinguir a contribuição específica da Enfermagem dentro do complexo espectro que envolve os resultados do cuidado à saúde, fornecendo uma forma de descrever os resultados relacionados com os diagnósticos de Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

Para o CIE (2005), o Programa da CIPE® e seu produto, a CIPE®, devem ser sempre considerados dinâmicos e progressivos. Assim, com apoio da Fundação W.K. Kellogg, vários países ao redor do mundo, incluindo o Brasil, conduziram pesquisas com grupos de trabalho, utilizando metodologias e testando instrumentos para identificar e validar conceitos representativos das práticas de Enfermagem na atenção primária à saúde. Esse trabalho resultou na adição de muitos novos termos e definições para a CIPE® e, em 2005, foi publicada uma nova Versão — a CIPE® Versão 1 (ICN, 2005).

A CIPE® Versão 1 consiste em um recurso que pode ser usado para desenvolver novos vocabulários (como uma terminologia combinatória) e que pode identificar relações entre conceitos e vocabulários (como uma terminologia de referência). As principais recomendações do Grupo Estratégico para a CIPE® Versão 1 foram: a) prover uma maior base para a CIPE®; e, b) desenvolver um *software* com capacidade de satisfazer necessidades correntes e critérios aceitos para uma terminologia acessível aos usuários da Enfermagem. Entretanto, o CIE continua apoiando a utilização da CIPE® Versão Beta 2, a qual tem sido amplamente utilizada ao redor do mundo, especialmente, para a pesquisa e desenvolvimento de novos termos representativos das práticas de Enfermagem locais. O desenvolvimento da CIPE® Versão 1 possibilita que os enfermeiros continuem utilizando a Beta 2 diretamente e, posteriormente, migrem para os novos eixos da Versão 1, quando forem traduzidos em seu país, preservando o valor histórico dos dados produzidos até então (ICN, 2005).

⁵ Resultados de Enfermagem: medida ou o estado de um diagnóstico de Enfermagem em um determinado período, após a intervenção de Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

A Versão 1 da CIPE® apresenta-se com sete eixos, unificando os oitos eixos da estrutura da Classificação de Fenômenos de Enfermagem e os oitos eixos da estrutura da Classificação de Ações de Enfermagem. O novo modelo simplificado de sete eixos poderá ser usado para os enfermeiros construírem diagnósticos, intervenções e resultados em sua prática, inclusive para organizar catálogos. O CIE define catálogos da CIPE® como um conjunto específico de diagnósticos, intervenções e resultados para uma área específica ou especialidade da prática de Enfermagem, por exemplo, um catálogo CIPE® em Aderência ao Tratamento (ICN, 2005).

O esforço coletivo no desenvolvimento e na implementação de uma terminologia de Enfermagem ganha um reforço maior pelos avanços da informática em saúde e pelo desenvolvimento da infra-estrutura nos cenários de prática. Nesse sentido, a CIPE® se mostra como um caminho eficiente ao desenvolvimento de uma terminologia única em Enfermagem por congregar, em sua classificação, os diagnósticos, as ações e os resultados de sua prática e, ao mesmo tempo, permitir sua estruturação em uma plataforma computadorizada (SASSO, 2006).

Dessa forma, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem configura-se em um instrumento de informação para: descrever os elementos da prática de Enfermagem, ou seja, os diagnósticos, as ações e os resultados de Enfermagem; prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde; promover mudanças na prática de Enfermagem por meio da educação, administração e pesquisa (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003).

2.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESC®)

A participação brasileira no Projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem iniciou em 1994, quando as associações de Enfermagem de quatro países da América Latina — Chile, Colômbia, México e Brasil — entre outros países

reuniram-se na cidade de Tlaxcala-México. Na reunião, promovida pelo Conselho Internacional de Enfermagem e financiada pela Fundação 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 (ANTUNES et al., 1997).

Concomitantemente à demanda do CIE, a CIPE® encontrou no Brasil eco extremamente forte, pois o contexto era de mudanças paradigmáticas, decorrentes do movimento da reforma sanitária, o qual provocou a Enfermagem a reolhar as suas práticas, principalmente no âmbito da saúde pública e de atenção primária à saúde. Assim, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) concebeu o Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), registrando definitivamente a diferença paradigmática sob a qual pretendia olhar as práticas de Enfermagem, destacando aquelas realizadas fora do âmbito da internação hospitalar (EGRY, 2000).

Em setembro de 1996, a ABEn Nacional foi informada de que o Projeto foi aprovado pelo Conselho Internacional de Enfermagem. O Projeto CIPESC, sob a orientação do CIE e contando também com o auxílio financeiro da Fundação W. K. Kellogg, foi apresentado oficialmente na X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo mês (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1996).

Segundo narra Egrý (1999), a opção pelo desenvolvimento do projeto brasileiro foi definida a partir do entendimento de que a sistematização da classificação da prática de Enfermagem, desenvolvida pela ABEn, deveria considerar, fundamentalmente, os pressupostos da Reforma Sanitária em implantação no Brasil propondo: a incorporação da dimensão social, política, ética e subjetiva do processo saúde/doença; o amplo envolvimento das instituições de saúde, dos enfermeiros pesquisadores, docentes e assistenciais; a possibilidade de construir um instrumento de trabalho que permitisse o reconhecimento das práticas de Enfermagem e a análise crítica de sua relação com as demais práticas existentes na produção de serviços do setor saúde; a construção de uma metodologia investigativa sobre a

prática de Enfermagem que permitisse a reflexão sobre o trabalho, do ponto de vista dos partícipes, e a construção de um sistema de informações dialógico que permitisse dar visibilidade às ações da Enfermagem no âmbito nacional e internacional.

A contribuição brasileira, ao assumir a necessidade de aceitar o desafio da CIPE® executando o Projeto CIPESC, demonstrou a possibilidade concreta de construção coletiva do método e do resultado; da apropriação teórica e metodológica de um novo paradigma, suscitando a vocalização dos atores acerca da realidade vivida e suas contradições em busca da superação (EGRY, 2000).

O Projeto CIPESC, desenvolvido de 1996 a 2000, considerou, na sua execução, a dimensão continental do País, as diferenças socioeconômicas, a diversidade cultural e seu acesso geográfico, definindo 15 cenários de pesquisa, representantes de todas as Regiões do País, para a operacionalização das atividades, que foram desenvolvidas em duas etapas: a) caracterização dos cenários e força de trabalho de Enfermagem; e b) coleta de dados acerca das práticas dos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva (NÓBREGA; GARCIA, 2005). Os resultados dessas pesquisas foram editados pela ABEn Nacional nas publicações: “A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva” (CHIANCA; ANTUNES, 1999) e “Sistema de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo” (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

De acordo com Egry (2000), não é demasiado exagero a criação de um verbo – *cipescar* – para descrever o processo que tomou conta de uma produção ímpar de conhecimento. Para a autora, *cipescar* representa um trabalho coletivo, participativo, congregando a academia, os serviços e a Associação Brasileira de Enfermagem, desde o desenho do projeto, passando pela escolha dos cenários, a capacitação e envolvimento dos pesquisadores, a socialização dos resultados, a produção de textos e publicações até o que imaginava impossível – o olhar da Saúde Coletiva da lógica dialética e o inventário vocabular, semântico, da lógica formal.

Desde o término do Projeto CIPESC, em 2000, muitos trabalhos já foram desenvolvidos com os resultados da CIPESC® (ANTUNES, 2001; GARCIA; NÓBREGA; SOUSA, 2002; NÓBREGA; GARCIA, 2002; ALBUQUERQUE; CUBAS, 2005, entre outros) e novos estudos trilham na perspectiva de construção de uma Terminologia de Enfermagem Brasileira capaz de garantir a visibilidade da Enfermagem nos sistemas de informação de saúde, o desenvolvimento de sistemas que apoiem o trabalho das enfermeiras nos serviços de saúde multidisciplinares e a representação da contribuição do trabalho da Enfermagem na informação do cuidado em saúde (SASSO, 2006).

3 ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA A INCLUSÃO DA CIPE® NO PROCESSO DE CUIDAR

“A ênfase primária de qualquer modelo de competência não está nos déficits de SER, mas nos poderes do TORNAR-SE” (DOLL, 1997)

Este capítulo descreve as estratégias pedagógicas utilizadas para o ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem, a inclusão da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem no processo diagnóstico e os desafios para ensinar estudantes de Enfermagem a se tornarem enfermeiros “diagnosticistas”.

As estratégias pedagógicas para o desenvolvimento das habilidades diagnósticas são desafiadoras, porque o número de possíveis respostas humanas aos problemas de saúde ou processos de vida é incalculável, e o processo diagnóstico de Enfermagem abrange diferentes aspectos, tornando-o complexo e multidimensional (CARLSON-CATALANO, 2004).

O trabalho desta pesquisadora com a disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assim denominada pelo Curso de Enfermagem, teve início em fevereiro de 2005, direcionado aos acadêmicos do 6º período, com o objetivo de instrumentalizá-los para a implementação da SAE no estágio curricular no 7º período, tanto no hospital como na Saúde Coletiva. Como esse grupo de estudantes já havia apreendido os conteúdos de Semiologia e a Taxonomia I da NANDA, no 4º período, o foco da disciplina no 6º período foi a fundamentação teórico-conceitual da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a inserção da CIPE® no processo diagnóstico.

A disciplina contou com uma carga horária de 60 horas e, para o planejamento do ensino, foram estabelecidas, criteriosamente, competências e habilidades necessárias para o desenvolvimento da disciplina, procurando vincular a dimensão sociopolítica da *educação*, como propõe Carlos Henrique Carrilho Cruz (2001) em sua obra *“Competências e Habilidades: da proposta à prática”*.

Para Cruz (2001) a questão das competências e habilidades passa, necessariamente, pelas relações educação/trabalho. Os novos modelos de produção exigem capacidade de pensar, decidir, tomar iniciativa, ler processos em movimento, expressar-se com clareza e ser autônomo.

Dessa forma, os desafios de ensinar o desenvolvimento de habilidades diagnósticas de Enfermagem descritos por Carlson-Catalano (2004), constituíram o alicerce da disciplina. Entre os desafios citados por essa autora, quatro deles foram explorados com o objetivo de imprimir as dimensões social, política e ética do processo de produção da saúde e das práticas de Enfermagem. São eles: a) entender o que significa ser um membro de uma profissão; b) esclarecer o que constitui o domínio de Enfermagem; c) comunicar a relevância clínica dos diagnósticos de Enfermagem para as intervenções e resultados; e d) obter conhecimento do processo diagnóstico.

Esses desafios foram transformados em competências conceituais, procedimentais e atitudinais, constituindo-se no Plano de Ensino da disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem, cujas estratégias pedagógicas serão descritas a seguir para melhor compreensão da forma como foram exploradas.

O primeiro desafio, *entendendo o significado de ser um membro de uma profissão*, implica desenvolver nos estudantes de Enfermagem a consciência das responsabilidades profissionais que acompanham a prática de Enfermagem e o papel diagnóstico.

Para Carlson-Catalano (2004), existem mal-entendidos sobre o entendimento de “fazer parte de uma profissão”, porque o termo “profissão” pode ser interpretado como um verbo ou um substantivo. Segundo a autora, o sentido verbal da palavra profissão refere-se a como um indivíduo deveria agir, comportar-se como profissional. Esse tipo de interpretação, “ser profissional”, pode diferir com cada indivíduo e ser confuso, porque a ação correta está relacionada com um número infinito de situações. No sentido substantivo, é multidimensional e carrega consigo muitas responsabilidades profissionais. A integração dos aspectos que envolvem o significado de ser membro de uma profissão desenvolve a identidade profissional, a

autoconfiança profissional e a integridade profissional necessárias para o papel de “diagnosticista”.

Para abordar esse desafio, os estudantes foram divididos em pequenos grupos com a tarefa de discutir o *significado de ser membro de uma profissão* e os *componentes*⁶ *de uma profissão*. Cada grupo recebeu uma porção de argila úmida, jornal e luvas. O grupo deveria escolher um relator e o resultado da discussão em grupo deveria ser apresentado em plenária. O trabalho de modelagem com a argila procurou envolver os estudantes em uma atividade em que o processo intelectual, para buscar conceitos, definições, símbolos ou paradigmas, pudesse estar associado à criatividade e à arte de modelar, enfim, criar seus próprios conceitos. Questões dirigidas aos estudantes, tais como, “Quem é enfermeiro é profissional?” e “Por que a Enfermagem é uma profissão?”, estimularam a discussão sobre quais seriam os componentes de uma profissão. Após a discussão e os trabalhos com a argila, os relatores apresentaram os resultados da discussão no grupo e expuseram como foram representados pela argila. Toda a atividade foi registrada como uma espécie de *diário de campo*. Na aula seguinte, o consolidado dos significados apresentados pelos estudantes foi reintroduzido e aprofundado a partir da fundamentação conceitual dos componentes de uma profissão e da aplicação para a Enfermagem.

Depois de definir cada componente, os alunos foram estimulados a refletir sobre até que ponto a Enfermagem satisfaz cada um deles e sobre as responsabilidades associadas a fazer parte de uma profissão. Esse processo permitiu que eles percebessem a complexidade, a diversidade e as responsabilidades do *status* profissional, especialmente, de “ser enfermeiro”.

Para o desafio *entender o domínio de Enfermagem*, foi solicitado aos estudantes que refletissem sobre o tema e respondessem individualmente à questão: “Qual o domínio de Enfermagem?” Essas definições foram recolhidas e analisadas para

⁶ Os componentes de uma profissão e a aplicação para a Enfermagem (teoria, relevância social, educação, motivação, autonomia, compromisso, comunidade, código de ética) são apresentados por Carlson-Catalano (2004) a partir de *Professional nursing: concepts and challenges*, por K. Chitty. Philadelphia: Saunders, 1996.

obtenção dos *núcleos significantes* descritos pelos estudantes. Os núcleos significantes representavam frases ou palavras-chave que foram consolidadas e transformadas em recurso didático para apresentação aos estudantes, promovendo uma nova reflexão e discussão sobre o tema. Foi necessário, também, resgatar a trajetória da Enfermagem brasileira, especialmente, a partir da década de 30, pois, as lutas e conquistas da Enfermagem acompanharam a história das políticas econômicas e sociais do País e explorá-las ajudou os estudantes a compreender as práticas de Enfermagem atuais. Nesse contexto, os estudantes foram preparados para desenvolver definições pessoais de Enfermagem e (re)construir conceitos inerentes ao domínio de Enfermagem que possam ser memorizados e articulados.

Segundo Carlson-Catalano (2004), a articulação clara de uma definição de Enfermagem contribui para a formação da identidade profissional, da autoconfiança profissional e da integridade profissional.

A relevância clínica dos diagnósticos de Enfermagem constituiu um dos maiores desafios para o ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois, nos campos de atuação dos estudantes de Enfermagem, os enfermeiros não documentam os diagnósticos de Enfermagem, o que exigiu maior esforço para ajudar os estudantes a reconhecerem que as interpretações das respostas humanas guiam a seleção de intervenções e a obtenção de resultados positivos.

Para Carlson-Catalano (2004), alguns enfermeiros não reconhecem a relevância clínica de suas interpretações das respostas dos pacientes a intervenções de Enfermagem. Uma razão para isso é que as interpretações das respostas humanas não são reconhecidas como diagnósticos de Enfermagem. Contudo, todos os enfermeiros interpretam casos clínicos para fazer intervenções, até mesmo quando eles não comunicam essas interpretações como diagnósticos de Enfermagem. Quando as interpretações das experiências do paciente não são comunicadas a outros, a relevância dessas interpretações para os resultados dos pacientes não é reconhecida e o seu valor e a sua importância permanecem invisíveis.

A consciência desse processo foi explorada em sala de aula por meio de exercícios de identificação e definição de abstrações de dados, de modo que os estudantes

pudessem aceitar a posição teórica de que todos os enfermeiros interpretam dados clínicos, quer eles comuniquem ou não as suas interpretações como diagnósticos de Enfermagem. Para isso, várias imagens de problemas de saúde e situações de vida foram apresentadas e os estudantes foram estimulados a fazer interpretações que foram emitidas na forma de inferências declaradas, como títulos ou frases curtas. Perguntas como “Que aspectos são relevantes para a prática de Enfermagem nessas situações?” e “Quais fatores de risco poderiam estar associados?” ajudaram os estudantes a reconhecerem a importância do pensamento crítico, desenvolvendo, assim, as habilidades cognitivas necessárias para a realização de diagnósticos de Enfermagem. Posteriormente, para melhor demonstrar o significado das interpretações, os estudantes foram instruídos a avaliar, com base em um estudo de caso, até que ponto a interpretação das evidências influenciou o que eles escreveram como intervenções de Enfermagem. A partir dessa experiência, os estudantes de Enfermagem reconheceram o processo natural de derivar inferências a partir de dados e a relevância de suas interpretações para as intervenções e resultados esperados.

O quarto desafio implicava *conhecer o processo diagnóstico* e inserir a estrutura conceitual da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para a construção de diagnósticos de Enfermagem. Primeiramente, os estudantes foram informados de que o conhecimento do processo diagnóstico em Enfermagem tem sido desenvolvido desde a metade dos anos de 1970, porque, no passado, foi dada maior ênfase às outras fases do Processo de Enfermagem.

Embora o processo diagnóstico fosse considerado mais difícil de ensinar que as outras etapas, porque as estratégias pedagógicas deveriam refletir o entendimento do pensamento crítico, a precisão dos diagnósticos e o conhecimento dos conceitos diagnósticos, percebeu-se que, nesse momento da disciplina, as estratégias anteriores suscitaram um entusiasmo nos estudantes para buscar novos modos de *pensar, aprender, fazer e ser* enfermeiro.

Após introduzir os referenciais teórico-conceituais inerentes à Sistematização da Assistência de Enfermagem e apresentar as perspectivas históricas dos sistemas de classificação no mundo e no Brasil, gradativamente, foram introduzidos o conceito

de fenômeno de Enfermagem e a estrutura conceitual da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão Beta 2, traduzida por Marin (2003).

Para os trabalhos em sala de aula, o Curso de Enfermagem adquiriu vários exemplares da CIPE® Beta 2, e as estratégias implementadas para o enfrentamento desse desafio foram: a) elaboração de um roteiro de histórico de Enfermagem baseado em um modelo teórico, e modelos de impressos para registro de Enfermagem (evolução, diagnóstico e prescrição); b) discussão de casos reais a partir da prática clínica; c) trabalho em pequenos grupos com estudos de caso; d) discussões orientadas sobre o uso do processo diagnóstico pelo grupo; e) comparações de hipóteses diagnósticas com as de outros; f) dramatização com simulação de caso clínico.

A elaboração de impressos específicos para o registro de Enfermagem (histórico, diagnóstico, prescrição e evolução) surgiu da ausência desses impressos nos campos de estágios previstos para o 7º período, especialmente, na área hospitalar. Havia interesse, por parte da instituição de ensino, em dar visibilidade às atividades acadêmicas de Enfermagem no hospital de referência para o estágio curricular. Assim, a coordenação do Curso de Enfermagem juntamente com a Direção de Enfermagem do hospital integraram esforços para apoiar o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem pelos acadêmicos de Enfermagem, durante o estágio curricular.

Dessa forma, para a elaboração do roteiro do histórico de Enfermagem, os estudantes foram divididos em cinco grupos. Cada grupo ficou responsável por uma área de atenção, assim definidas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e maternidade. Os grupos foram até o campo de estágio e fizeram um reconhecimento dos modelos de impresso já existentes e verificaram como eram feitos os registros de Enfermagem nos prontuários. A meta era construir, a partir da realidade encontrada, um instrumento de coleta de dados compatível com as propriedades descritas por Barros e Gutiérrez (2004), entre as quais as autoras destacam: ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em modelos teóricos ou teorias de Enfermagem.

Após a visita ao campo de estágio, foram realizadas contínuas discussões de grupo para a definição da teoria de Enfermagem que guiaria a coleta de dados. Vários seminários foram realizados para aprofundar as discussões sobre as teorias e a relação de cada uma com o processo de Enfermagem. Assim, evidenciou-se a familiaridade dos estudantes com a Teoria de Levine, pois, no 4º período havia sido introduzido o modelo teórico-prático da metodologia da assistência à luz da Teoria de Levine e a Classificação Diagnóstica da NANDA proposta por Oliveira e Vargas (2001). Segundo essas autoras, Levine estabelece três princípios de *integridade*, caracterizados pela conservação de energia — *integridade estrutural*, *integridade pessoal* e *integridade social*. A coleta de dados referendada por Levine deve privilegiar as áreas de conservação de energia no “[...] âmbito de perdas e ganhos de ordens biológicas, pessoais, sociais e espirituais, tendo como papel fundamental para o enfermeiro manter e/ou recuperar o equilíbrio energético” (OLIVEIRA; VARGAS, 2001, p. 12).

