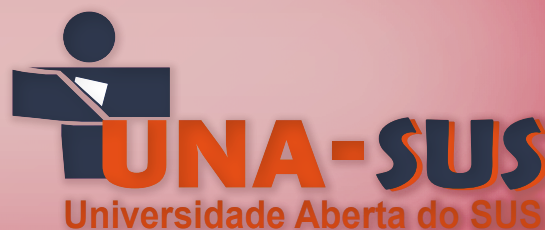


Especialização em **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Unidades de Conteúdo
Prática clínica do enfermeiro

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Milton de Arruda Martins

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE (DEGES)

Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Ademar Artur Chioro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo:

Francisco Eduardo de Campos

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUnifesp)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão:

Eleonora Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Conceição da Silva Vieira Ohara

Eleonora Menicucci de Oliveira

(dezembro/2009 à fevereiro/2012)

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA
Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Celso Zilbovicius

Daniel Almeida Gonçalves

Laís Helena Domingues Ramos

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Gisele Grinevicius Garbe

Monica Parente Ramos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Antonio Aleixo da Silva - *Design instrucional*

Eduardo Eiji Ono - *Web design e ilustração*

Felipe Vieira Pacheco - *Design instrucional*

Marcelo Franco - *Diagramação e ilustração*

Sílvia Carvalho de Almeida - *Revisão ortográfica*

Tiago Paes de Lira - *Diagramação*

Valéria Gomes Bastos - *Web design*

Edição, Distribuição e Informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão

Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP 04021-001 - SP

Fale conosco: 011 5576.4842 (Secretaria)

(atendimento telefônico do suporte das 7h às 10h e de 15h às 18h)

<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2012

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Ministério da
Saúde



Prática clínica do enfermeiro

Laís Helena Ramos,
Eliana Saporoli,
Adriana Marega
e Monica Antar Gamba

Sumário

Introdução	4
A gestão da clínica na ESF	5
Referências	8
Bibliografia consultada	10

Introdução

A história da Saúde Pública no Brasil, influenciada pelo contexto internacional das Políticas de Saúde, vem, nos últimos 30 anos, se caracterizando por importantes mudanças na estrutura dos seus serviços e na determinação de arranjos e práticas assistenciais de saúde.



Saiba mais...

O documento de Alma Ata, em 1978, responsável pelas bases do conceito de promoção da saúde, trouxe um novo significado e um novo entendimento sobre a noção de território e do meio ambiente no entorno dos serviços de saúde, além de propiciar a ideia sobre a determinação social da saúde.

Essa Conferência considerou os cuidados primários essenciais para a promoção e a proteção da saúde, que se realizam por meio de métodos e tecnologias práticas, requerendo ações intersetoriais e interdisciplinares.

No final da década de 1970 e no início dos anos 1980, a partir do referencial proposto em Alma Ata (1978), surgem as primeiras experiências de implantação de serviços municipais de saúde.

A partir desse momento, reconhece-se a sensibilização das autoridades mundiais responsáveis pela melhoria da qualidade dos serviços ofertada à população, em seus vários níveis de complexidade. Nesse contexto, ganham forças o Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento Pró-Participação Popular na Constituinte, os quais, com suas ideologias e amplos debates, conquistam em 1988, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, por meio da Lei nº 8.080 de 1990, torna-se um marco na direção de nossa experiência civilizatória, consolidando-se como um sistema público de políticas de saúde que reorganizou as práticas assistenciais por meio dos seus princípios doutrinários.

A municipalização dos serviços de saúde torna-se uma diretriz operacional do novo sistema de saúde. Configurando-se em um novo desenho organizacional, surgem a noção de território e a necessidade de se delimitar, para os sistemas locais de saúde, bases territoriais de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade – equidade e integralidade de ações – às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada (GONDIM et al., 2009).

Seguindo uma linha de pensamento, importante citar que alguns autores relatavam um novo significado e um novo entendimento sobre a produção da saúde, considerando o território como cenário que influencia e é influenciado pelos processos de vida do homem. O território passa a representar muito mais que uma extensão geográfica, possibilitando conhecer o perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e o expressa como forma dinâmica, em permanente construção, projetando-o como um cenário de práticas de interação entre as equipes, a comunidade e outros setores da sociedade (MENDES, 1993; BARCELLOS; ROJAS, 2004; GIDDENS, 1989).

A Atenção Primária à Saúde (APS) passa, então, a integrar um processo permanente de assistência sanitária, que possui como pilares estruturantes a integralidade, a longitudinalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado. Nesse sentido incluem-se a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação, orientando-se para a comunidade e articulando-se por meio de ações interseoriais (GIOVANELLA, 2008; STARFIELD, 2002).

Atualmente, a Atenção Primária desenvolve papel fundamental na operacionalização do SUS no âmbito nacional, tendo em vista que ela também oportuniza a articulação dos serviços de saúde entre e si e com a população, tecendo uma rede permanente de relações políticas, democráticas e participativas (MONTENEGRO, 2010).

Nesse sentido, desde 1990 a Estratégia Saúde da Família contribui como “carro-chefe” para a operacionalização do SUS, porém, influenciada pela realidade que compreende os aspectos atuais da política, da economia e da cultura das diferentes regiões por ela assistida, não pode ser única como proposta nem excludente de outros modelos assistenciais, pois ambos se incorporam à APS. Preconiza-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deva trabalhar na ótica da concepção das práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, sendo estas dirigidas às populações de diferentes territórios geográficos e políticos pelos quais os serviços devem assumir responsabilidades. Nesse sentido, a ESF atua como norteadora de propostas de