A articulação desses conceitos subsidiou a construção de um modelo de histórico de Enfermagem baseado na proposta de Oliveira e Vargas (2001) que dividiram os diagnósticos da NANDA com as integridades estrutural, pessoal e social e cada uma delas em funções.

Dessa forma, os fenômenos de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®, Versão Beta 2, foram relacionados com os princípios de integridade de Levine. Os fenômenos do ser humano descritos na CIPE® são apresentados em dois níveis – as Funções e a Pessoa — de acordo com o que se acredita ser o foco primário da prática de Enfermagem. O termo funções descreve os processos biológicos que pertencem aos fenômenos de interesse para a Enfermagem e foi relacionado com o princípio de *integridade estrutural* de Levine.

Os fenômenos de Enfermagem classificados como Pessoa na CIPE®, Versão Beta 2, dividem-se em dois grandes grupos: ações da pessoa e razões para as ações. Esses fenômenos foram, então, associados ao princípio de *integridade pessoal* de Levine. Para Oliveira e Vargas (2001), esse princípio refere-se à singularidade da pessoa, seu modo de conceber, agir e transcender nas situações diversas. O eixo

norteador de conservação de energia dessa integridade ocorre na medida em que se respeitem esses valores.

Os fenômenos de Enfermagem descritos nas categorias Família, Comunidade e no foco Ambiente foram relacionados com o princípio de *integridade social*. É importante ressaltar que o foco Ambiente da CIPE, Versão Beta 2, não estava incorporado à subdivisão do foco Ser humano do núcleo central dos fenômenos de Enfermagem, mas entendemos a partir das discussões com os estudantes e a articulação de conceitos do pensamento teórico de Enfermagem que formam o metaparadigma de Enfermagem – *saúde, enfermagem, pessoa e ambiente* — que o foco Ambiente⁷ da CIPE® deveria incorporar a prática do processo de cuidar do ser humano e sua interação com o ambiente físico, biológico e artificial. Nesse sentido, contextualizar o ambiente e os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, especialmente, na atenção primária, é fundamental para o processo de cuidar com base em um modelo teórico, de conservação da integridade do ser humano como um ser indivisível.

Assim, tomando como núcleo central a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e os princípios de integridade de Levine, foi possível montar um diagrama para subsidiar a construção do histórico de Enfermagem (Figura 1).

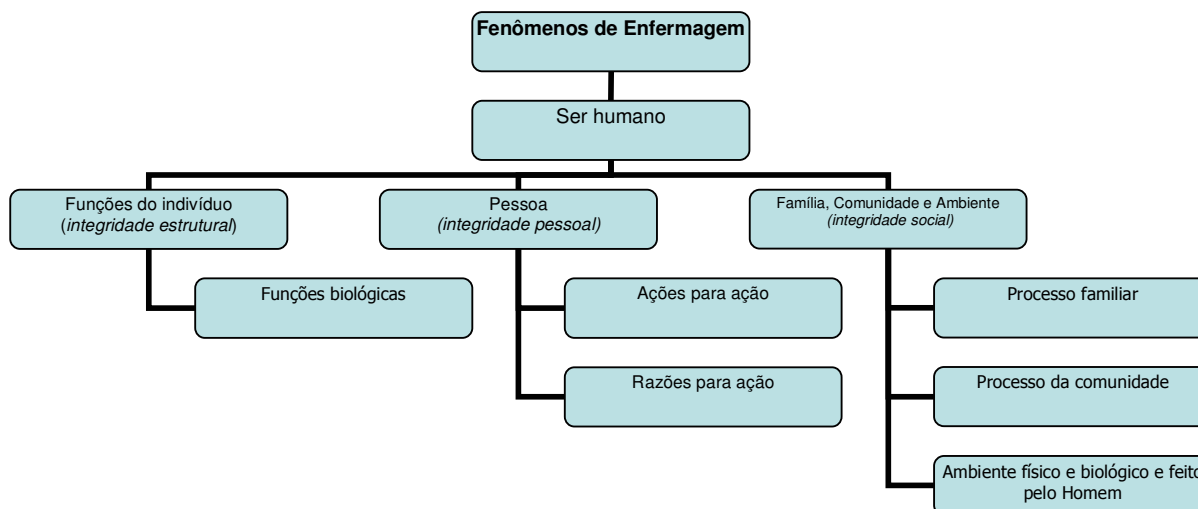


Figura 1 – Classificação dos Fenômenos de Enfermagem da CIPE, Versão Beta 2, relacionados com os princípios de *integridade estrutural, pessoal e social* de Levine

⁷ Para o Conselho Internacional de Enfermagem (2003, p. 82) ambiente “[...]é um tipo de fenômeno de enfermagem com características específicas: condições ou influências sob as quais os seres humanos vivem ou se desenvolvem”.

Embora o Histórico de Enfermagem elaborado seguisse o modelo teórico de Levine, outras teorias, como a Teoria de Horta (1979) e da Teoria do Autocuidado de Orem (1985), guiaram as discussões dos estudantes em sala de aula.

A Teoria de Horta (1979) foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow (1970) e o sistema de classificação de Mohana (1964), utilizando na Enfermagem as denominações: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Segundo Horta (1979), todas essas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano, integrando, assim, fundamentalmente, o conceito holístico do homem.

Para Orem (1985), a Enfermagem tem o poder de satisfazer às necessidades de autocuidado para a manutenção da vida e da saúde, a recuperação da doença ou da agressão ou para a convivência com os seus efeitos.

Todos esses conceitos foram fundamentais não só para a construção de um roteiro da entrevista e do exame físico, mas, sobretudo, para o desenvolvimento dos elementos inerentes à prática do Processo de Enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados). A articulação desses conceitos subsidiou os estudantes a determinarem o que deve ser observado e investigado em cada foco da prática de Enfermagem⁸ nas integridades estrutural, pessoal e social, bem como organizar o pensamento na observação, investigação e interpretação dos dados coletados, guiar e apontar soluções e também permitir uma avaliação.

Vale a pena ressaltar que esse processo de construção coletiva do histórico de Enfermagem e dos demais impressos que seriam formatados para a implementação da SAE não se limitava ao cumprimento de uma tarefa, mas se pretendia aumentar o conhecimento dos estudantes para que eles se sentissem responsáveis no processo que tornaria visível a prática acadêmico-assistencial, especialmente, a cientificidade da Enfermagem durante o estágio curricular.

⁸ Para o Conselho Internacional de Enfermagem, *Foco da Prática de Enfermagem* é definido como a área descrita por um comando social e profissional e uma estrutura conceitual da prática profissional de Enfermagem. Por exemplo: dor, auto-estima, pobreza (CIPE, 2003).

3.1 OFICINA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA DOCENTES DE ENFERMAGEM

Uma outra estratégia para apoiar a implementação da SAE e inclusão da CIPE®, durante as atividades acadêmico-assistenciais, foi a realização de uma oficina para os docentes do Curso de Enfermagem da Instituição em estudo. O projeto foi elaborado e apresentado à Coordenação do Curso com a seguinte ementa: é fundamental que docentes do Curso de Enfermagem desenvolvam uma reflexão crítica sobre o ensino e a prática de Enfermagem no sentido de consolidar uma identidade institucional a respeito do domínio de Enfermagem e, dessa forma, contribuir para a formação de enfermeiros “diagnosticistas”, capazes de sistematizar a assistência, visando à qualidade da atenção à saúde, comunicando sua ciência, fortalecendo o ensino e a pesquisa.

A oficina foi realizada com uma carga horária de oito horas para uma primeira aproximação com os referenciais teóricos e conceituais da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®). Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos: a) compreender os desafios para o ensino das habilidades diagnósticas; b) identificar os sistemas de classificação de Enfermagem; b) compreender o processo de construção de diagnósticos a partir da CIPE®; c) socializar os instrumentos elaborados para implementação do Processo de Enfermagem no estágio curricular; d) debater a proposta de implementação da SAE e a utilização da CIPE® no processo de diagnóstico durante o estágio no 7º período; e) propor um grupo de estudo: Sistematização, Ensino e Pesquisa.

O projeto da oficina foi encaminhado como uma atividade de Extensão Universitária, realizada nos dias 23 e 24 de junho de 2005, com a seguinte denominação “Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem com a Inclusão da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem”. Participaram da oficina dezesseis docentes do Curso de Enfermagem e seis enfermeiros do hospital de referência para o estágio de Enfermagem no 7º período.

No que diz respeito aos encaminhamentos da oficina, os docentes, juntamente com as coordenações envolvidas na condução das atividades acadêmicas do 7º período, decidiram que a proposta de implementação da SAE e da CIPE® iniciaria em uma unidade piloto e gradativamente se estenderia para as demais unidades do campo de estágio. Para apoiar os professores no processo de operacionalização da SAE e no processo diagnóstico com base na estrutura conceitual da CIPE®, foi aceita a proposta de organização de um grupo de estudo.

3.2 PROJETO DE EXTENSÃO

Como estratégia para desenvolver as habilidades diagnósticas dos graduandos de Enfermagem e a utilização da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem no processo de cuidar, foi oferecido um projeto de extensão para os acadêmicos de Enfermagem já inseridos no estágio curricular do 7º período, durante o segundo semestre de 2005. Esse projeto foi aprovado com uma carga horária de cem horas e teve como objetivo desenvolver as habilidades conceituais, intelectuais e técnicas necessárias para a formação de enfermeiros “diagnosticistas” e identificar o perfil diagnóstico de pacientes que tiveram a assistência realizada e documentada pelos acadêmicos de Enfermagem durante o estágio curricular.

O projeto foi desenvolvido com 30 horas presenciais e 70 horas de dispersão. As atividades de dispersão consistiam em: a) coleta de dados por meio do histórico de Enfermagem; b) elaboração de diagnósticos de Enfermagem com identificação dos fenômenos de Enfermagem e opinião clínica sobre o estado desses fenômenos; e, c) elaboração de um banco de dados. As atividades presenciais foram desenvolvidas a partir de discussão em pequenos grupos.

A discussão dividia-se em três momentos: a) levantamento dos aspectos relevantes para a prática de Enfermagem identificados no histórico de Enfermagem e as manifestações clínicas ou características específicas associadas; b) análise comparativa dos dados encontrados com as definições descritas na CIPE®; c)

consenso sobre a opinião clínica (julgamento) sobre os fenômenos de Enfermagem encontrados.

Para os fins da pesquisa do perfil diagnóstico da clientela atendida, somente foram considerados os diagnósticos de Enfermagem em que havia convergência entre os dados da anamnese e exame físico realizado pelo estudante, a definição do fenômeno de Enfermagem estabelecido na CIPE® e a presença de evidências relevantes para compor os diagnósticos. Os diagnósticos de Enfermagem identificados foram categorizados de acordo com sua frequência e relacionados com os Princípios de Conservação da *integridade estrutural, pessoal e social* da Teoria de Levine.

Participaram efetivamente do projeto 17 estudantes do total de 43 matriculados no 7º período de Enfermagem. O banco de dados coletados dos registros de Enfermagem, no período de agosto a novembro de 2005, possibilitou analisar uma amostra, a qual foi caracterizada por 94,9% (56) de pacientes hospitalizados e 5,1% (3) de pacientes na Atenção Primária. O estudo possibilitou a identificação de 103 diagnósticos, a partir da estrutura conceitual da CIPE®. Os diagnósticos encontrados representaram, respectivamente, 75,7% de diagnósticos relacionados com a *integridade estrutural*; 21,3% de diagnósticos da *integridade pessoal*; e 3,0% da *integridade social*.

Os diagnósticos identificados a partir da classificação dos fenômenos de Enfermagem da CIPE®, na avaliação da função de sensação, 61% dos pacientes do estudo mostraram a relevância de pesquisas na assistência ao paciente com dor, como *dor por ferida, dor neoplásica, dor vascular, dor visceral, dor artrítica, dor intermitente e dor musculoesquelética*. Na função circulatória, *hipertensão presente* representou o diagnóstico mais freqüente com 32,2% dos pacientes do estudo, seguido por *hematoma presente* (15,2%); e *sangramento vaginal presente* (8,4%). Na avaliação da função de respiração, os diagnósticos de *dispnéia presente* e de *dispnéia funcional* representaram, respectivamente, 15,2% e 6,8% do total dos pacientes avaliados no estudo. A distribuição percentual de diagnósticos de Enfermagem apresentou a prevalência de diagnósticos em cada função, apontando

a necessidade de formação, capacitação e educação permanente com ênfase nos fenômenos de Enfermagem e em Enfermagem Baseada em Evidência, para fundamentar ações terapêuticas e ações de apoio para a recuperação da integridade do paciente.

A frequência de diagnósticos na integridade estrutural possibilitou a reflexão sobre as práticas acadêmicas, pois, até que ponto o Processo de Enfermagem foi pouco valorizado por docentes e discentes no contexto da Atenção Primária considerando que a carga horária do estágio tanto no Hospital como nas Unidades de Saúde foram a mesma?

Finalizando, o Projeto de Extensão permitiu identificar diagnósticos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em cada foco de Atenção de Enfermagem e relacioná-los com os Princípios de Conservação de Energia de Levine, bem como contribuiu para o desenvolvimento de habilidades técnicas, interpessoais e cognitivas essenciais para a interpretação das respostas humanas e tomada de decisão. A articulação dos conceitos da CIPE® e o modelo teórico de Levine permitiram a identificação dos diagnósticos de Enfermagem de forma sistematizada, possibilitando a reflexão sobre o domínio de Enfermagem em busca de uma nova prática.

4 METODOLOGIA

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO ESCOLHIDO

A opção pela abordagem qualitativa consolidou-se a partir da aproximação com a realidade a ser estudada, na delimitação do campo de pesquisa, e na construção teórica do objeto de estudo.

De acordo com a literatura, os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Strauss e Corbin (1998) afirmam que há muitas razões para se fazer pesquisa qualitativa. Uma delas é a preferência e/ou experiência dos pesquisadores. Algumas pessoas são temperamentalmente mais orientadas para esse tipo de estudo. Alguns pesquisadores vêm de disciplinas como Antropologia, ou têm orientações filosóficas (ex. Fenomenologia) que tradicionalmente fazem uso de métodos qualitativos. Entretanto, uma outra razão, provavelmente a mais válida, para a escolha do método qualitativo é a natureza do problema de pesquisa.

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares, fenômenos mediante a interação do pesquisador com os informantes ou situação objeto de estudo (GODOY, 1996; LEOPARDI, 2001; MINAYO, 2000). Nesse tipo de abordagem, o pesquisador procura entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo e, a partir daí, situar sua interpretação dos fenômenos estudados. Segundo essa perspectiva, a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados (NEVES, 1996).

Embora haja muita diversidade entre os trabalhos denominados qualitativos, alguns aspectos essenciais da pesquisa qualitativa são destacados por Godoy (1996): a

pesquisa qualitativa tem como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural; a palavra escrita desempenha um papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados; o significado que os sujeitos da pesquisa dão às coisas e à sua vida é uma preocupação essencial do investigador; os pesquisadores utilizam o enfoque indutivo na análise de seus dados.

Nesse sentido, Minayo (2000) afirma que a pesquisa qualitativa se torna importante para: a) compreender valores e representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) compreender as relações entre os diferentes atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c) avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina. Nessa perspectiva, em virtude do objeto a ser investigado, optou-se pela utilização do **estudo de caso** qualitativo.

De acordo com Godoy (1996) o estudo de caso se constitui como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Na literatura, são várias as definições encontradas para o estudo de caso, e a de Yin (2001, p 32) aparece como uma das mais citadas:

[...] é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas.

Tobar e Yalour (2001) definem estudo de caso como um estudo circunscrito a poucas unidades de análise com a finalidade de investigar em profundidade uma pessoa, família, comunidade, grupo, instituição ou outra unidade social.

Para Leopardi (2001), esse tipo de pesquisa pode ser realizado para evidenciar situações e comportamentos sobre um determinado tema, tanto com um sujeito, quanto com uma instituição (família, escola, hospital), procurando observar tudo o que seja possível em relação à questão de pesquisa.

Godoy (1996) destaca que o pesquisador, ao desenvolver um estudo de caso,

adotando um enfoque exploratório e descritivo, deve estar aberto às suas descobertas e manter-se alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir no decorrer do trabalho. Nesse sentido, o pesquisador deve também preocupar-se em mostrar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação, para apreensão mais completa do fenômeno em estudo.

No estudo de caso, o pesquisador geralmente utiliza uma variedade de dados coletados em diferentes momentos, por meio de distintas fontes de informação: documentos, registros em arquivos, entrevistas e observação, cada uma delas requerendo habilidades e procedimentos metodológicos diferenciados (GODOY, 1996; YIN, 2001; DUARTE; BARROS, 2005).

Uma análise mais aprofundada do método do estudo de caso realizada por Duarte e Barros (2005, p. 223) revela que, “[...] além da riqueza de possibilidades de pesquisa, um traço distintivo inerente à sua aplicação é a capacidade de compartilhar conhecimento”. Os autores consideram, ainda, que, nesse tipo de estudo, o pesquisador trabalha com o pressuposto de que o conhecimento é dinâmico, sempre em construção, e por isso faz parte de sua função indagar e buscar novas respostas ao longo da investigação. Os detalhes do objeto em estudo o tornam único, pois traduzem sua história e integram diferentes dimensões. Cada fenômeno analisado é, portanto, fruto de uma história que o torna exclusivo.

Buscando uma metodologia de coleta de dados que permitisse desvendar e aprofundar as concepções que graduandos e docentes de enfermagem possuem sobre a CIPE® optou-se pela utilização do **grupo focal**.

A técnica de *grupo focal* foi proposta e aplicada pela primeira vez, no campo das ciências sociais, por Merton, Fiske e Kendall, em uma investigação durante a Segunda Guerra Mundial, entretanto, nos últimos 30 anos, tem sido freqüente nos campos da Psicologia Social e da Mercadologia. Trata-se de uma técnica para a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas em que os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre tópicos específicos num ambiente permissivo e não constrangedor (WESTEPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

O *grupo focal* é uma técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais. É uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo (LEOPARDI, 2000).

Essa técnica permite descobrir as atividades diárias, os motivos, os significados, as emoções, as reações, dando espaço para que os sujeitos sejam os *experts* de seu próprio cotidiano, sabendo como descrevê-lo de maneira adequada. O pesquisador vai tratar de descobrir, em detalhe e profundidade, as informações qualitativas, num contexto que é próprio dos sujeitos, com suas próprias palavras e interpretações da realidade.

Para Minayo (2000), o grupo focal consiste em uma técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se propõe a estudar as representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Dentre os aspectos que influenciam no alcance dos objetivos de uma investigação, por meio de *grupos focais*, são destacados na literatura: a determinação do número de grupos, a composição de cada grupo, o tempo de duração da sessão, a dimensão do grupo e as instalações para o desenvolvimento da técnica.

Para a organização e a estrutura dos grupos focais, vários autores (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; GOMES; BARBOSA, 1999; COSTA, 2005) afirmam que um grupo focal deve ser de tamanho reduzido, com intervalo ideal que se situa entre cinco até doze pessoas selecionadas com base em suas características comuns relativas ao tema a ser discutido. Os grupos devem ser homogêneos, com níveis socioeconômicos e culturais semelhantes. Um público-alvo muito diferente, em relação à idade, posição hierárquica, conhecimento e outras variáveis, pode influenciar na discussão.

Apesar da composição de um grupo específico ser usualmente homogênea, o delineamento do estudo geralmente prevê que os dados sejam obtidos de mais de

um grupo com características diferentes, a fim de permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção (WESTEPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

O grupo é conduzido, então, para uma discussão de, no máximo, duas horas por um moderador/facilitador e um relator/documentador, podendo haver a presença de um observador externo para captar reações dos participantes (LEOPARDI, 2001; COSTA, 2005).

Leopardi (2000) ressalta que, para determinar a dimensão do grupo (número de participantes), deve-se considerar o tempo que cada integrante necessita, em média, para falar sobre o tema ou questões a serem abordadas. Assim, o local escolhido para a realização do grupo deve ser cômodo, tranquilo e onde o grupo possa trabalhar com privacidade.

Para a condução e preparação do grupo focal, Gomes e Barbosa (1999), estudando essa técnica, propõem, também, outros aspectos importantes para seu desenvolvimento:

- a) *elaboração do roteiro de discussão* — construído com poucos itens permitindo flexibilidade para que o facilitador possa explorar, investigar e fazer perguntas não previstas, mas relevantes. Podem ser fornecidas as questões a serem abordadas e o grupo dá as prioridades;
- b) *condução da entrevista* — para a qual o facilitador deverá usar técnicas investigativas, evitando respostas incompletas e irrelevantes, provocando informações mais detalhadas e claras a respeito do tema. Algumas técnicas de investigação permitem conduzir a discussão de forma a equilibrar a participação do grupo;
- c) *registro da discussão* — recomenda-se a gravação em fitas cassete em paralelo às anotações escritas. Estas últimas devem ser completas o bastante e refletir o conteúdo da discussão, bem como os comportamentos não-verbais;
- d) *análise dos resultados* — logo após cada grupo focal a equipe deve resumir a informação, as suas impressões e as implicações para o estudo.

Sendo o *grupo focal* uma técnica qualitativa que pode gerar uma gama de informações ricas e significativas, Costa (2005) faz recomendações destacando que os pesquisadores devem investir no planejamento, especialmente, na elaboração cuidadosa do roteiro, assim como na análise do material coletado (*feedback*). O autor afirma que a prática do *feedback*, entre o moderador, o relator e o observador, logo após a entrevista coletiva, é muito eficaz para o aperfeiçoamento do processo.

4.2 CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido com docentes e graduandos da **primeira turma** do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição privada de ensino superior do município de Vitória/ES.

O Curso de Enfermagem é ministrado em regime integral, com duração de oito semestres. Os estágios e atividades complementares ocorrem em um hospital geral com, aproximadamente, 350 leitos, salas de aula, biblioteca, ambulatórios, laboratório central e serviço de pronto-atendimento; e em clínicas e unidades de Saúde Coletiva, mediante convênio com a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.

Cabe ressaltar que o Hospital não tinha até então o Processo de Enfermagem implantado e nas Unidades de Saúde, embora a Consulta de Enfermagem seja realizada não é utilizado nenhum sistema de classificação para descrever os diagnósticos de Enfermagem.

Em decorrência da ausência de um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem nos campos de estágio para os graduandos, durante o desenvolvimento das atividades acadêmicas, a utilização do Processo de Enfermagem no curso de graduação não vinha acontecendo de forma generalizada, denotando o descompasso entre o ensino e o serviço.

Desta forma, o cenário deste estudo tem como pano de fundo as estratégias pedagógicas desenvolvidas para o ensino da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, na disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem no 6º período⁹ do Curso de Graduação de Enfermagem. Essa disciplina foi ministrada no primeiro semestre de 2005, visando a preparar os graduandos para a implementação da SAE durante o estágio curricular, no 7º período.

Em junho de 2005, o colegiado do Curso de Enfermagem aprovou a utilização da CIPE® como instrumento para descrever a etapa diagnóstica do Processo de Enfermagem durante o Estágio Supervisionado I, no 7º período, em uma unidade de internação hospitalar de clínica médica, como unidade piloto, e, gradativamente, estender-se-ia para as unidades de ginecologia, clínica cirúrgica e Unidade de Saúde da Rede Municipal.

Durante o Estágio Supervisionado I, os graduandos fizeram rodízio entre as unidades de internação, permanecendo metade da carga horária obrigatória no hospital e a outra metade em uma Unidade Básica de Saúde ou de Saúde da Família.

Nesse cenário, docentes e acadêmicos de Enfermagem implementaram o modelo teórico-prático proposto para a sistematização da assistência de Enfermagem e a inclusão da CIPE® na etapa diagnóstica, possibilitando, assim, buscar a resposta para a questão em estudo.

4.3 SUJEITOS

Tendo por base os objetivos da investigação e os fundamentos da metodologia eleita para coleta de dados, os critérios de inclusão dos participantes foram:

⁹ As estratégias pedagógicas, aqui mencionadas, foram descritas no Capítulo 2 deste estudo.

- a) docentes de enfermagem que participaram da Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem anteriormente mencionada e supervisionam graduandos de Enfermagem durante o Estágio Supervisionado I, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para o diagnóstico de enfermagem em alguma atividade de ensino.
- b) graduandos do Curso de Graduação em Enfermagem matriculados no 7º período – 2005/02 que realizaram atividades acadêmico-assistenciais com a utilização do diagnóstico de Enfermagem com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. A escolha de discentes do 7º período foi motivada por terem cursado a disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem no período anterior, que enfocou estratégias de ensino para inserção da CIPE® no processo diagnóstico.

4.4 PERCURSO METODOLÓGICO REALIZADO

Após a descrição do caminho metodológico escolhido para este estudo, apresenta-se a seguir o percurso realizado para sua efetivação, incluindo detalhes relativos ao recrutamento dos participantes, procedimentos para a coleta de dados e a análise implementada aos mesmos.

4.4.1 Recrutamento dos informantes

A partir da listagem dos discentes matriculados no 7º período — 2005/02, e dos docentes foi realizado contato pessoal para entrega de uma carta-convite e registro de telefones e horários disponíveis para participação do grupo focal. A entrega dos convites aconteceu no mês de novembro de 2005, ainda durante as atividades teórico-práticas do 7º período. A carta-convite descrevia o objetivo da pesquisa e explicava os procedimentos de coleta de dados, bem como os aspectos éticos relacionados com a pesquisa. Os discentes foram bastante receptivos à proposta do estudo, disponibilizando de imediato, dias e horários livres para a participação no grupo focal. Para os discentes que não foram encontrados no campo de estágio foi

feito contato telefônico até que todos fossem convidados.

Os convites prévios foram numericamente suficientes para compor três grupos focais com discentes e um grupo focal com docentes.

As sessões foram agendadas nas primeiras semanas do mês dezembro, com o menor intervalo possível entre elas, a fim de se evitar troca de informações entre discentes e docentes e também porque se considerou que ao final desse semestre a experiência com a CIPE® e a percepção dos sujeitos sobre este Sistema de Classificação de Enfermagem no processo de cuidar estaria mais consolidada.

Dentre os 43 discentes que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram o convite em data e horário pré-agendado de acordo com a disponibilidade da maioria dos participantes, 17 participaram do estudo efetivamente. Dos demais, 19 graduandos confirmaram a participação, mas não compareceram para o grupo focal e sete justificaram a impossibilidade de participação por não dispor de tempo livre.

Os grupos focais constituídos por discentes foram identificados como GF1, GF2 e GF3. O GF1 foi realizado no horário vespertino e composto por 12 discentes, sendo quatro do sexo masculino e oito do sexo feminino. Deste grupo focal, sete haviam participado do Projeto de Extensão¹⁰. O GF2 foi agendado no período da tarde e foi constituído de 5 participantes, sendo todos do sexo feminino e destes, apenas 1 havia participado do Projeto de Extensão. O GF3 foi agendado no período noturno por sugestão dos discentes, considerando que alguns estagiavam no período da tarde ou trabalhavam. Entretanto, apenas dois discentes compareceram para a sessão o que inviabilizou a técnica por não ter atingido o número mínimo de cinco participantes, conforme estabelecido no planejamento do estudo. Várias tentativas foram realizadas para compatibilizar os horários dos alunos do GF3, porém sem sucesso.

Em relação aos docentes, dentre os sete que supervisionaram as atividades

¹⁰ O Projeto de Extensão foi descrito no capítulo 3, constituindo-se em uma estratégia pedagógica para desenvolver as habilidades diagnósticas dos graduandos de Enfermagem e para a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no processo de cuidar.

acadêmicas no 7º período, no momento da realização do estudo, cinco atendiam ao critério de seleção desta pesquisa, ou seja, vivenciaram a experiência com a CIPE® no processo de cuidar. Nesse sentido, o agendamento dos docentes para a sessão foi igualmente difícil, pois era necessário compatibilizar a data e horário dos cinco docentes, e todos, além da docência, acumulavam funções em diferentes instituições de saúde.

Embora o convite tivesse sido aceito em dia e horário consensuado entre os docentes, compareceram somente dois docentes para a realização do grupo focal, o que inviabilizou a técnica. Em decorrência desse fato, o percurso metodológico foi alterado e lançou-se mão da entrevista individual semi-estruturada como técnica de coleta de dados para os docentes, que foram novamente convidados a participar do estudo, não havendo recusa.

4.4.2 Estrutura e organização dos grupos focais

Considerando o término do período letivo do Curso de Enfermagem e as possibilidade de dispersão de discentes e docentes, privilegiou-se um roteiro guia para o grupo focal que desse conta do objetivo do estudo em uma única sessão. Assim, os grupos seguiram a perspectiva verticalizada de se fazer *grupo focal*, ou seja, grupos diferentes, sendo argüidos com questões comuns.

O *foco* foi a utilização da CIPE® na Sistematização da Assistência de Enfermagem durante o estágio curricular. O roteiro foi construído buscando-se apreender as concepções de docentes e graduandos de Enfermagem a respeito da CIPE®, a partir de três dimensões estabelecidas *a priori*: **a dimensão praxiológica**, isto é, como instrumentaliza o planejamento da assistência, identificando dificuldades e facilidades de sua aplicação e a potencialidade de promover a organização do cuidado; **a dimensão política**, ou seja, significa compreender em que sentido a CIPE® contribui na mudança de paradigma, das tradições, dos valores, das ideologias e das crenças traduzidos a partir de significados preestabelecidos e até

que ponto a CIPE® contribui para a autonomia e autoconfiança profissional como instrumento de redistribuição do poder; e, por último, a **dimensão comunicativa**, que busca compreender questões em torno do processo comunicativo, ou seja, se a CIPE® potencializa a comunicação entre os enfermeiros, entre a equipe de Enfermagem, e entre a Enfermagem e outros profissionais, a família e/ ou a comunidade.

Essas dimensões foram convencionadas com base em Antunes (2000), quando faz referência aos planos intrínsecos e inter-relacionados na regulação e conformação das práticas de Enfermagem a partir de Girardi (1994), e também em Felli (2000), ao descrever a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®) como um instrumento para organização/reorganização da prática gerencial.

Assim, o grande desafio traduziu-se em compreender as dimensões **praxiológica** (aplicação), **política** (autonomia e processo decisório) e **comunicativa** (interativa) da CIPE® na Sistematização da Assistência de Enfermagem, com base na vivência dos atores desse processo, para que possam subsidiar o ensino da metodologia da assistência sob um novo referencial e contribuir para a mudança de paradigma das práticas de Enfermagem.

Partindo desses pressupostos investigativos, o roteiro do grupo focal foi organizado em quatro momentos:

BOAS-VINDAS E AQUECIMENTO • 30 minutos

A pesquisadora dá as boas-vindas, entrega os crachás, apresenta os integrantes da equipe (relator e facilitador). O facilitador solicita a apresentação dos entrevistados e, em seguida, apresenta o roteiro e o tempo de trabalho. Após os esclarecimentos sobre a dinâmica das discussões e dos aspectos de confidencialidade das informações, apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com relação ao conteúdo de aquecimento, o facilitador levanta qual foi a percepção da CIPE® para a Enfermagem, para a formação, para a instituição e para o cliente/paciente. Quais as mudanças que a CIPE® proporcionou em relação à prática do cuidado, na curta história de sua implementação durante o estágio curricular?

Durante toda a discussão, além de utilizar dois gravadores, o relator registra, em tarjetas com pincel atômico, mensagens-chave extraídas das falas dos graduandos, visando à confirmação do dado no momento subsequente e para a reunião de fechamento da sessão com a equipe.

A CIPE E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM • 20 minutos

O conteúdo é ligado à premissa **praxiológica, política e comunicativa**. O facilitador levanta quais foram as dificuldades e as facilidades de aplicação da CIPE®.

Neste segundo momento, antes de os participantes responderem à questão do facilitador, o relator fixa em um painel de tecido auto-aderente as mensagens-chave relacionadas com as dificuldades e facilidades relatadas no momento anterior. Dessa forma, os graduandos visualizavam suas falas categorizadas no painel, de um lado sob um sinal de positivo (+) e, de outro, sob o sinal de negativo (-).

Os graduandos, ao verem as falas do grupo ali representadas, são estimulados a manifestar suas percepções a respeito das categorias dificuldades e facilidades ou pontos positivos e negativos associados à CIPE®.

Essa estratégia possibilitou uma visão geral da percepção do grupo, dos pontos de consenso e dissenso, provocando embates sob determinados

aspectos anteriormente colocados e levando ao aprofundamento dos significados por eles atribuídos à CIPE®.

O ENFERMEIRO E O CUIDADO: O QUE A CIPE TEM COM ISSO? • 20 minutos

O terceiro momento visa a aprofundar ainda mais o debate a partir da categoria “cuidado”. O facilitador provoca o debate, solicitando aos participantes que respondam se a CIPE® promove o cuidado.

FECHAMENTO • 20 minutos

Na forma de dinâmica de fechamento, o facilitador solicita que os participantes, em cinco minutos, escrevam qual o valor da CIPE®? Após a escrita, eles relatam suas opiniões e as colam no painel.

ENCERRAMENTO: 10 minutos

Os pesquisadores encerram a sessão com uma síntese da dinâmica do grupo e abrem a fala para agradecimentos. Imediatamente após a sessão, a equipe reunia-se para o *feedback* visando ao aperfeiçoamento na condução do grupo focal.

4.4.3 Entrevista individual com docentes

Antes da realização de cada entrevista, procedeu-se à formalização da participação por meio do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Para o agendamento das entrevistas, foi realizado contato telefônico e marcado dia, horário

e local de preferência de cada um dos docentes.

As entrevistas tiveram a duração média de 40 minutos e foram desenvolvidas a partir dos mesmos pressupostos do grupo focal realizado com os graduandos, com as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual foi sua percepção em relação à CIPE® para a Enfermagem, para a formação, para a instituição e para o cliente/paciente? Quais as mudanças que a CIPE® proporcionou em relação à prática do cuidado na curta história de sua implementação durante o estágio curricular?
- b) Quais foram as dificuldades e as facilidades de aplicação da CIPE®?
- c) A CIPE® promove o cuidado?
- d) Qual o valor da CIPE®?

A **entrevista individual** representa um dos instrumentos básicos na coleta de dados de pesquisas qualitativas, possibilitando uma relação de interação entre pesquisador e pesquisado. A grande vantagem desta técnica é a captação imediata e corrente da informação desejada, sobre os mais variados tópicos, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações. A entrevista pode ser classificada em três tipos, variando do grau máximo ao mínimo de estruturação. A forma mais adequada, segundo Lüdke e André (1986) parece ser a entrevista semi-estruturada que se desenrola a partir de um esquema básico, mas com grande flexibilidade. Além do registro das respostas verbais, geralmente gravadas, é fundamental que o entrevistador esteja atento às expressões faciais, gestos, entonações e outras formas de comunicação não-verbal para a compreensão e validação do que foi expresso oralmente.

4.4.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi previamente avaliado pela instituição de ensino envolvida e, após sua aprovação, foi submetido à análise da Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo,

obtendo-se aprovação sem restrição.

Foi considerado indicativo de concordância de participação voluntária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), elaborado de acordo com as normas da Resolução 196/96, que dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após a leitura sobre os vários métodos de análise de dados qualitativos, a metodologia escolhida foi a *análise de conteúdo*.

Para Fonseca Junior (2005), o desenvolvimento do método de análise de conteúdo é o resultado da contribuição de diversos autores. Entre as tendências metodológicas existentes, encontra-se a obra de Laurence Bardin (1977), que estruturou o método de análise de conteúdo em cinco etapas: organização da análise, codificação, categorização, inferência e o tratamento informático.

Bardin (1977) aborda em detalhes os princípios e conceitos fundamentais da análise de conteúdo, bem como a organização das etapas do método. Dessa forma, procurando facilitar a descrição das etapas do método que norteou a análise do presente estudo e evitar o excesso de citações, por ser sua obra considerada clássica, decidiu-se por referenciar essa autora nos aspectos considerados relevantes, como forma de enfatizar suas idéias. Outros autores também serão citados para enriquecer ou de atualizar os pressupostos abordados por Bardin.

A primeira etapa do método consiste na *organização da análise*. Após realização de cada grupo focal com graduandos e entrevistas com docentes, foi realizada a transcrição e revisão minuciosa do texto com a audição da gravação, comparando a fala com o texto. A partir daí, deu-se início à leitura “flutuante” — atividade que consiste em estabelecer contato com o material, deixando-se invadir por impressões e orientações.

A seguir, foi realizado o processo de recorte ou identificação das unidades de registro no texto, etapa denominada *codificação*.

A codificação é a parte da análise de dados que corresponde a uma transformação desses dados, permitindo atingir uma representação do conteúdo em face aos objetivos da análise.

Entre as unidades de registro mais utilizadas, optou-se pelo recorte em nível semântico, o “tema”, definido por Berelson na obra de Bardin (1977, p. 105) como:

Uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares.

Após a reflexão sobre cada análise de registro atribuído aos dados identificados, a etapa seguinte constituiu em separá-las por afinidade, similaridades ou, ainda, observando a relação ou complementação de idéias ou expressões. Esse processo de classificação deu origem às *categorias temáticas*.

Para Bardin (1977), classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros, permitindo, dessa forma, o seu agrupamento.

Nesse ponto da pesquisa, foram seguidas, rigorosamente, as regras descritas por Bardin (1977), para a classificação de categorias, tanto para as categorias definidas *a priori*, provenientes do referencial teórico-conceitual norteador, quanto para as categorias emergentes, ou *a posteriori*, definidas a partir da análise das informações. De acordo com a autora, estas são as regras: a) *exclusão mútua*, quando cada elemento não pode existir em mais de uma agrupamento; b) *homogeneidade*, quando um único princípio de classificação deve nortear a sua organização; c) *pertinência* da categoria com relação ao material de análise escolhido e ao quadro teórico definido; d) *objetividade* e *fidelidade* compreendidas como definição clara das variáveis que a pesquisa trata, a fim de determinar a entrada do elemento numa

categoria ou não; e) *produtividade*, pois deve fornecer resultados férteis em termos de inferências, de novas hipóteses e em dados exatos.

O trabalho na formação das categorias foi dinâmico e intenso, pois, no seu desenvolvimento, unidade por unidade foi criteriosamente analisada até que, ao final, a nomeação das categorias representasse o significado do agrupamento dos elementos que lhe deram origem.

Após a exploração do material, por meio das etapas descritas até aqui, o processo de análise constituiu-se em torno do tratamento dos resultados obtidos pela *inferência e interpretação*. Segundo Bardin (1977), os resultados tratados devem ser significativos e válidos, permitindo estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e destacam as informações fornecidas pela análise.

A descrição do estudo consiste em comunicar os resultados das inferências e interpretações a partir da categorização. Cada uma das categorias dá origem a um texto-síntese, incluindo fragmentos do discurso das mensagens originais, de modo a expressar com clareza os significados atribuídos por graduandos e docentes de Enfermagem à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem.

As categorias são apresentadas em letras maiúsculas e em negrito e as subcategorias em letras minúsculas e também em negrito. Os quadros e diagramas destacam o tratamento dos resultados e interpretação. Na apresentação e discussão dos dados, serão destacados fragmentos do discurso dos graduandos e docentes pertinentes ao conteúdo apresentado.

5 RESULTADOS DOS GRUPOS FOCAIS COM GRADUANDOS

A análise dos dados qualitativos é apresentada sob a forma descritiva e interpretativa, buscando explorar uma diversidade de significados possíveis de

serem construídos a partir de um conjunto de significantes, com a finalidade de compreender o fenômeno estudado.

As categorias que revelam a experiência acadêmica na articulação de modelos formais, aqui denominados de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem, foram modificadas e redefinidas no processo de análise, na medida em que as informações eram comparadas e ampliadas. Dessa forma, a descrição das categorias, necessariamente, exigiu uma desconstrução dos materiais textuais de análise, para a (re)construção, em uma nova ordem, conferindo os resultados deste estudo.

Os significados atribuídos por docentes e graduandos de Enfermagem à Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem, com base na experiência vivenciada, são apresentados, primeiramente, a partir da descrição dos grupos focais com graduandos e, posteriormente, das entrevistas com os docentes.

Visando a preservar o anonimato dos informantes, o nome dos participantes foi substituído por nomes da mitologia, porque agregam significações. Na história da mitologia, essas significações foram aceitas através dos tempos e se disseminaram entre os povos, ajudando-os compreender seu próprio mundo. Aqui, desvelam concepções, valores, percepções de uma prática compartilhada por graduandos e docentes, que dão forma a uma visão particular da realidade vivenciada a partir do uso da CIPE® no processo de cuidar.

5.1 COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM À (CIPE®)

A partir da decisão da instituição formal de ensino em implementar a SAE e incluir a CIPE® no processo diagnóstico, durante o estágio curricular, inicia-se no segundo semestre de 2005, o processo de articulação desses modelos na prática acadêmica.

As estratégias pedagógicas utilizadas para a fundamentação das práticas de Enfermagem na articulação desses modelos foram descritas no Capítulo 3, constituindo-se o pano de fundo do cenário onde os sujeitos da pesquisa iniciam sua experiência com a CIPE® Versão Beta 2.

Vale ressaltar que não existia, até o momento, um modelo de sistematização da assistência de Enfermagem nas instituições onde o estágio seria realizado por graduandos de Enfermagem no 7º período e que pudesse servir de referência para a prática acadêmico-assistencial. Sendo assim, essa abordagem foi encarada, pela instituição de ensino, como um desafio na construção de uma prática acadêmica fundamentada, sobretudo, em referenciais teóricos e metodológicos para inserção de um sistema de classificação em que a Enfermagem brasileira teve participação e tomou conta de uma produção ímpar de conhecimento a partir do Projeto CIPESC®/ABEn.

Os debates, nos grupos focais, foram suscitados pelo questionamento aos graduandos sobre suas percepções acerca da CIPE® para a formação acadêmica, para a Enfermagem, para a instituição e para o paciente. Ao longo de cada sessão, as discussões foram sendo aprofundadas, trazendo novos elementos contidos nas categorias.

No conjunto dos grupos focais, dois ao todo, as concepções expressas pelos graduandos foram analisadas sistematicamente na tentativa de buscar uma relação com as dimensões estabelecidas *a priori* — dimensões *praxiológica*, *comunicativa* e *política*. Dessa forma, o processo de análise revelou uma nova dimensão, a qual foi denominada de dimensão *cognitiva*, constituindo-se, assim, uma dimensão *a posteriori*. A descrição das categorias foi permeada pelos significados que representam cada uma dessas dimensões, as quais não devem ser compreendidas de forma estanque, e sim como uma delimitação organizacional.

O Quadro 1 apresenta os resultados dos grupos focais, contendo as dimensões, as categorias e as subcategorias da análise do material transcrito.

DIMENSÕES	CATEGORIAS	
	POTENCIALIDADES ATRIBUTOS	LIMITES DIFICULDADES
Praxiológica	<p>Promove a organização do cuidado e a qualidade da assistência</p> <p>Possui uma abrangência maior de diagnósticos</p>	<p>Resistência à mudança de referencial</p> <p>Falta de domínio do referencial para a prática</p> <p>Estrutura do livro CIPE® Versão Beta 2</p>
Comunicativa	<p>Facilita a comunicação entre seus pares e entre outros profissionais</p> <p>Apresenta linguagem clara e objetiva</p>	
Cognitiva	<p>Estimula o raciocínio clínico</p> <p>Amplia a área de conhecimento</p> <p>Define termos da prática de Enfermagem</p>	
Política	<p>Contribui para a autonomia e autoconfiança profissional</p> <p>Proporciona visibilidade das práticas de enfermagem</p> <p>Contribui para a valorização da profissão</p>	<p>Conflitos de interesse de classe</p>

Quadro 1 – Categorias e subcategorias construídas a partir dos significados dos graduandos de Enfermagem, segundo as dimensões definidas *a priori* e *a posteriori*

5.1.1 Dimensão praxiológica

No primeiro momento dos grupos focais, foi possível observar que as idéias ou concepções a respeito da CIPE® estavam mescladas com a compreensão da SAE. Os graduandos, ao expressarem suas percepções da CIPE® para a formação acadêmica, para a instituição, para a Enfermagem e para o paciente, trazem de imediato o contexto das práticas acadêmico-assistenciais na implementação da SAE

e a inserção dos diagnósticos de Enfermagem com base na CIPE®. Esse contexto descrito pelos graduandos é permeado por dificuldades/limites que parecem ser superados ao longo do período de estágio curricular, ao mesmo tempo em que a experiência permite consolidar suas idéias ou concepções a respeito da CIPE® no processo de cuidar revelando suas potencialidades.

O processo de análise do material transcrito permitiu revelar uma interação/adaptação entre os modelos formais (SAE e CIPE®), a partir dos elementos temáticos que deram origem à categoria potencialidades. Essa interação/adaptação poderia ser explicada com o fato de a CIPE® reunir elementos de um todo que, coordenados entre si, funcionam como estrutura organizada podendo integrar-se a outro sistema — o Sistema de Assistência de Enfermagem. Nesse sentido, as concepções manifestadas pelos graduandos, por vezes, revelou a SAE e a CIPE® como um único *sistema de cuidados*, como expressam as falas a seguir:

[...] a CIPE promove o cuidado assim, porque você está registrando, respaldando o cuidado que você está implementando para seu paciente[...] (HERMES, GF1).¹¹

A CIPE com certeza vai auxiliar no cuidado, porque você vai ter uma organização, você tem uma amplitude de diagnósticos de enfermagem que estão ali na CIPE (VÊNUS, GF1).

A CIPE deu um direcionamento, faz com que a gente tenha uma organização. Organiza melhor os cuidados de enfermagem, a prescrição de Enfermagem e organiza o serviço como um todo também (PALAS, GF2).

[...] com a chegada da CIPE, muita coisa mudou, a gente pode fazer pra beneficiar o paciente, que antes não era feito (VÊNUS, GF1).

[...] os pacientes não eram sistematizados, e agora a gente pode acompanhar os pacientes. A gente sistematiza aquele paciente, pode trabalhar melhor em cima daquele paciente [...](VÊNUS, GF1).

Dessa forma, a interação ou adaptação dos modelos formais, aqui representados pela SAE e a CIPE®, apontam para uma primeira reflexão em busca da resposta ao problema investigado — a *Classificação Internacional para as Práticas de*

¹¹ As citações dos sujeitos foram destacadas do texto visando clareza e apresentação dos resultados.

Enfermagem – CIPE®, como referencial teórico-prático para o cuidado de Enfermagem, é percebido como um modelo factível de ser usado?

Na dimensão praxiológica, há um consenso no grupo de discentes de que a CIPE® **promove a organização do cuidado e a qualidade da assistência** à medida que desenvolvem o processo diagnóstico. É possível apreender que graduandos compreendem que os diagnósticos contribuem para guiar as intervenções de Enfermagem e, conseqüentemente, há um ganho para o paciente com a assistência planejada. As falas a seguir reforçam essa concepção.

A CIPE contribui para a Enfermagem no sentido de organizar, estruturar os diagnósticos implementados pelo enfermeiro, facilitando, assim, a qualidade da assistência, e repercutindo na qualidade da profissão de enfermagem, tendo um valor maior (DIANA, GF1).

A implantação do CIPE para o internato de Enfermagem foi de grande valia porque me deu base de estar elaborando o diagnóstico para o desenvolvimento profissional e melhoria na qualidade de assistência ao paciente (HERA, GF2).

A CIPE trouxe maior conhecimento, coerência, fundamentação e organização; facilitando, proporcionando condições para uma melhor atuação da Enfermagem enquanto ciência e cuidado (DEMÉTER, GF2).

A potencialidade de promover a organização do cuidado e a qualidade da assistência, embora esteja aqui sendo colocada sob o ponto de vista da dimensão praxiológica, na medida em que possibilitou a conformação de necessidades individuais e o planejamento assistencial, merece uma reflexão mais ampla, se for considerada a complexidade do processo de tomada de decisão, tanto no plano individual da organização do cuidado quanto no plano da organização do processo de trabalho, onde se interpenetram as dimensões cognitiva, comunicativa, e política. Assim, partindo do ponto de que graduandos expressam que a CIPE® possibilita construir mais diagnósticos e, conseqüentemente, representa mais cuidados, os debates se concentram, primeiramente, na dimensão praxiológica, ou seja, na potencialidade de *fazer diagnósticos* e *fazer cuidado*, e, num segundo momento, quando os debates são aprofundados, aparecem os elementos da dimensão cognitiva, comunicativa e política, que envolvem o *saber fazer para transformar*.

Nesse sentido, Cruz (2000) afirma que, como princípio, a classificação da prática de Enfermagem pode nos prover de instrumento capaz de colocar o *fazer* sob observação de forma ordenada que favoreça o seu refinamento, desenvolvimento e transformação.

Segundo a autora, a estrutura da CIPE® corresponde a capítulos da ordenação dos “fazeres” da Enfermagem. A classificação dos fenômenos de Enfermagem é um capítulo dos “fazeres” ou da *prática de Enfermagem*; outro capítulo é o das *ações de Enfermagem* e o terceiro e último é o dos *resultados*. Entretanto, a idéia de fazer deve ser compreendida de forma a salientar a idéia de ação. As ações de Enfermagem devem apreender o caráter processual da prática, a explicitação dos aspectos de saúde em que a contribuição da Enfermagem ancora ações e, sobretudo, ancora a explicitação dos resultados dessas ações.

É possível depreender, a partir desse posicionamento da autora e das falas ou das significações expressas pelos participantes, que as práticas de Enfermagem, especialmente, no conjunto das práticas em saúde, transcendem a dimensão praxiológica. Assim, ao longo da descrição dos resultados do estudo, cada uma das dimensões categorizadas será introduzida e discutida no contexto em que foram apresentadas pelos graduandos, durante os grupos focais.

O segundo momento do grupo focal teve como objetivo buscar elementos significantes por meio da seguinte questão norteadora direcionada aos participantes do estudo: quais as dificuldades e facilidades no uso da CIPE®? O que facilitou e o que dificultou seu uso?

A dinâmica teve como objetivo consolidar o dado que apareceu acerca da percepção da CIPE® na perspectiva de testemunhar a importância das mensagens-chave emitidas e registradas pelo relator em tarjetas, no momento inicial (aquecimento), confirmando-as ou descartando-as. Para suscitar o debate, as mensagens-chave foram coladas em um painel na parede e os participantes, à medida que as visualizavam, discordavam ou reafirmavam dificuldades e facilidades identificadas no uso da CIPE® ou acrescentavam novos elementos. Esse processo permitiu que os participantes refletissem sobre o dado e aprofundassem o conteúdo de modo a

perceber os pontos divergentes e convergentes e garantir a fidelidade da informação ou significados.

As unidades de análise identificadas no processo de recorte do material explorado que revelaram as categorias podem ser explicadas como condições que influenciaram a articulação dos modelos formais no processo de cuidar. Tendo já descrito as potencialidades na dimensão praxiológica, passa-se à descrição da categoria denominada **limites**, representada por três subcategorias — a **resistência à mudança de referencial**; a **falta de domínio do referencial pelos professores**; e a **estrutura do livro da CIPE® Versão Beta 2 (Quadro 1)**.

A **resistência à mudança de referencial** foi colocada pelos participantes no debate e é apontada desde as aulas teóricas, quando foi introduzida a disciplina no 6º período, comparecendo, também, no estágio, durante o 7º período, quando começam a colocar em prática a SAE e a utilizar a CIPE® no processo diagnóstico. Os graduandos relataram que essa resistência também se deu por parte dos docentes e justificam esse fato por estarem acostumados com o a taxonomia da NANDA.

[...] eu tinha resistência, achei que a gente ia rodar, rodar, e não ia dar em nada. Achei que ia ficar dentro da sala de aula...pensei que ia acabar ali. Eu sinceramente fiquei desanimada com a CIPE® até provar pra mim que deu certo e está funcionando, como realmente está funcionando muito bem (DEMÉTER, GF2).

Na prática, de início, foi difícil, porque os professores não tinham domínio, não tinham contato, todo mundo estava acostumado com NANDA (VÊNUS, GF1).

Nesse sentido, tomando como referência Marcos Kisil (1998), ao propor um modelo para o entendimento do processo de mudança organizacional, observa-se que o autor traz algumas contribuições para a compreensão do processo de mudança de referencial vivenciado pelos graduandos de Enfermagem. Assim, a resistência manifestada poderia ser descrita como o resultado do impacto das “forças desestabilizadoras” do *status quo* e capacidade de enfrentá-las. Essas forças desestabilizadoras resultam de mudanças sociais (crenças, valores, atitudes e opiniões), políticas (opção ideológica e relações de poder), econômicas ou

tecnológicas (mercado). Conhecer a identidade, a natureza e a fonte dessas forças faz parte de um diagnóstico da organização ou instituição e pressupõe um conjunto de variáveis que precisam ser claramente definidas e, posteriormente, gerenciadas.

Uma nova prática implica assumir novas competências, sejam estas conceituais, sejam procedimentais, sejam atitudinais. Carlos H. C. Cruz (2002) defende que a competência abriga três dimensões: saberes, atitudes e valores. Abrange o domínio do “saber formalizado”, ou seja, o conhecimento formal que fundamenta as ações que se exercem na prática; o “saber fazer”, pois a competência se consolida numa ação, ou no conjunto de ações articuladas; e o “saber ser”, pois o conhecimento em prática, num fazer, acontece na sociedade e, portanto, regulada socialmente.

A experiência acadêmica, na articulação de modelos teóricos que fundamentaram a SAE e a CIPE®, permitiu, em maior ou menor grau de capacidade, o desenvolvimento dessas competências relacionando os diferentes saberes, atitudes e valores construídos por intermédio de sua vivência em sala de aula e durante o processo de cuidar.

Um dos momentos de maior divergência entre os participantes concentrou-se na necessidade de destacar que algumas dificuldades apontadas estavam relacionadas com a implantação da SAE e, portanto, não correspondiam diretamente à CIPE®, como se pode observar na seqüência do debate abaixo:

O enfermeiro tem que vestir a camisa e trabalhar em equipe. Eu vejo que caiu na questão da sistematização, não tem nada haver com a CIPE (VÊNUS, GF1).

[...] a visão do técnico de Enfermagem é que realmente vai ter mais trabalho, mas, na realidade, é só uma organização do trabalho que eles já fazem, por isso que eu acho que, inicialmente, eles pensam que vai aumentar a carga de trabalho, da mesma forma como a gente teve aquela resistência quando começou a trabalhar com a CIPE. Nossa! Que difícil! Agora, não, todo mundo ficou quietinho, já tá até vendo que, de certa forma, tem mais facilidade do que a NANDA (SILA, GF1).

[...] essa dificuldade aí é o processo de Enfermagem que, na realidade, dos hospitais, não é exercido. O problema não é a CIPE, é a sistematização que não é realizada e quando for realizada vai ter esse impacto (ADÔNIS, GF1).

Ainda na dimensão praxiológica, a **falta de domínio do referencial da CIPE®** pelos docentes, na prática acadêmico-assistencial, foi sentida pelos graduandos como uma dificuldade na inserção da CIPE® no processo diagnóstico, embora tenham também percebido que essa dificuldade foi sendo superada à medida que todos se envolvem no processo de cuidar, como expressam as falas a seguir:

[...] os professores não tinham domínio, mas à medida que foi participando, aí foi ficando mais fácil (Vênus, GF1).

No meu caso, no início, não foi uma simples coisa, mas no dia-a-dia eu me propus a aprender. Agora eu não preciso mais pegar a CIPE® [o livro] para dar o diagnóstico, pois determinadas coisas eu já sei (Palas, GF2).

Em decorrência das considerações sobre as dificuldades no uso da CIPE®, os grupos focais trouxeram para o debate **a estrutura do livro da CIPE® Versão Beta 2**, como elemento dificultador, referindo-se, especificamente, ao índice na língua inglesa, dificultando a busca dos fenômenos de Enfermagem. Essa dificuldade parece desaparecer à medida que os graduandos se familiarizam com o livro, conforme fica evidenciado na discussão que segue:

A dificuldade que eu apontei foi de início o manuseio do livro, tem que ficar procurando, entendeu? Não tem uma ordem alfabética, é em inglês [o índice] então, acho mais difícil, mas, depois você se familiariza, você acha [os termos] com mais facilidade (VÊNUS, GF1).

[...] sabe porque, tem que ir procurando folha por folha até você chegar naquele conceito que seria o conceito que entraria na sua classificação. Então, o CIPE [o livro] teria esse defeito, talvez se com muita gente para sistematizar, a pessoa tem que entrar muito em contato o CIPE para memorizar (HERMES, GF1).

[...] eu acho que tem que haver mudança mesmo [no livro]. Porque a gente, ainda mais o enfermeiro, tem inúmeros papéis a ser feito em uma enfermária. Também seria importante para a sistematização, acho que ele ganharia mais tempo na sistematização, na assistência, se esse índice fosse mais direcionado, com números menores, acho que ganharia muito mais tempo na assistência (GLAUCO, GF1).

Ao mesmo tempo em que aparece uma dificuldade em manusear o livro, os participantes comentam, como uma facilidade, **a abrangência dos diagnósticos**. Os graduandos manifestam que a CIPE® possui termos da prática de Enfermagem que auxiliam no processo diagnóstico. As falas a seguir exemplificam o exposto:

Com certeza a CIPE é mais ampla. Nós estamos agora em Saúde Coletiva, em Saúde Pública. Nossa! É muito legal! Eu peguei um paciente com amputação de membro, todos os diagnósticos que eu precisava tinha ali na CIPE, entendeu? Diferente do NANDA. No NANDA, eu não conseguiria isso. Todos os diagnósticos que eu precisei, todos tem na CIPE (VÊNUS, GF1).

[...] a estrutura da CIPE também é difícil porque não tem paginação. É 1.1.1.2, 2.1.1.1, então assim, causava, perdia-se muito tempo, demorava-se muito, era estressante, de início, mas, ao mesmo tempo, a gente conseguia um número de diagnósticos muito maior que se fosse com NANDA. A CIPE tem muitos termos que você pode usar para várias coisas (HERMES, GF1)

Importante ressaltar que os graduandos realizavam diagnósticos de Enfermagem nas disciplinas anteriores a partir da Taxonomia I da NANDA, ou seja, uma estrutura conceitual monoaxial. A utilização da CIPE® no processo diagnóstico consistiu em uma primeira experiência com uma estrutural multiaxial para compor diagnósticos. Nesse sentido, pode-se deduzir como também o fez Garcia e Nóbrega (2004, p.37) que “utilizar uma estrutura multiaxial aumenta a possibilidade de construção de diagnósticos com termos de vários eixos”.

Um estudo bibliográfico realizado por Marin, Messias e Ostroski (2004), com o objetivo de analisar as vantagens e limites dos diagnósticos da NANDA, não faz referência à “abrangência” dos diagnósticos dessa taxonomia em relação à sua aplicabilidade, entretanto identifica pontos importantes a serem considerados, quando se pretende resgatar as especificidades da profissão de Enfermagem, a qual representa essencialmente a ciência do cuidado humano. Entre eles, a contribuição para uniformizar a linguagem entre os enfermeiros e a melhoria da qualidade da assistência, além de ser aplicável a diferentes referenciais teóricos, apesar dos limites que apontam a falta de preparo profissional e a necessidade de mudança de postura.

Dessa forma, pode-se dizer que os sistemas de classificação de Enfermagem, como instrumentos para descrever os diagnósticos realizados por enfermeiros, possuem objetivos comuns, entretanto a aplicabilidade de cada classificação pode guardar algumas diferenças que merecem ser mais estudadas, especialmente, considerando os diferentes cenários das práticas de Enfermagem.

5.1.2 Dimensão comunicativa

Para Daniel (1983), a comunicação na Enfermagem abrange um sentido mais amplo, que é o de relacionamento; este, como um processo terapêutico de interação, afinidade, conhecimento recíproco, compreensão e aceitação entre enfermeiro-cliente-paciente e familiares. Entretanto, a autora traz duas reflexões a respeito da comunicabilidade de Enfermagem: o que comunicar? E como comunicar? Para a autora, a primeira pergunta conduz diretamente às necessidades humanas básicas de qualquer ser humano, ou seja, comunicar de forma a ajudar na resolução de problemas específicos da pessoa. E a segunda remete aos conhecimentos teóricos existentes e necessários para a aplicação na prática, cuja “falta de oportunidade” de desenvolver a habilidade de comunicação pode ser uma das razões que explica o fato de os profissionais de Enfermagem nem sempre se comunicarem eficazmente.

Embora a autora chame a atenção para esta difícil tarefa de se colocar em prática enunciados teóricos, como a provável razão para a comunicação ineficaz da Enfermagem, deve-se considerar o contexto histórico no qual se deu essa afirmação, sobretudo no que diz respeito à construção teórica dos sistemas de classificação. Entretanto, hoje, o desafio continua se movendo em busca de respostas plenas e satisfatórias, no anseio de descobrir soluções para melhorar o processo comunicativo na Enfermagem. Assim, novos estudos podem ser conduzidos nessa área, a partir, por exemplo, da questão que agora se apresenta: afinal, até que ponto os sistemas de classificação melhoram o processo comunicativo na Enfermagem?

A importância da comunicabilidade na Enfermagem envolve múltiplos aspectos, entre eles: a canalização de esforços físicos e mentais nas ações de comunicação e relacionamento interpessoal; a comunicação com seus pares e demais profissionais da equipe de saúde; a formação de atitudes terapêuticas; atributos e valores necessários; a comunicação escrita representada pela documentação da atenção prestada; e, por último, a habilidade em assegurar a repercussão da mensagem transmitida (DANIEL, 1983). Todos esses aspectos são comentados pela a autora,

visando à reflexão do leitor. É a partir dessas reflexões que se pretende discutir os resultados deste estudo na dimensão comunicativa, uma vez que seu objeto trata de um sistema de classificação, a CIPE®, que tem como pressuposto facilitar a comunicação da Enfermagem.

A dimensão comunicativa é percebida a partir do segundo momento dos debates nos grupos focais. Os participantes discutem as dificuldades e facilidades no uso da CIPE® e expressam, em um determinado momento, que a definição de termos, como atributo inerente a essa classificação, **facilita a comunicação entre seus pares e outros profissionais (Quadro 1)**. A CIPE® é percebida por graduandos como uma terminologia que **possui linguagem simples e objetiva**, de fácil entendimento para os profissionais da equipe de Enfermagem, bem como para os demais profissionais da área da saúde. As transcrições a seguir ilustram alguns desses aspectos:

A CIPE facilita porque dá uma visualização melhor. Qualquer pessoa pega a prescrição de Enfermagem, o diagnóstico de Enfermagem, sendo da área médica ou não, ele lê, ele logo vai entender. Não tem assim dificuldade, tem uma simplicidade de você estar colocando no papel, onde você olha, tem uma visualização geral do paciente, como ele está, como ele esteve ontem, como ele está hoje, tem oportunidade de estar estendendo determinando cuidado de Enfermagem, acrescentando mais ou retirando. Então, ele [o livro da CIPE] dá uma visualização muito tranqüila, não há dificuldade de entendimento, principalmente, para os técnicos para estar passando para eles estarem realizando as tarefas, estar cumprido a tarefa, não vejo assim, acho que facilita muito. Então, uma equipe multidisciplinar vai poder estar usando aquilo ali sem ter problema de entendimento (PALAS, GF2).

Facilita a linguagem dos profissionais de Enfermagem, por exemplo, na passagem de plantão, para você estar colocando para outro enfermeiro o seu diagnóstico e depois ele poder acrescentar ou tirar o que ele acha (ÍRIS, GF1).

Essas concepções dos graduandos atribuídas à classificação vêm ao encontro dos objetivos da CIPE®, estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermagem (2003), para direcionar as principais metas do Programa CIPE®, que incluem “[...] estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, facilitando a comunicação entre enfermeiros e dos enfermeiros com os outros profissionais de saúde” (2003, p. 1)

Bittes Júnior e Matheus (2003) afirmam que, para sistematizar a assistência de Enfermagem e estabelecer um plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, a comunicação representa um instrumento básico para o enfermeiro, seja qual for o referencial teórico utilizado. Assim, o plano de cuidados deve ser claro e preciso para que todos o entendam e o executem adequadamente.

É simples observar na prática que a documentação é uma das tarefas mais negligenciadas na Enfermagem. Nesse sentido, Daniel (1983, p. 65) afirma que “[...] a maior parte do que se diz e se faz na enfermagem fica fora de qualquer documentação escrita, e, portanto, no esquecimento”. Além de se perder a informação, não são raros os enganos ocorridos por ordens verbais e entendidas inadequadamente, podendo comprometer, inclusive, a vida das pessoas. A autora enfatiza que o enfermeiro precisa agir como educador, criando o hábito de escrever os cuidados e depois fazendo seguimento de sua equipe.

Um sistema de classificação que possibilita a utilização de uma linguagem simples e objetiva, tal como é manifestada por graduandos a partir da experiência vivenciada, poderá contribuir para a prática da documentação da assistência de Enfermagem, assumindo-a como responsabilidade direta e inalienável.

5.1.3 Dimensão cognitiva

A dimensão cognitiva foi revelada a partir do debate acerca das dificuldades e facilidades no uso da CIPE®, constituindo-se, assim, em uma dimensão construída *a posteriori*. É possível depreender que o processo de construção de diagnósticos, a partir do guia proposto na CIPE® e utilizado pelos graduandos, possibilitou o desenvolvimento de habilidades cognitivas, especialmente ao se fazer um julgamento, ou seja, estabelecer uma opinião clínica sobre o estado de um determinado fenômeno de Enfermagem. Os debates chamam a atenção para a importância dada pelo graduando à relativa qualidade da intensidade ou grau da manifestação do fenômeno de Enfermagem no processo diagnóstico e na avaliação de resultados. As falas seguintes exemplificam o exposto.

[...] em relação ao diagnóstico, a CIPE auxilia muito assim: hoje eu vejo o paciente, ele está mal, o colega vai reavaliar, pra isso, tem essa vantagem para fazer esse acompanhamento [...] vai da capacidade de cada um julgar. Você tem uma abrangência melhor (GLAUCO, GF1).

Como essa paciente [exemplo dado], veio de outra enfermaria, pegamos todo o diagnóstico de Enfermagem, examinamos essa paciente novamente, conversamos com ela, aplicamos o CIPE nela. Então quer dizer, você evolui a paciente. Aí, quando fechou o diagnóstico da paciente, ela que tinha uns vinte diagnósticos, ela passou ter doze. Então deu pra acompanhar a melhora ou a piora da paciente (ÍRIS, GF2)

Na CIPE, um diagnóstico, por exemplo, edema em nível muito elevado. Amanhã, ela [colega] avalia essa paciente de novo, ela pode fazer outro diagnóstico, edema presente em nível moderado. Então, quer dizer, é uma oportunidade de estar avaliando, evoluindo (HERA, GF2).

Embora não tenha sido objetivo do estudo comparar as classificações de Enfermagem, da NANDA e a CIPE®, por vezes essa comparação foi feita pelos graduandos. Parece compreensível, pois, até então, a experiência acadêmica na metodologia da assistência para o processo diagnóstico era realizada com o referencial da Taxonomia da NANDA. Entretanto, houve também um ponto de dissenso entre o grupo. Ao mesmo tempo em que a CIPE® é colocada como um instrumento que facilita o diagnóstico porque é mais abrangente e **estimula o raciocínio clínico**, um dos participantes coloca que alguns termos do foco da prática podem ser julgados de formas diferentes, o que poderia ser um elemento complicador. A seqüência de falas a seguir expõe essa percepção:

Depende do ponto de vista, uma palavra pode ser encaixada em vários termos, da mesma forma que pode complicar ou facilitar também porque você vai ter maior discurso com as pessoas... por exemplo, uma palavra, que eu acho que cabe naquele diagnóstico, [outro colega] pode achar que não cabe, tem, demora, requer um pouco mais de tempo, vai ter um certo confronto (GLAUCO, GF1).

[...] mas só que, se eu coloco um diagnóstico, você olhando no livro, tem a descrição perfeita daquele diagnóstico, o significado do diagnóstico, por isso que é classificação internacional das praticas de enfermagem, porque o que eu estou falando, o [colega] também vai estar falando, porque tem descrito o que é aquilo, entendeu? (VÊNUS, GF1).

Essas concepções trazem para a discussão a complexidade do processo diagnóstico e a necessidade da tolerância à ambigüidade citada por Pesut e Herman (1999) como um dos pré-requisitos para o exercício do raciocínio clínico.

Para Gutiérrez e Souza (2000), os conceitos são os instrumentos que nos permitem o entendimento da realidade, são representações mentais, simbólicas, que possibilitam imaginar e compreender fenômenos. Os conceitos estão relacionados com a percepção da realidade sob diferentes perspectivas. Assim, quanto mais abstrato o conceito, mais observações diretas, indiretas e inferências serão necessárias para a sua compreensão. Nesse sentido, as autoras afirmam que o estudo e a análise dos conceitos têm um importante papel no desenvolvimento do conhecimento, e a incorporação, na prática, do conhecimento gerado nos estudos dos diversos sistemas de classificação, certamente, contribuirá para o aperfeiçoamento desses sistemas.

Para Cruz (2000), no contexto das classificações científicas, as definições descrevem – ou prescrevem – hábitos lingüísticos para seus usuários. Dessa forma, as definições desempenhariam o papel de ajudar usuários da classificação a atribuírem significados semelhantes ao mesmo termo ou palavra explicitada.

A **definição de termos da prática** de Enfermagem aparece nos debates como um atributo da CIPE® na dimensão cognitiva. À medida que graduandos se familiarizam com a CIPE®, reconhecem que essa classificação traz definições de termos da prática de Enfermagem que não conheciam, conseqüentemente, esse atributo passa a **ampliar a área de conhecimento** dos discentes contribuindo para a descrição dos elementos da prática de Enfermagem — diagnósticos, ações e resultados, assim como para a construção do conhecimento:

[...] a forma como era colocado, as palavras, os termos usados, ficava assim um pouquinho vago, até pela pouca experiência de nossa parte. A gente não estava familiarizado, com essa questão de hospital, como escrever, o que escrever, os verbos utilizados e a CIPE dá condição pra isso, a forma como colocar, pra ser objetivo, pra ser claro, pra dar para o outro um entendimento (DEMÉTER, GF2)

O nosso vocabulário ele se torna mais rico, ...então vi por esse lado também, ajudou muito nesse sentido, na forma de a gente escrever., já que se torna mais claro, eu vi que aperfeiçoou bastante (DEMÉTER, GF2)

Antes eu conseguia fazer um, dois diagnósticos e olha lá, eu não conseguia enxergar o problema do paciente e aí você vai olhando, mas isso a paciente tem. Eu não tinha me atentado para aquilo ali. E dali tem 'n' diagnósticos, eu consigo tirar dali, coisa que eu nunca

imaginei, nunca eu ia enxergar e aí tá me despertando pra aquela coisa da independência que eu te falei, da próxima vez, eu vou tentar ver aquilo ali na paciente, então, de certa forma, tá ensinando também (DEMÉTER, GF2).

[...] isso que eu acho legal na CIPE, porque ele permite, faz você pensar mais. A NANDA não, é isso ou não é, e acabou (ADÔNIS, GF1).

Assim, pode-se depreender que a CIPE®, ao mesmo tempo em que contribui para a descrição dos elementos da prática, estimula o raciocínio clínico e amplia a área de conhecimento da Enfermagem. Isso porque, à medida que os graduandos utilizam a CIPE®, precisam buscar termos descritos no eixo do foco da prática de Enfermagem e no eixo julgamento para construir diagnósticos. Exercitam habilidades cognitivas para analisar a natureza, a função e as relações dos fenômenos encontrados, aplicam padrões, concluem sobre o estado desses fenômenos e visualizam um plano e metas a serem atingidas. As falas a seguir representam esse processo:

[...] ele [o livro da CIPE] te dá ao nível tal, localização de alguma coisa. Você tem que buscar, ele tem vários focos, eixos... Aqueles números que você tem lá, pra realidade que a gente tem, dá trabalho. Com a prática que a gente tem, a gente já consegue mais rápido. Você olha ali, você chega mais fácil. Ele vem dizendo, vem escrito, o que é que você está buscando (HERMES, GF1).

[...] pele, por exemplo, pele seca, aí vai especificando. A gente tava sistematizando, paciente chorosa, depressiva, perdeu o marido, aí tinha assim, na CIPE, ansiedade por perda, e foi especificando [...] (SILA, GF1).

Muitos sintomas, muitas reações do paciente nós não sabíamos definir e você chega na CIPE, ele tem definição, o que é ansiedade, o que é isso, para isso, o que é cada termo, sabe? Então, vai definindo e tem definição até de morte, coisas que a gente nunca imaginou! Então começou conceituar determinados problemas de Enfermagem, então isso nos deu um direcionamento (PALAS, GF2).

Segundo Lunney (2004), as habilidades cognitivas de análise, de aplicação de padrões, de discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, predição e transformação de conhecimento podem ser desenvolvidas à medida que aprendem a diagnosticar.

Embora a maioria dos participantes concorde que a CIPE® conseguiu produzir um volume maior de conhecimento na etapa diagnóstica, os debates chamam a atenção para a inter-relação das etapas do processo de Enfermagem e apontam que a CIPE® contribui para todas as etapas, como expressa a fala a seguir:

Eu acho que a CIPE faz parte de todas as etapas, na anamnese, na evolução, no exame físico, entendeu? Porque, geralmente, se você tá fazendo o exame físico e tem algum problema, você vai olhar a CIPE, se você vai fazer uma intervenção, você vai na CIPE... em cima da CIPE que a gente vai evoluir todo o paciente... então ele faz parte, ele é importante pra mim em todas as etapas (ÍRIS, GF2).

A potencialidade da CIPE® na dimensão cognitiva foi expressa pelos participantes no processo de avaliação dos resultados de Enfermagem obtidos durante a sistematização da assistência durante o estágio curricular. A estrutura da classificação de resultados da CIPE® parece facilitar o acompanhamento da melhora ou da piora do paciente. Vale à pena ressaltar que, embora não fosse exigida dos graduandos a utilização da classificação de ações e de resultados da CIPE® durante o estágio, os participantes trouxeram esses elementos nos debates, especialmente, quando se referiam à evolução de Enfermagem. Os graduandos utilizaram a classificação de resultados da CIPE® para comunicar o estado de um diagnóstico de Enfermagem em um determinado período, após a intervenção de enfermagem, levando-os a desenvolverem habilidades de pensamento crítico, tais como, interpretação, análise, inferência, entre outras. Essas habilidades, segundo Pesut e Herman (1999), contribuem para o raciocínio clínico.

Nesse sentido, a experiência vivenciada pelos graduandos aproxima-se dos objetivos da CIPE®. Para CIE (2003), a finalidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem da CIPE® é identificar e distinguir a contribuição específica de Enfermagem como parte integrante do sistema de saúde e fornecer uma forma de descrever os resultados relacionados aos diagnósticos do enfermeiro.

5.1.4 Dimensão política

A dimensão política buscou significações a fim de compreender como os próprios sujeitos interpretaram e problematizaram suas experiências ou práticas com a CIPE®, sob o cenário da regulação do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a noção de regulação baseou-se em Girardi (1999), a qual ultrapassa a noção mais restritiva de “regulamentação” para abarcar o processo político e econômico de elaboração e implementação de regras, normas, instituições formais e informais que regulam um determinado campo. Ao referir-se à regulação do trabalho em saúde, Girardi propõe três planos que se inter-relacionam: a) normas, leis e regras explícitas; b) negociações, contratos e compromissos cotidianos; c) tradição, hábitos e ideologias.

Antunes (2000), remetendo-se aos planos de Girardi (1994), analisou a inter-relação desses planos na regulação e conformação das práticas de Enfermagem vigentes do trabalho em saúde. Para a autora, em última análise, a regulação do trabalho em saúde determina o espaço de intervenção e qualificação das práticas de Enfermagem e influencia a institucionalização de práticas socialmente aceitas no cotidiano do trabalho em saúde e em Enfermagem. Nesse contexto, o que os sistemas de classificação de Enfermagem parecem trazer de novo é a “[...] possibilidade de sedimentar, no interior das práticas de saúde e de enfermagem uma prática qualificada e sistematizada voltada para os cuidados individuais e coletivos de preservação e manutenção da vida” (ANTUNES, 2000; p.13). Entretanto, para a institucionalização de uma nova prática, exige-se a confluência de diversos fatores intrínsecos à regulação do trabalho em saúde, depende das relações de poder para se impor e estabelecer como prática social aceita, necessária e importante no conjunto das práticas de saúde (ANTUNES, 2000).

Partindo desse referencial, todo o material transcrito foi analisado, detalhadamente, buscando-se apreender os sentidos ou significações na dimensão *política* e como esses fatores se relacionam com as experiências do grupo em estudo. O Quadro 1 apresenta os resultados dos grupos focais nessa dimensão.

No plano da tradição, hábitos e ideologias, os debates nos grupos focais suscitaram concepções acerca do valor da CIPE® de forma consensuada. Os participantes

compreenderam que, à medida que sistematizam a assistência e utilizam a CIPE® como instrumento para prever e descrever diagnósticos e prescrever cuidados, esse processo **proporciona visibilidade da Enfermagem**, repercutindo na **valorização da profissão**. As falas transcritas a seguir ilustram as concepções dos participantes, refletindo o valor da CIPE® para a Enfermagem e sua relação com a dimensão política:

A CIPE está trazendo a oportunidade de mostrar o que a enfermagem faz. Porque antigamente, o enfermeiro era chamado de tarefeiro, fazia tantas coisas, mas ninguém tinha o costume de mostrar, de escrever, dizer. E hoje a CIPE está nos proporcionando a oportunidade de mostrar para pessoas, para os profissionais do trabalho, pra equipe médica, toda equipe do hospital ou da área da saúde ali o sentido de Enfermagem, mostrou mais a nossa profissão, o que a Enfermagem faz (DEMÉTER, GF2).

A CIPE foi a porta de entrada, que abriu a porta pra gente estar mostrando aquilo que a gente faz (FLORA (GF2)).

A CIPE, dentro do processo de sistematização, valoriza a categoria da Enfermagem no sentido de diferenciar o seu trabalho do médico, identificando e valorizando mais, um atendimento mais humanizado e oferecendo qualidade ao cliente (APOLO, GF1).

Fundamentando essa concepção, Sasso (2006, p. 2) argumenta “[...] a principal finalidade de uma terminologia estruturada e acordada entre as enfermeiras é demonstrar o valor da enfermagem e sua contribuição na atenção à saúde”.

Um outro aspecto no plano da tradição, dos valores, das ideologias e das crenças, consiste na forte influência do modelo assistencial biomédico, bem como nos conflitos das enfermeiras em frente à definição de seu objeto de trabalho: administrar ou cuidar. Para Antunes (2000), esses aspectos são traduzidos no imaginário social por meio de símbolos, significados e comportamentos preestabelecidos que influenciam as práticas de Enfermagem hoje vigentes.

Nesse sentido, foi possível depreender, a partir dos significados atribuídos pelos graduandos, que a CIPE® representa um caminho para a mudança de paradigmas, entendendo o termo “paradigma” como o esquema organizador das teorias, uma estrutura anterior, subjacente ou matricial. O paradigma guia a apreensão e o tratamento das teorias; ele é definidor de questões a serem respondidas. O paradigma conduz o processo de conhecimento, ordenando a iluminação trazida

pelas teorias (FRANÇA, 2001). Nessa perspectiva, quando os conceitos da CIPE® foram utilizados, ou quando as referências teóricas foram escolhidas e se mostraram pertinentes para as práticas acadêmico-assistenciais, estas ocorreram em função, justamente, do paradigma utilizado, ou seja, do esquema que influenciou a ver essa prática de uma forma e não a outra que se apresenta como o paradigma dominante no campo da saúde — o paradigma flexneriano. A fala a seguir ilustra essa argumentação:

A CIPE é importante, pois nos dá o privilégio de cuidar do paciente de forma globalizada, ou seja, bio, psico, social e espiritual (FLORA, GF2).

Assim, há momentos em que graduandos reconhecem a necessidade de ir além do modelo biomédico e que a articulação do modelo teórico-prático da CIPE® e da Teoria de Levine contribui para ampliar o foco de atenção da Enfermagem em direção a mudança do paradigma dominante.

Essa concepção tem respaldo, também, em Paim e Almeida Filho (2000, p. 30) quando se referem ao termo paradigma, afirmando que, no sentido de movimento ideológico, corresponde a um “[...] conjunto de noções, pressupostos e crenças, relativamente compartilhados por um determinado segmento de sujeitos sociais, que serve de referencial para a ação”.

Entendendo a CIPE® como a matriz do Projeto CIPESC®/ABEn, Felli (2000), em seu estudo, considera essa classificação de Enfermagem, do ponto de vista da dimensão política, um instrumento para a redistribuição de poder (técnico, administrativo e político), na medida em que confere maior autonomia à Enfermagem.

Esse aspecto da dimensão *política* foi relado na experiência com os estudantes, sobretudo quando os debates revelaram a necessidade de se esclarecer o domínio de Enfermagem no contexto institucional, ou seja, graduandos compreendem o domínio de Enfermagem a partir da CIPE® e apontam a classificação como um referencial capaz de delimitar a área de conhecimento da Enfermagem. Os participantes definem diagnóstico e prescrição de Enfermagem diferenciando-os com

segurança do diagnóstico e prescrição do médico. A seqüência de falas reflete como os graduandos esclarecem o domínio de Enfermagem e a relação da CIPE® no processo de desenvolvimento da autonomia e autoconfiança:

Para a formação a acadêmica, também o uso da CIPE deu pra perceber mais primeiro o valor, depois autonomia... geralmente, a maioria dos estudantes médicos passavam a prescrição, prescrição de Enfermagem, na verdade. Era o médico que prescrevia alguns cuidados de Enfermagem e hoje nós começamos a fazer prescrição, começamos a trabalhar com a CIPE e deu pra perceber que nós estamos ocupando nosso espaço, e você não vê tanto cuidados prescritos pelos médicos em alguns prontuários, como a gente via antigamente. Então, hoje eu percebo que tá mudando devido ao uso da CIPE, a gente está começando ocupar esse espaço, que é nosso (DEMÉTER, GF2).

A CIPE está nos proporcionando a oportunidade de colocar pra todos eles a importância da Enfermagem e o que a Enfermagem faz. A importância, então, é um documento, essa é a minha prescrição e distinguir também, para que as outras categorias entendam o que é a prescrição de Enfermagem. Então esses dias eu estava fazendo a prescrição e a acadêmica de Medicina perguntou: 'Eu quero entender o que vocês fazem?'. Aí fui mostrando a prescrição. Legal que tava com uma prescrição rica, o paciente tava cheio de problemas. [riso]. 'Deixa eu ver como é os diagnósticos de vocês?'. 'Eu não entendia qual era a função de vocês.' [falava a acadêmica de medicina] Expliquei a ela: 'A nossa prescrição não é a medicação, vocês, por exemplo, prescrevem a medicação, nós prescrevemos os cuidados para que, em conjunto com a medicação, esse paciente alcance o objetivo que é cura, que é o bem-estar'(PALES, GF2).

[...] então é possível, o diagnóstico nosso, da Enfermagem é completamente diferente do diagnóstico médico mas, eles acham que gente ia colocar diagnóstico médico no prontuário do paciente. Por exemplo, hipertensão, os eixos que gente coloca na CIPE não se torna do jeito do médico, se torna um método, se torna um foco para se tornar uma intervenção de Enfermagem (ADÔNIS, GF1).

[...] proporciona um diferencial de destaque na área de saúde, assim como atua facilitando e abrangendo uma quantidade maior de diagnósticos e resultando em cuidados mais completos. Eu coloquei de destaque porque a gente passa a ter diagnósticos de Enfermagem no qual nos só tínhamos diagnóstico médico, então esse é um diferencial, um destaque como qualquer outro profissional da área de saúde, a idéia é essa, a gente ter nosso destaque, porque ele abrange mais, tem uma abrangência maior de diagnósticos e você consegue fazer, você consegue fazer cuidados mais amplo (GLAUCO, GF1).

Respalhando essas concepções, Cruz (1997, p. 23) afirma sobre o diagnóstico:

[...] pode contribuir para delinear-mos 'a quem viemos' fornecendo diretrizes para a organização do conhecimento da disciplina – base para o exercício legítimo da autonomia – pois provê a esse nosso fazer um instrumento essencial para que possa ser exposto à

observação dos nossos pares, dos outros profissionais que conosco trabalham e, acima de tudo, à população que faz uso dos nossos serviços [...].

Compreender o domínio de Enfermagem é essencial para autonomia e autoconfiança, para a formação de enfermeiros “diagnosticistas”. Para Lunney (2004), o domínio de Enfermagem não está claro para muitos enfermeiros, porque suas expectativas clínicas na escola e no trabalho acontecem em instituições de saúde complexas que enfatizam prioridades diferentes daquelas da Enfermagem, sobretudo quando a cultura dominante nas instituições de saúde é a da Medicina. Contudo, os enfermeiros precisam de clareza sobre o domínio de Enfermagem a fim de se sentirem responsáveis em ajudar os pacientes que apresentam respostas humanas a problemas de saúde e a processos de vida. Isso parece ficar evidente para os graduandos na experiência vivenciada. A CIPE® trouxe essa contribuição.

Os **conflitos de interesse de classe** foram aqui representados pela resistência de profissionais da equipe em determinados setores, especialmente os de Medicina, por não terem experiência em receber acadêmicos de Enfermagem nesses setores. Por outro lado, os graduandos de Enfermagem sentem-se pouco valorizados por serem da primeira turma e não possuírem a “tradição” que o curso de Medicina construiu através de anos de história na instituição. Esses conflitos podem ser traduzidos pelas relações de poder que influenciam as práticas de saúde e as práticas de Enfermagem e foram revelados como uma dificuldade, um limite para a implementação da CIPE® mas, à medida que a instituição e os profissionais compreendem o domínio de Enfermagem, essa dificuldade parece desaparecer. As falas a seguir ilustram essa concepção:

[...] tem um setor que teve mais resistência, é uma enfermagem que o médico não aceitava a Enfermagem, só os residentes de Medicina. Eles tinham medo da gente invadir o setor deles. Ele não aceitava, aí a coordenação enfermagem conversou e eles viram a sistematização, o nosso diagnóstico, que o nosso diagnóstico era diferente (APOLO, GF1)

[...] devia ser ao contrário por ser um hospital escola. Ao nosso ver, devia ter a capacidade de valorizar o profissional enfermeiro, respeitar a autonomia do enfermeiro, e não aquela coisa hierárquica, viam o enfermeiro como tarefeiro, empregado do médico. ‘A Enfermagem está lá, vai tomar o meu lugar.’ Eles devem ter pensado isso. Então, pra gente, era impossível a gente

entrar e estabelecer o nosso lugar, nosso fazer, nossa autonomia (DEMÉTER, GF2).

Ainda na dimensão política, Felli (2000) aponta a classificação como instrumento para a conformação de políticas institucionais ou sociais, viabilizando ou subsidiando o planejamento em suas aplicações, como o processo decisório em diferentes níveis. Entretanto, neste estudo, a experiência, na articulação dos modelos formais, SAE e CIPE®, analisada do ponto de vista das políticas de saúde ou dos diferentes níveis do processo decisório que envolve um sistema de classificação, até aquele momento, configurou-se, somente, como um instrumento para o planejamento da assistência individual. Contudo, segundo Cruz (1997), pode-se afirmar que todo o processo que envolve o diagnóstico e a classificação de fenômenos e intervenções propicia o desenvolvimento da competência técnica e política de Enfermagem que, assim, afirma e fortalece esse trabalho em particular, como parte do trabalho coletivo. Isso ocorre pelo desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos que, ao identificar fenômenos de interesse para a Enfermagem (indicadores de necessidades assistenciais), identifica também as necessidades de intervenção, propiciando, dessa forma, o reconhecimento profissional e social, com a potencialidade de redirecionar a política institucional e assistencial, a partir do incremento da autonomia profissional de Enfermagem e de seu “empoderamento” (“empowerment”).

6 RESULTADO DAS ENTREVISTAS COM DOCENTES

Na segunda fase de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com docentes, sendo cinco pertencentes ao Curso de Graduação de Enfermagem da Instituição em estudo. Dos sete docentes supervisores do estágio de Enfermagem no 7º período, cinco docentes, efetivamente, acompanharam a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a inserção da CIPE® no processo de cuidar. Esses docentes, sujeitos da pesquisa, constituíram o universo da população em estudo, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino.

Como previsto no planejamento do estudo, a análise criteriosa dos elementos temáticos resultantes das entrevistas com docentes permitiu relacioná-los com as dimensões *praxiológica, comunicativa e política* (dimensões *a priori*). Esse processo desvelou alguns elementos temáticos que, na análise, apontaram outra dimensão (*a posteriori*), aqui denominada dimensão *cognitiva*, semelhante às dimensões trabalhadas com os graduandos.

Os entrevistados, em suas citações, ancoradas nas descrições das categorias, também receberam nomes da mitologia grega, como realizado com os graduandos, acrescidos pela letra D, indicando *docente*.

6.1 COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELOS DOCENTES DE ENFERMAGEM À CIPE®

As concepções dos docentes, a partir das entrevistas, referendaram os resultados obtidos com os graduandos por meio dos grupos focais e trouxeram alguns novos elementos, ampliando e aprofundando o conteúdo nas categorias. O Quadro 2 apresenta os resultados das entrevistas com os docentes, contendo as dimensões, as categorias e as subcategorias extraídas da análise.

DIMENSÕES	CATEGORIAS	
	POTENCIALIDADES ATRIBUTOS	LIMITES DIFICULDADES
<i>Praxiológica</i>	Constitui um instrumento facilitador para a SAE Promove a qualidade da assistência Possui uma abrangência maior de diagnósticos Promove a reflexão da prática acadêmico-assistencial	Falta de domínio do referencial para a prática Resistência à mudança de referencial Ausência de um modelo institucionalizado
<i>Comunicativa</i>	Apresenta linguagem simples Facilita a comunicação	
<i>Cognitiva</i>	Estimula o raciocínio clínico Amplia a área de conhecimento	
<i>Política</i>	Contribui para a valorização da profissão/do enfermeiro Desenvolve a autonomia e autoconfiança profissional Proporciona visibilidade das práticas de Enfermagem	Conflitos de interesse de classes

Quadro 2 – Categorias e subcategorias construídas a partir dos significados dos docentes, segundo as dimensões definidas *a priori* e *a posteriori*

6.1.1 Dimensão praxiológica

A dimensão *praxiológica*, no presente estudo, compreende os aspectos do planejamento assistencial, na medida em que elementos temáticos trazem significações para a prática da Enfermagem. Esses elementos foram agrupados e deram origem a duas categorias — POTENCIALIDADES e LIMITES.

Na tentativa de compreender os significados atribuídos pelos docentes, optou-se por iniciar a discussão partindo da percepção da CIPE® como “instrumento” para o processo de cuidar do enfermeiro. Na literatura, a CIPE® tem sido descrita ou citada como um instrumento de informação para descrever as práticas de Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE, 2005; NOBREGA; GARCIA, 2005). Neste estudo, foi possível depreender que a CIPE®, como instrumento, não aparece como *objeto* meramente empregado na execução de um trabalho, mas, num sentido mais amplo da palavra, como *recurso para atingir um fim*.

Nos relatos em que abordam a CIPE® na implementação da SAE, os docentes focalizam a CIPE® como um instrumento para organizar, direcionar o cuidado, ou seja, configura um instrumento metodológico do que um instrumento para gerar informação de saúde e de Enfermagem. Assim, os significados que os docentes de Enfermagem atribuem à CIPE® é que essa classificação **constitui um instrumento facilitador para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**, como expressam as falas a seguir:

A CIPE direciona o cuidado. Era o que eu estava falando anteriormente. Facilita o levantamento dos problemas do paciente, aponta quais os critérios, que forma que a gente vai intervir. Com o direcionamento da CIPE, já remetia você às etapas do processo, ele te dá subsídio que não permite que você queime o processo, entendeu? (ULISSES-D).

[...] eu encaro a CIPE como um instrumento que eu uso pra sistematizar... um excelente instrumento para a sistematização usado pelo enfermeiro. Acredito assim, esse é o valor da CIPE, facilitar a sistematização, como facilitador da sistematização (PIGMALIÃO-D).

A CIPE® contribui para você estar organizando todo seu cuidado, você pode avaliar, tudo o que você fez, facilita, organiza, ajuda na tua visão, te direciona, ajuda a direcionar os seus cuidados (PANDORA-D).

Buscando na literatura fundamentação para essas significações, Garcia e Nóbrega (2004) citam a CIPE® entre os sistemas de classificação dos elementos das práticas de Enfermagem¹² — diagnósticos, ações/intervenções e resultados de Enfermagem

¹² Segundo o CIE (ICN,1996) Os elementos da prática da Enfermagem são constituintes de um processo específico de trabalho: os exercentes da Enfermagem realizam ações e intervenções de Enfermagem, tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos — diagnósticos de Enfermagem, para alcançar os resultados esperados — resultados de Enfermagem.

— que estão em *interação dinâmica* durante a execução do Processo de Enfermagem. Nesse sentido, na experiência vivenciada pelos docentes, a *interação* da CIPE®, no processo de cuidar, pode ter sido facilitada, especialmente, pela linguagem padronizada que essa classificação fornece aos enfermeiros:

[...] no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais; no processo e no produto do raciocínio e julgamento terapêutico acerca das necessidades de cuidado da clientela e dos resultados do paciente que são influenciados pelas intervenções de enfermagem e na documentação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A **abrangência de diagnósticos** foi referida pelos docentes como um atributo da CIPE® em relação à Taxonomia I da NANDA, a qual vinha até então sendo utilizada pelos docentes nas disciplinas teórico-práticas que antecederam o 7º período. Essa percepção dos docentes revelou que a possibilidade de formular mais diagnósticos contribuiu para guiar as intervenções de Enfermagem no processo de cuidar. É importante ressaltar que esta concepção se apresenta de forma inquietadora remetendo a novas questões para o desenvolvimento de outros estudos para validar esta possibilidade, como por exemplo: em qual foco de atenção de Enfermagem ou contexto das práticas de Enfermagem a CIPE® possibilita formular diagnósticos que a Taxonomia da NANDA apresenta limites? As transcrições a seguir ilustram esse questionamento:

Como a CIPE tinha um leque maior de diagnósticos, essa possibilidade de diagnóstico também lhe dava uma possibilidade de pensar em ações e cuidados, isso aí foi de extrema importância para o cuidado, fundamental (ULISSES-D).

É mais aberto, porque como ele tem os eixos, que você pode fazer, então, você tem uma abertura de diagnósticos e vai poder intervir de uma forma melhor (POMONA-D).

A respeito da inter-relação dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem enfatizada pelos docentes, Carlson-Catalano (2004) afirma que, quando enfermeiros e estudantes de Enfermagem reconhecem e aceitam que as interpretações de evidências clínicas guiam a seleção de intervenções e a obtenção de resultados

positivos, a relevância clínica dos diagnósticos de Enfermagem é compreendida. No entanto, a autora completa a afirmação dizendo:

É mais fácil alcançar essa meta se os ambientes clínicos documentarem os diagnósticos das respostas humanas feitos pelos enfermeiros. Em ambientes que não documentam os diagnósticos dos enfermeiros, os professores devem dispende mais tempo e esforço para identificar interpretações que foram elaboradas, mas não comunicadas, e ajudar os estudantes a identificarem interpretações que serviram como base para intervenções, mas que não foram definidas.

Para os docentes, a CIPE® **promove a qualidade da assistência** a partir da sua interação no processo de cuidar, discutida anteriormente nos resultados com os graduandos de Enfermagem. As transcrições a seguir evidenciam melhor essas concepções:

Melhora a qualidade porque, quando você faz um diagnóstico de Enfermagem, você necessariamente tem que ter uma prescrição... a CIPE faz com que a gente julgue e proponha o cuidado, não que isso gere mais diagnóstico, gere mais prescrições, porque não necessariamente muitas prescrições significam qualidade no cuidado, mas acho sim que a CIPE promove uma melhoria do cuidado (PIGMALIÃO-D).

[...] houve um ganho muito grande no cuidado geral, justamente por intermédio da CIPE que direciona com mais facilidade, eu acho que mais no sentido de direcionar. Eu acho que foi muito importante para o cuidado (ULISSES-D).

Alguns docentes apontaram a CIPE® como instrumento que **promove a reflexão da prática acadêmico-assistencial**, favorecendo o ensino voltado para uma prática centrada no paciente/cliente, permeada por um modelo teórico e processual, tendo em vista o cuidado integral. As falas a seguir ilustram essa percepção:

Eu mudei minha forma toda de dar aula, por exemplo, metabolismo energético, eu coloco as doenças relacionadas, aí eu vou destrinchando o resto, mas em cima do diagnóstico de Enfermagem. Mudou meu conceito, mudou minha visão de como eu ensinar Enfermagem para o aluno. Então, a CIPE dá condição do enfermeiro mudar esse conceitual médico de como tratar o doente e adotar um conceitual de Enfermagem, do cuidar, por que nós partimos de um diagnóstico que seria nosso, da necessidade do indivíduo, focado na resposta desse indivíduo frente o problema de doença, é isso que é CIPE (PIGMALIÃO-D).

Para a educação, para a formação, eu vejo que foi uma visão muito adiantada... nós conseguimos colocar o aluno crítico e reflexivo justamente por conta da CIPE, eles começaram a criticar determinadas coisas que, numa metodologia tradicional, a gente, talvez, não conseguisse arrancar desse aluno e fizeram uma reflexão da própria assistência, da prática, enfim, isso foi muito importante para a formação (ULISSES-D).

Essas significações parecem evidenciar que a articulação na prática de modelos teórico-conceituais, aqui representados pela SAE e a CIPE®, permitiu influenciar o próprio cenário acadêmico e assistencial. Nesse sentido, Cianciarullo (2001) afirma que, sendo as teorias expressas por uma estrutura rigorosa e criativa, de idéias articuladas de forma sistematizada e com o propósito específico de promover uma visão de um fenômeno (Enfermagem), o grande desafio consiste em torná-las passíveis de serem compreendidas e validadas no contexto das experiências do cotidiano dos enfermeiros. Assim, aplicar, analisar e dar significado à estrutura conceitual proposta exige a experiencição, ou seja, a prática e a vivência passam a ser insubstituíveis na validação que determinam a existência do conceito em determinadas situações. Na prática cotidiana, é preciso compreender a teoria e definir em que aspectos, dimensões e ocasiões ela é importante para o processo de cuidar.

A influência de modelos teóricos de Enfermagem no processo de cuidar é descrita por Souza (2001) por meio de um recorte histórico e evolutivo das teorias, desde o início da década de 60. Segundo a autora, as teorias vêm produzindo resultados de várias ordens nos processos *cuidativos*. Entretanto, esses conhecimentos vão sendo incorporados, paulatinamente, na vida profissional, nos planos intelectual, reflexivo e de aprendizado, na busca de definição dos fenômenos da prática, na atribuição de um papel específico, no ensino, na pesquisa, na linguagem e na ação de cuidar propriamente dita.

O progresso do conhecimento teórico condicionou o avanço na busca dos fenômenos do campo profissional. A não centralização, apenas no modelo biomédico, acentuou o foco do cuidado de enfermagem na pessoa, na promoção de sua integridade e não apenas na patologia [...] (SOUZA, 2001 p. 34).

Corroborando as afirmações de Souza (2001), docentes revelam a incorporação de modelos teóricos durante a prática acadêmico-assistencial e manifestam que a experiência com a CIPE® no processo de cuidar contribuiu para o distanciamento do modelo biomédico e taylorista para a formação de conceitos com significado para a Enfermagem, especialmente, da linguagem usada no campo profissional. As falas a seguir ilustram essa concepção:

[...] nós estávamos acostumados com as rotinas, com o dia-a-dia, com as burocracias, e a assistência tem ficado a desejar e talvez foi um ganho também para a categoria no sentido que houve pra escola e para o hospital um movimento falando que o enfermeiro é responsável, abriu a visão de algumas pessoas que o enfermeiro não está ali pra fazer burocracia, só pra fazer papel burocrático. Algumas pessoas até questionavam: 'O enfermeiro pode fazer isso? Como é diagnóstico? O que é prescrever?' (ULISSES-D).

Eu percebo que, para o paciente, é uma assistência mais qualificada, mais centrada no problema que esse paciente tem frente à necessidade de assistência de Enfermagem, é um meio que o paciente possa distinguir os enfermeiros da classe médica. Então a CIPE, eu acho que vai fazer o paciente perceber qual a real função do enfermeiro frente a ele, qual a atuação do enfermeiro (PIGMALIÃO-D).

Como a CIPE tem abertura para você estar avaliando não só a parte clínica do doente, você pode abrir para avaliar outras, como a parte familiar, a moradia, você tem muita coisa que você pode avaliar e fazer diagnóstico. Às vezes uma coisa ligada ao emocional, então a CIPE te dá abertura não só da parte biológica (POMONA-D)

Nesse contexto de incorporação de modelos teóricos ou conceitos inerentes à prática de Enfermagem, Rossi e Casagrande (2001) afirmam que, para a implementação do processo de Enfermagem, há pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas: uma relacionada com a escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual, e outra com a sua operacionalização no contexto da prática.

Na dimensão praxiológica, a análise dos textos transcritos possibilitou identificar limites atribuídos pelos docentes para a utilização da estrutura conceitual da CIPE® no processo de cuidar: **falta de domínio do referencial para a prática; resistência à mudança de referencial; e ausência de um modelo institucionalizado.**

Nesse ponto da apresentação dos resultados das entrevistas com os docentes, vale a pena destacar dois pontos do cenário da pesquisa: o primeiro deles foi a oficina “Sistematização da Assistência de Enfermagem com enfoque na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem”, realizada com os docentes da instituição de ensino juntamente com enfermeiros do campo de estágio, para conhecerem os modelos teórico-conceituais que norteariam a SAE e a inserção da CIPE®, especialmente, no processo diagnóstico; o segundo ponto diz respeito ao encaminhamento daquela oficina para se estabelecer um grupo de estudo para dar suporte aos professores para a sistematização da assistência, sobretudo no processo diagnóstico com base na estrutura conceitual da CIPE®. Entretanto, esse grupo de estudo não chegou a se constituir até o momento da fase de coleta de dados desta investigação, o que serve de elemento para contextualizar as dificuldades descritas a seguir.

Entre as dificuldades apontadas pelos docentes na articulação da estrutura conceitual da CIPE ao processo de cuidar, a **falta de domínio do referencial para a prática** foi referida pela maioria dos docentes entrevistados, o que os deixava apreensivos para conduzir o processo de Enfermagem junto aos discentes. Entretanto, essa apreensão parece desaparecer à medida que praticam, estudam, ensinam e aprendem a utilizar um novo sistema de classificação de Enfermagem na prática acadêmica. As falas a seguir ilustram essa percepção:

[...] no início eu tinha muita dificuldade. Alguns alunos, quando chegaram, tinham muito mais conhecimento de CIPE do que professor, então, nós fomos vendo, estudando e lendo. Aí essa fase passou (LUCINA-D).

Temos que entender e começar a refletir que existem coisas na nossa profissão que a gente não conhece, por exemplo, a CIPE que é uma coisa que acho que alguns enfermeiros ainda não conhecem, não sabem como funciona. Eu já conhecia, mas nunca havia trabalhado com o método, então eu fiquei apreensivo porque eu estava acostumado a trabalhar de outra forma (ULISSES-D).

No início, eu acho que foi difícil pra todo mundo, porque assim a maioria dos professores, a nossa vivência era com NANDA, não era com CIPE, não era exatamente com CIPE, então houve aquela dificuldade inicial do próprio professor e de se adequar e buscar treinamento, porque o que foi dado foi muito superficial. Então a gente teve que buscar, estudar, entender realmente qual era a finalidade daquilo e até entender realmente que a CIPE te dava mais abertura de diagnóstico (POMONA-D).

As concepções dos docentes a respeito da **resistência à mudança de referencial** foram divergentes. Enquanto alguns manifestaram que a resistência à CIPE® ocorreu em decorrência da falta de conhecimento desse referencial, um dos participantes revelou que a resistência do grupo de docentes acabou por gerar dificuldade para obter esse conhecimento e aplicá-lo na prática acadêmico-assistencial. Para ele, essa resistência ou dificuldade parece ser algo que antecede a inclusão de um sistema de classificação, ou seja, esbarra nas dificuldades para a operacionalização do processo de Enfermagem. As seguintes citações ilustram o que foi expresso:

[...] entre as dificuldades, a primeira foi a rejeição do grupo de professores com relação a entender o que seria essa classificação, existia uma rejeição nata, essa rejeição acho que já vem lá de traz no processo de Enfermagem que a gente já aprende, aprende, mas não implementa, então essa dificuldade dos professores gerou dificuldade no aprendizado (PIGMALIÃO-D).

A única dificuldade que nós encontramos foi a resistência inicial que eu já coloquei, dos profissionais, de alguns alunos, dos próprios professores [...] (ULISSES-D).

Eu acho que houve resistência em função do desconhecimento, pra mim era muito mais prático manipular o NANDA [referindo-se ao livro de Oliveira e Vargas (2001): Proposta Diagnóstica] (POMONA-D).

Associada à resistência para mudança de referencial, os docentes manifestam, como uma dificuldade para implantar a metodologia da assistência com os graduandos de Enfermagem, a **ausência de um modelo institucionalizado**, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Outra dificuldade é que pra implantar essa metodologia aí com os alunos de Enfermagem da graduação, numa instituição que até bem pouco tempo tinha ainda atendente de Enfermagem como encarregado, que era colocado como enfermeiro. Então essa seria outra dificuldade, se o enfermeiro de lá não faz a prática, é difícil para o professor mostrar para o aluno como aquilo deve ser feito. Então sem o envolvimento dos enfermeiros da instituição que desconhecem o que seria isto, também gera outro problema (PIGMALIÃO-D).

Algumas instituições não estão acompanhando o movimento que tem acontecido tanto na educação quanto na saúde. Eu senti que não houve envolvimento da instituição até certo ponto, criaram determinadas barreiras para escrever no prontuário, acho que, se todos os profissionais estivessem envolvidos e comesçassem a implantar ou utilizar também a CIPE, o que aconteceria é que a instituição ganharia mais ainda (ULISSES-D).

Assim, as dificuldades atribuídas à CIPE® pelos docentes parece que se inter-relacionam e interferem na aplicação do processo de Enfermagem. Segundo Carlson-Catalano (2004), em ambientes que não documentam os diagnósticos dos enfermeiros, os professores devem compartilhar histórias das próprias lutas para integrar as responsabilidades profissionais, de modo que os estudantes possam ver que esse esforço é um processo contínuo.

Para Cruz (2004), no que se refere à Sistematização da Assistência de Enfermagem, que ainda não constitui parte integrante do cotidiano de trabalho dos enfermeiros nos diversos níveis de atenção à saúde e em diversos setores, a SAE representa um instrumento concreto para enfrentar o modelo caótico de assistência institucional associado à desvalorização do cuidado do ser humano. Nesse sentido, mais do que a proposição de normas e regulamentação da SAE é necessária uma mudança de postura para que essa metodologia de trabalho seja implantada.

6.1.2 Dimensão comunicativa

A dimensão comunicativa pressupõe disposições verbais e não-verbais que são responsáveis por exprimir, definir, registrar a palavra, por dizer o que uns querem comunicar aos outros na experiência vivenciada com a utilização da CIPE® no processo de cuidar.

No contexto das práticas acadêmicas, os registros de Enfermagem foram realizados pelos graduandos no prontuário do paciente, em impresso comum aos demais profissionais de saúde (evolução clínica) e em impressos de Enfermagem, elaborados pela instituição de ensino, para o registro das demais etapas do processo de Enfermagem (histórico, diagnóstico e prescrição de Enfermagem). Esses últimos, não foram incluídos no prontuário do paciente, embora uma comissão estivesse analisando essa possibilidade. Assim, parte dos elementos que apoiaram e descreveram as ações dos graduandos de Enfermagem não foi incluída no prontuário ou em sistemas de informação, manuais ou computadorizados, para ser

utilizada em outros processos de tomada de decisão, como na assistência, no gerenciamento da unidade ou na gestão de sistema de saúde.

Nesse sentido, Marin (2003, p. 74) afirma que “[...] os dados que não são propriamente documentados, obviamente não podem ser usados para demonstrar o desempenho da enfermagem, o custo do cuidado de enfermagem e a evidência da melhor prática”. Entretanto, este aspecto da linguagem padronizada para compor sistemas de informação em saúde não foi mencionado nas entrevistas pelos docentes.

As concepções associadas à dimensão comunicativa referem-se ao atributo da CIPE®, atribuído pelos docentes como uma classificação que **possui linguagem simples** com a potencialidade de **facilitar a comunicação entre os discentes**. As falas a seguir ilustram essas concepções:

[...] entre os alunos, facilitou a linguagem, sim, porque eles começaram a ter, agora no final, um linguajar próprio, um linguajar interessante (PIGMALIÃO-D).

A CIPE trouxe uma linguagem universal, eu acho até que eu gostei muito mais por isso. Você se adapta muito mais facilmente numa linguagem mais simples (LUCINA-D).

A concepção de que a CIPE® facilita a comunicação entre os discentes não foi manifestada com referência aos outros profissionais da área da saúde, não que isso não tenha ocorrido, mas, simplesmente, porque não foi observado, como mostram as transcrições a seguir:

Eu não acho que a CIPE dificulta não, porque ela tem uma linguagem até simples. Não acho que quem leia não possa entender, quem é da área profissional entende. Eu ainda não fiz essa observação em relação a outros profissionais não, porque a gente fica muito focada no aluno, acompanhando o aluno, entendeu? Os outros profissionais não posso ficar observando (LUCINA-D).

[...] eu achei, com certeza, foi um facilitador nesse sentido, mas, em relação a outro profissional, eu não percebi (PIGMALIÃO-D).

Nesse sentido, o processo comunicativo pode não ter sido suficientemente sólido e articulado para formar ou permitir uma análise em diferentes situações, por exemplo, na relação com o paciente e com outros profissionais.

6.1.3 Dimensão cognitiva

Levando-se em conta os aspectos inerentes à dimensão cognitiva, tomou-se como eixos, para análise dos dados qualitativos, nesta dimensão, a percepção e a exploração do instrumento da CIPE®, como estímulo ao conhecimento, e a percepção dos elementos relacionados com o raciocínio clínico e o pensamento crítico no processo de cuidar.

Considerando que a proposta inicial para a utilização da CIPE®, na implementação da SAE, foi de utilizar os eixos do Foco da Prática de Enfermagem, Julgamento e Probabilidade da Versão Beta 2 para descrever os diagnósticos de Enfermagem, as entrevistas revelaram que a CIPE® **promove o raciocínio clínico** pela sua própria estrutura multiaxial para construção do diagnóstico de Enfermagem. Essa estrutura permitiu comunicar ou descrever diagnósticos representativos da prática acadêmico-assistencial, especialmente, os diagnósticos de risco. A transcrição a seguir ilustra essa concepção:

A CIPE está mais aberta, está mais aberta ao raciocínio, porque, como tem aquele leque de variedades, os eixos, que você pode fazer, então você tem julgamento, tempo, você tem todos aqueles eixos que você pode chegar a um diagnóstico dependendo da situação. Com o paciente, nem todos os diagnósticos você vai utilizar todos os eixos, então, você tem uma possibilidade maior de raciocínio, o NANDA, por exemplo, ele vem com o diagnóstico fechado, né? A CIPE você pode utilizar mais risco, qual é o risco do paciente, eu acho interessante, eu acho que abriu o raciocínio (POMONA-D).

É possível depreender que a estrutura multiaxial da CIPE® para compor um diagnóstico promove o raciocínio clínico, porque, ao avaliar intencionalmente situações clínicas, o docente ou estudante de Enfermagem reconhecem unidades de dados relevantes para confirmar ou descartar o diagnóstico e buscam a linguagem padronizada da CIPE® para descrever a opinião clínica sobre o estado de um

determinado fenômeno de Enfermagem, como base para as ações de Enfermagem. A transcrição a seguir evidencia, inclusive, que a ação de qualificar a intensidade ou grau de manifestação do fenômeno no processo de julgamento diagnóstico foi valorizada na experiência com a CIPE®:

A facilidade que você tem de fazer o diagnóstico sem vir aquele bolo de receita pronta, você vai raciocinar em cima do diagnóstico do paciente. Não tem uma receitinha de bolo que você abre e está lá prontinha, pega aquele diagnóstico e coloca, você vai ter que sempre avaliar de uma forma mais criteriosa esse doente. Se ele tem risco de uma infecção. Se o grau é moderado ou se é leve, por que alterado, pra você avaliar melhor o doente e, automaticamente, você atuar nos cuidados. A partir do momento que você parte desse raciocínio, em cima do diagnóstico, você pode raciocinar na intervenção e tanto que eu mudei esse raciocínio em relação a NANDA. A NANDA já vem a receitinha pronta, de repente automaticamente você também já quase adquiriu a receitinha pronta para a intervenção. A CIPE não te dá a receita, você vai criando seu diagnóstico, lógico que dentro de um guia, aí dá uma possibilidade de você raciocinar em cima da sua atuação (POMONA-D).

Essa transcrição chama a atenção, especialmente, pela determinação da intensidade ou grau da manifestação clínica, ou seja, o docente valorizou a estrutura conceitual da CIPE® para descrever sua opinião clínica sobre determinado fenômeno de Enfermagem como propõe o Conselho Internacional de Enfermagem (2003).

Nesse sentido, Lunney (2004) cita, a partir de achados em pesquisa, que estratégias de pensamento foram estudadas e descritas em teorias do processo diagnóstico em Enfermagem e que tipos específicos de estratégias de pensamento ou capacidades intelectuais, tais como, *fluência*, *flexibilidade* e *elaboração* do pensamento produtivo divergente, são necessários para coletar dados, gerar mentalmente possíveis diagnósticos e selecionar aqueles mais bem apoiados pelos dados. As capacidades básicas de *fluência* — capacidade para interpretar sobre grande número de dados ou situações relacionadas; de *flexibilidade* — capacidade para mudar o pensamento de um tipo de informação para outro a partir de um dado adicional; e de *elaboração* — capacidade de pensar sobre grande número de implicações a partir de uma unidade de informação, bem como os auxílios pedagógicos para o processo diagnóstico estão associados à maior precisão diagnóstica.

Com referência a essa fundamentação teórica, uma das entrevistas revelou estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de habilidades diagnósticas, demonstrando, ao mesmo tempo, a relevância clínica dos diagnósticos de Enfermagem para guiar a tomada de decisão. As transcrições a seguir evidenciam esse processo:

Então, quando eu chego até ele, ele já sistematizou, já fez diagnóstico, prescrição, tudo. Ai eu começo a perguntar para confirmar, para ter a precisão do diagnóstico, 'Você não acha que esqueceu um diagnóstico?' Às vezes ele prescreveu um cuidado, mas ele esqueceu o diagnóstico, então, muitas vezes, eles não conseguem fazer o diagnóstico se não tiver a CIPE para estar ali induzindo, pra que ele venha a observar aquilo, às vezes induz a observar. É como eu te falei, ele fica atento ao foco da prática, direciona (LUCINA-D).

Quando você faz um diagnóstico de Enfermagem, você, necessariamente, tem que ter uma prescrição de uma ação da Enfermagem e as ações de Enfermagem que não são pautadas nesse diagnóstico são ações que a gente pode colocar como empíricas, ação mecanicista, mecânicas e não estão pautadas num julgamento. E a CIPE faz com que a gente julgue e proponha um cuidado (PIGMALIÃO-D).

As concepções dos docentes na dimensão cognitiva revelaram a potencialidade da CIPE® para o desenvolvimento do julgamento clínico. Essa concepção encontra respaldo em Lunney (2004), quando afirma que o uso de terminologias de Enfermagem padronizada pode estar associado à maior precisão diagnóstica. A terminologia apóia o conhecimento das definições e dos significados de conceitos específicos e proporciona uma base para tomar decisões consistentes. O julgamento é descrito na literatura como elemento do raciocínio clínico.

A literatura específica descreve como o raciocínio clínico e as habilidades do pensamento crítico relacionam-se para a prática clínica de Enfermagem (PESUT; HERMAN, 1999; CRUZ, 2001; LUNNEY, 2004). Com base nessa literatura, pode-se argumentar que o processo diagnóstico de Enfermagem envolve processos intelectuais que incluem habilidades do pensamento crítico e do raciocínio clínico para a coleta de dados, análise e tomada de decisão para a precisão diagnóstica, para selecionar a melhor intervenção e obter o melhor resultado. Segundo Pesut e Herman (1999), a decisão clínica é a seleção de intervenções e ações para obter resultados desejáveis em uma determinada situação. A tomada de decisão faz parte do raciocínio clínico e pressupõe conhecimento teórico de Enfermagem clínica,

prática clínica, habilidades cognitivas e perceptuais e conhecimento das classificações de Enfermagem.

Para Cruz (2001), o diagnóstico de Enfermagem é uma forma de expressar as necessidades de cuidados identificadas naqueles de quem cuidamos. Quando se afirma um diagnóstico, nada mais é do que a expressão de uma situação, que, no julgamento do enfermeiro, necessita de uma intervenção de Enfermagem.

Associada a essa afirmação, uma das entrevistas revela que a CIPE® amplia os focos de atenção de Enfermagem em relação ao paciente, para estabelecer diagnósticos. Nesse sentido, a CIPE® contribui para **ampliar a área de conhecimento** da Enfermagem, fornecendo uma linguagem para expressar as necessidades de cuidados por meio do julgamento diagnóstico e terapêutico. A fala a seguir evidencia essa concepção:

A CIPE ajuda a ampliar, a ter uma visão em relação ao paciente. Com a CIPE, ele começa a buscar mais, uma coisa vai puxando outra, então a CIPE vai ampliando, amplia mais. Ele não consegue traçar um diagnóstico só assim no avaliar o paciente, ele não consegue (LUCINA-D).

6.1.4 Dimensão política

A dimensão política buscou significações a fim de compreender como os próprios sujeitos interpretaram e problematizaram suas experiências ou práticas com a CIPE® nos planos que influenciam a regulação das práticas de Enfermagem fundamentados em Girardi (1999) e Antunes (2000), ou seja, nos planos da tradição, dos valores, das ideologias e das crenças, no plano da negociação, do espaço das entidades sociais, onde se dão os conflitos e mediações de interesses das instituições, das entidades corporativas de classes profissionais, e no plano das normas de regulamentação da profissão, definidas por leis, resoluções e programas oficiais vigentes.

Os significados atribuídos pelos docentes na dimensão política foram agrupados e classificados como potencialidades da CIPE® para mudança de valores preestabelecidos. Os docentes acreditam que a CIPE® **contribui para a valorização da profissão/do enfermeiro; desenvolve a autonomia e autoconfiança profissional; proporciona visibilidade das práticas de Enfermagem**, como ilustram as transcrições a seguir:

A CIPE está contribuindo muito, eu estou buscando uma palavra de importância, pra representar a grande importância. Valorização, valorização do profissional de Enfermagem, o enfermeiro (LUCINA-D).

[...] eu acho que, para a enfermagem, a CIPE é o caminho para dar visibilidade ao nosso serviço, dar visibilidade ao serviço de saúde que é o que a CIPE prega, também, lá nas páginas iniciais, ele diz que pra dar uma coleta de dados em saúde, pesquisa de qualidade em saúde, a CIPE vai fornecer isso desde que a Enfermagem adote isso (PIGMALIÃO-D).

Então você tem uma visibilidade profissional, hoje você chega no setor, olha lá o paciente foi avaliado, foi feito diagnóstico, foi prescrito, tem um acompanhamento de Enfermagem, o enfermeiro tá botando a cara dele no que seria o foco dele quando ele resolveu fazer a profissão dele, que é a assistência (POMONA-D).

Algumas entrevistas revelaram a influência da CIPE® no desenvolvimento da **autonomia e autoconfiança da Enfermagem** como um processo de redistribuição do poder mediante os conflitos e interesses de classe. As falas a seguir representam esse processo:

[...] porque nós não estávamos invadindo o espaço de ninguém. Houve uma contribuição para levantar os problemas das categorias e, logo em seguida, a CIPE veio delimitando o nosso espaço, que a gente não estava invadindo espaço de ninguém e firmando o fato, isso aqui é nosso, é único, vocês não podem mexer (ULISSES-D).

[...] por exemplo, a equipe médica não entendia a questão do aluno falar em diagnóstico, não entendia a questão de evoluir no prontuário. A Ginecologia proibiu de evoluir, como se evolução fosse uma coisa só voltada para o médico, proibiu o aluno de fazer curativo, entende como Enfermagem só pode fazer sinais vitais. Então, como que vai implementar isso [referindo-se às etapas do Processo de Enfermagem]? (PIGMALIÃO-D).

Esses **conflitos de interesse de classes** apresentaram-se como dificuldades ou limites para implementar os sistemas de classificação de Enfermagem no processo

de cuidar. Segundo Antunes (2000, p. 13), nesse importante espaço de regulação do trabalho em saúde, “[...] os profissionais de enfermagem pouco transitam, pela incapacidade de agir como seres socialmente determinados e pela inabilidade em lidar com situações conflituosas, das quais preferem majoritariamente fugir”. Nesse sentido, os significados atribuídos à CIPE® pelos docentes, como um sistema de classificação que contribui para a delimitação da área de conhecimento e autonomia do enfermeiro, apontam um caminho para abrir o espaço da negociação, do convencimento e da barganha cotidiana para sedimentar uma nova prática socialmente aceita.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, em que se conclui a investigação, pretende-se contribuir com o debate acerca dos sistemas de classificação de Enfermagem, cujos estudos se multiplicam em diferentes cenários, especialmente, no momento em que a Enfermagem no Brasil vem trilhando um caminho para a construção de uma terminologia brasileira.

Uma das preocupações dessa investigação foi buscar respostas para algumas indagações que, sem dúvida, permeiam a regulação e conformação das práticas de Enfermagem hoje vigentes, e também apontar caminhos para a transformação e qualificação profissional representando um marco na história pessoal e profissional da pesquisadora. Nesse sentido, foi necessário a clareza e o esforço para posicionamento como pesquisadora e deixar de lado o papel de agente da proposta de inserção dos novos referenciais na instituição de ensino cenário desta pesquisa.

A metodologia utilizada, visando à compreensão das percepções, motivações e dos comportamentos dos sujeitos da pesquisa, no que diz respeito à CIPE®, permitiu explorar a avaliação de docentes e graduandos de Enfermagem sobre a experiência vivenciada. Entretanto, cabem aqui, sobre o ponto de vista metodológico, algumas considerações. A primeira delas é que, embora o procedimento de coleta de dados tenha sido diferente para os dois grupos — grupo focal para graduandos e entrevistas para docentes — os resultados se mostraram muito semelhantes. Uma explicação para essa semelhança nos achados do estudo pode estar relacionada com variáveis, como o conhecimento sobre o referencial da CIPE® e o tempo de experiência com a utilização desse sistema de classificação no processo de cuidar. Variáveis estas, que este estudo não se propôs a validar.

Uma outra consideração a respeito do método escolhido refere-se à técnica de grupo focal utilizada com os graduandos, a qual possibilitou evidenciar a dinâmica da construção da informação. De fato, o grupo focal apresentou vantagens geradas pela participação conjunta do grupo de entrevistados, pela interação entre os participantes, enriquecendo as respostas, especialmente, pela troca de impressões.

A análise dos dados discutidos a partir das quatro dimensões — *praxiológica, comunicativa, cognitiva e política* — exigiu esforço para categorizar os elementos temáticos e relacioná-los com cada uma das dimensões identificadas. Essa dificuldade, entretanto, foi compreendida, fundamentalmente, a partir de Girardi (1999) e Antunes (2000), ao defenderem que o processo de trabalho em saúde envolve a conjunção de diferentes mecanismos que promovem e regulam a reprodução geral das práticas institucionalizadas, inclusive o espaço de intervenção e qualificação das práticas de Enfermagem. Compreende-se, assim, ao se aprofundar nas dimensões acima referidas, que a transformação e a qualificação profissional das práticas vigentes, seja no ensino, seja nos serviços, são bastante complexas e requerem ou pressupõem muito mais conhecimento e estratégias de mudanças planejadas do que ideais corporativos.

A experiência de docentes e graduandos de Enfermagem na articulação de modelos formais, aqui representados pela SAE e a CIPE® e implementados como prática acadêmico-assistencial durante o estágio curricular do 7º período do Curso de Enfermagem, mostrou-se bastante satisfatória.

Observou-se que, embora as dimensões aqui nominadas estejam intrínsecas e inter-relacionadas, foi a partir da dimensão praxiológica que este estudo apontou a resposta ao problema investigado, ou seja, *a CIPE® é percebida por docentes e graduandos como um modelo factível de ser usado no processo de cuidar.*

Acerca dessas dimensões, a integração dos pressupostos teórico-conceituais à prática acadêmico-assistencial permitiu a contextualização de questões que permeiam as práticas de Enfermagem essenciais para o processo formativo. Nesse sentido, os docentes e discentes, mergulhados na realidade e utilizando a CIPE® no processo de cuidar, puderam analisá-la, compreendê-la e, a partir desse caminho, testar, contestar, criticar, sugerir e, inclusive, interferir nos diferentes espaços, mediados pelo saber produzido no ambiente acadêmico.

A ênfase dada à dimensão praxiológica da CIPE®, manifestada igualmente por docentes e graduandos, revelou, inicialmente, que a CIPE® constituiu um instrumento que promove a organização do cuidado porque possibilita uma abrangência maior de diagnósticos em relação ao sistema de classificação utilizado até então por docentes e graduandos nas disciplinas anteriores — a Taxonomia I da NANDA. Entretanto, à medida que os sujeitos interagem com sua própria ação, consigo próprio e com outros, a dimensão praxiológica transcende a competência técnica e inicia-se um processo de valoração dos aspectos inerentes às dimensões cognitiva, comunicativa e política da CIPE® no processo de cuidar.

As concepções aqui manifestadas, ora por graduandos, ora por docentes, evidenciando um terreno fértil para a crítica reflexiva, para proposições e ações que se convertem para a formação de futuros enfermeiros, contribuindo para o enfrentamento das adversidades do cotidiano das práticas de saúde e para a conformação das práticas de Enfermagem.

Um dos aspectos que merece ser destacado diz respeito à interação da CIPE® com o processo de Enfermagem, ratificada por docentes e graduandos de Enfermagem, a qual pode ter sido facilitada, especialmente, pela linguagem padronizada que essa classificação fornece aos enfermeiros no processo, no produto do raciocínio clínico e na documentação da prática profissional, já abordada por Garcia e Nóbrega (2004).

Outra concepção contida nas declarações de docentes e graduandos acerca da CIPE® refere-se à potencialidade de desenvolver o raciocínio clínico. Isso porque a estrutura multiaxial da CIPE® para construção dos diagnósticos de Enfermagem permitiu comunicar e descrever diagnósticos representativos da prática acadêmico-assistencial, especialmente, diagnósticos de risco. Dessa concepção surge um novo questionamento: até que ponto a utilização de nomenclaturas ou catálogos de diagnósticos para áreas de atenção específicas ou especialidades contribuiriam para o ensino-aprendizagem do processo diagnóstico?

Acerca da questão identificada no parágrafo acima, o Conselho Internacional de Enfermagem (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005) reconheceu que os enfermeiros necessitam de catálogos de diagnósticos, intervenções e resultados pré-coordenados para determinadas áreas da prática de Enfermagem, para facilitar a documentação do cuidado. Entretanto, o que se quer trazer para reflexão é do ponto de vista ensino-aprendizagem do processo diagnóstico para a formação de enfermeiros “diagnosticistas”. O risco é que, uma vez aceitas as denominações diagnósticas por meio de nomenclaturas diagnósticas ou de catálogos pré-coordenados, estes podem não conter todas as possibilidades de respostas humanas aos problemas de saúde e processo de vida, e seu uso no ensino do processo diagnóstico poderia limitar a identificação de novos diagnósticos. Nesse sentido, a estrutura multiaxial da CIPE® e o guia para compor diagnósticos, ações e resultados de Enfermagem poderiam constituir-se em um instrumento, também, pedagógico para o processo diagnóstico.

Acrescenta-se a essa perspectiva, as demais potencialidades da CIPE® manifestadas por docentes e graduandos na dimensão cognitiva. A CIPE® amplia a área de conhecimento da Enfermagem à medida que define os termos da prática de Enfermagem. Dessa forma, uma vez que a Enfermagem no Brasil vem desenvolvendo estudos para uma terminologia brasileira a partir do Projeto CIPESC®, essas considerações podem apontar caminhos para a ampliar as discussões sobre os sistemas de classificação e a inserção da CIPE® como modelo teórico-conceitual factível para o ensino e para a prática do Processo de Enfermagem.

Embora não fosse objeto deste estudo avaliar as estratégias pedagógicas utilizadas para a inserção da CIPE® no processo de cuidar, certamente, a ênfase dada ao desenvolvimento das competências conceituais e atitudinais essenciais para a formação de enfermeiros “diagnosticistas” pode ter contribuído para o envolvimento na experiência vivenciada na articulação dos modelos formais, SAE e CIPE®, redundando ou potencializando a competência técnica. Houve momentos em que tanto docentes como graduandos de Enfermagem revelaram a relevância clínica dos

diagnósticos e esclareceram o domínio de Enfermagem. Dessa forma, os resultados podem ter sido influenciados pela abordagem crítica das estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas, redimensionando a ciência, o conhecimento e a prática de Enfermagem, contrapondo-se ao “[...] modelo técnico-racional, que descreve uma perspectiva científica da enfermagem como um conhecimento hierárquico, teórico e de status acadêmico” (SANTOS; NÓBREGA, 2004, p. 465).

A CIPE® revelou-se, neste estudo, como um instrumento que contribui para a promoção a organização do cuidado e a qualidade da assistência, contribuindo para a autonomia e autoconfiança profissional, além de proporcionar a visibilidade das práticas de Enfermagem e valorização da profissão. No entanto, salienta-se a resistência à mudança de referencial, a falta de domínio desse referencial e a ausência de modelos institucionalizados do Processo de Enfermagem como limites para sua utilização.

A tarefa de sistematizar a assistência e utilizar a CIPE® para descrever os elementos da prática de Enfermagem representa ainda um grande desafio. A SAE e os sistemas de classificação têm representado uma bandeira de luta da Enfermagem, parte de uma “imagem objetivo” com propriedades e potencialidades desejáveis em todos os níveis de atenção à saúde, em instituições públicas e privadas, especialmente, como estratégia para garantir a qualidade do cuidado centrado na pessoa. Entretanto, o contexto onde os enfermeiros têm tentado desenvolver o processo de Enfermagem, caracteriza-se, predominantemente, pela subordinação à ideologia de dominação da Medicina, da administração e da tecnologia.

Nesse contexto de indignação e crítica a essa realidade, nasce o movimento para a mudança, ou seja, a “imagem objetivo” com o “[...] propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe” (MATTOS, 2001).

De certo modo, uma imagem objetivo (pelo menos as imagens objetivos construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que 'existe', que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las (MATTOS, 2001, p. 45).

Com essa noção, pretende-se colocar a “imagem objetivo” da Enfermagem como uma configuração de um sistema, um referencial ou um instrumento para as práticas de Enfermagem, com possibilidades de realidades futuras e superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual, mas que se deseja transformar. Essa “imagem objetivo” tenta indicar a direção que os enfermeiros desejam imprimir à transformação da realidade, seja nos serviços de saúde, públicos ou privados, seja no ensino ou na pesquisa. É nesse sentido que a “imagem objetivo” diferencia-se da “utopia”, porque enfermeiros e enfermeiras a julgam viável num horizonte definido.

Embora a CIPE® seja apontada, neste estudo, como um modelo factível para o processo de cuidar, nesse caminho despontam questões inquietadoras indicando a necessidade de outros estudos, como analisar o impacto tanto do conteúdo quanto das estratégias de “ensinagem” para a SAE e o processo diagnóstico a partir da estrutura multiaxial da CIPE® no desempenho de graduandos de Enfermagem.

Finalizando a difícil tarefa de interpretar a realidade, não basta a apropriação teórica e metodológica para a mudança de paradigmas, é necessário a “vocalização dos atores acerca da realidade vivida e suas contradições em busca da superação” (EGRY, 2000, p.48). É necessário considerar, sobretudo, o processo de regulação do trabalho em saúde que determina o espaço de intervenção e qualificação das práticas de Enfermagem.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L.M.; CUBAS, M.R. (Org.). **Cipescando em Curitiba**: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn, 2005.

ANTUNES, M.J.M. et al. **Manual do pesquisador**: orientação para o trabalho de campo. Brasília: ABEn, 1997.

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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil**. Brasília: ABEn, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A.L.B.L; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistematização da assistência de enfermagem sob o referencial do cuidar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais do VII SINADEN**. CHIANCA, T.C.M; ROCHA, A.M; PIMENTEL, M.O. (Org.). Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 45-52.

CARLSON-CATALANO, J. Método pedagógico para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. In: LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem**: estudos de caso e análises. Tradução de Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Tradução de Ana Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 27-33.

CHIANCA, T.C.M. Os sistemas de classificação dos elementos da prática na pesquisa em enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais do VII SINADEN**. CHIANCA, T.C.M; ROCHA, A.M; PIMENTEL, M.O. (Org.). Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 98-105.

CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (Org.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: ABEn, 1999.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (CIE). **Classificação internacional para a prática de Enfermagem - Beta 2**. Tradução de Heimar de Fátima Marin. São Paulo: 2003.

COSTA, M.E.B. Grupo focal. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p.181-192.

CRUZ, C.H.C. **Competências e habilidades**: da proposta à prática. São Paulo: Loyola, 2001. Coleção Fazer e Transformar.

CRUZ, D.A.L.M. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2. ed. Brasília: ABEn, 1997. p. 45-48.

_____. Fenômenos e intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de classificação em enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn, 2000. p. 28-41. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

_____. A inserção do Diagnóstico de Enfermagem no Processo Assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I. et al (Org.). **Sistemas de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 63-84.

CRUZ, I.C.F. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o Sistema Único de Saúde (SUS): breves considerações. SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais do VII SINADEN**. CHIANCA, T.C.M; ROCHA, A.M; PIMENTEL, M.O. (Org.). Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 24-30.

DANIEL, L.F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

DUARTE, M.Y.M. Estudo de caso. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 215-235.

EGRY, E.Y. et al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In: CHIANCA, T.C.M, ANTUNES, M.J.M. (Orgs.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: ABEN, 1999. p. 34-45.

EGRY, E.Y. Cipescando pelo Brasil afora. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de classificação em enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn, 2000. p. 45-48. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

FELLI, V.E.A. Classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva: perspectivas de utilização no Brasil. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de classificação em enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn, 2000. p.183-187. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

FONSECA JÚNIOR, W.C. Análise de Conteúdo. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 280-304.

FRANÇA, V.R.V. Paradigmas da Comunicação: conhecer o quê? **Ciberlegenda.**, n. 5, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/mestcii/vera1.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de classificação em enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn, 2000. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

_____. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais do VII SINADEN**. CHIANCA, T.C.M; ROCHA, A.M; PIMENTEL, M.O. (Org.). Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 31-44.

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

GIRARDI, S. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina (1999). **Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/areas_det.>. Acesso em: 15 jul. 2006.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GOMES, M.E.S; BARBOSA, E.F. **A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais - Educativa, publicação interna, 1999.

GUTIÉRREZ, M.G.R.; SOUZA, M.F. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn, 2000. p. 19-26. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

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

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Nursing's next advance**: an international classification for nursing practice (ICNP). Geneva, Switzerland: ICN, 1993.

_____. **The International classification for nursing practice**: a unifying framework – the Alpha version. Geneva, Switzerland: ICN, 1996.

_____. **ICNP® - International classification for nursing practice – Beta**. Geneva, Switzerland: ICN, 1999.

_____. **ICNP® - International classification for nursing practice – Version 1**. Geneva, Switzerland: ICN, 2005.

KISIL, M. **Gestão da mudança organizada**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 4.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

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

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARIN, H.F. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: MASSAD, E. et. al. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p. 73-83.

MARIN, M.J.S.; MESSIAS, D.C.C.; OSTROSKI, L.E. Análise das publicações sobre diagnóstico de Enfermagem no Brasil. **Rev. Nursing**, v. 76, n. 7, 2004.

MARTIN, K.S. **The Omaha system**: past, present, and future. On-line Journal of Nursing Informatics, v.3, n.1, p. 1-6. Disponível em: < <http://www.eaa-knowledge.com/ojni/ni/dm/ojni.html>>. Acesso em: 17 jul. 2006.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 43-49.

McCLOSKEY, J.C; BULECHEK, G.M. Defining and classifying nursing interventions. In: MORITZ, P. **Patient outcomes research**: Examining the effectiveness of nursing practice: proceedings of the state of the science conference. Washington D.C.: National Institute of Nursing Research. 1993. p. 63-69.

_____. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v.1, n. 3, 2º sem./1996.

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

_____. NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Adaptação transcultural dos termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo da prática de enfermagem da CIPE. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 623-643, 2002.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Classificação internacional da prática de enfermagem – CIPE/CIE: uma visão geral da Versão Alfa e considerações sobre a construção da Versão Beta. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (Org.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPE/CIE**. Brasília: ABEN, 1999. p. 18-33.

_____. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEn, 2000. p. 19-27. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

OLIVEIRA, E.R.A.; VARGAS, J.V.O. **Proposta diagnóstica: modelo teórico-prático da metodologia da assistência à luz da Teoria de Levine e classificação diagnóstica da NANDA**. Vitória: Ed. Do Autor; 2001.

OREM, D. **Nursing concepts of practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1995.

PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a da saúde coletiva**. Salvador: Casa da qualidade, 2000.

PESUT, D.J.; HERMAN, J. **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. New York: Delmar, 1999.

ROSSI, I.A; CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I et al. (Org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2001. p 41-62.

SABA, V.K. **Home health care classification (HHCC), of nursing diagnoses and interventions**. Tradução de Marin, H.F. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Centro de Informática em Enfermagem, 1990.

SANTOS, S.R; NOBREGA, M.M.L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem - enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 460-468, maio/jun. 2004.

SASSO, G.T.M. Trilhando os caminhos na construção de uma terminologia de enfermagem brasileira. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 8., 2006, João Pessoa. **Anais do VIII SINADEN**. OLIVEIRA, E.F; NOBREGA, M.M.L; SOARES, M.J.G.O. (Org.). João Pessoa: ABEn, 2006. p. 10-14.

SOUZA, M.F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T.I et al. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. 2. ed. p 29-39.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 2nd ed. California: SAGE, 1998.

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

UNIVERSITY OF IOWA COLLEGE OF NURSING. 2006. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/noc/nocbenefits.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

WESTEPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARILA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanitária Pan-Americana**, v.6, n.120, 1996.

WESTRA, B.L. National Health Information Infrastructure (NHII) and nursing: Implementing the Omaha System in community-based practice. Disponível em: <<http://www.himss.org/content/files/ImplementationNursingTerminologyCommunity.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2006.

YIN, R.k. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Brokman, 2000.

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL COM GRADUANDO

Eu, Débora Catarina Pfeilsticker, enfermeira pesquisadora, estou desenvolvendo a dissertação de mestrado intitulada “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: significados atribuídos pelos docentes e graduandos de Enfermagem”, tendo por objetivo compreender os significados atribuídos por docentes e graduandos de Enfermagem à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem no processo de cuidar.

Contando com sua colaboração em participar da pesquisa, solicito seu consentimento formal como participante nas atividades de *grupo focal*.

O único momento de participação do grupo terá a duração aproximada de duas horas. No grupo serão abordadas questões acerca do uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no processo de cuidar e espera-se que os participantes relatem suas experiências e percepções sobre o tema. O grupo focal será desenvolvido por um facilitador (que conduz o roteiro), um questionador (que aprofundará as falas) e um relator (somente anota as falas). As falas serão gravadas em áudio, transcritas e a fita destruída após a defesa da dissertação.

A sua participação neste estudo é voluntária e será garantido o anonimato e sigilo dos participantes.

Você tem a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta durante o grupo focal, bem como pode retirar seu consentimento de participação na pesquisa, a qualquer momento, pois qualquer recusa de sua parte não implicará qualquer dano para você.

Débora Catarina Pfeilsticker

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicitado, consinto em participar do presente estudo.

Nome:

Assinatura:

Data: __ __ __

APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM DOCENTE

Eu, Débora Catarina Pfeilsticker, enfermeira pesquisadora, estou desenvolvendo a dissertação de mestrado intitulada “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: significados atribuídos pelos docentes e graduandos de Enfermagem”, tendo por objetivo compreender os significados atribuídos por docentes e graduandos de Enfermagem à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem no processo de cuidar.

Contando com sua colaboração em participar da pesquisa, solicito seu consentimento formal como participante da técnica de entrevista.

Na entrevista, serão abordadas questões acerca do uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no processo de cuidar e espera-se que o participante relate sua experiência e percepção sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em áudio, transcrita, e a fita destruída após a defesa da dissertação.

A sua participação neste estudo é voluntária e será garantido o anonimato e sigilo do participante.

Você tem a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta durante a entrevista, bem como pode retirar seu consentimento de participação na pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar desta pesquisa não implicará qualquer dano para você.

Débora Catarina Pfeilsticker

Telefone contato: (27) 3337-9755

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicitado, consinto em participar do presente estudo.

Nome:

Assinatura:

Data: __ __ __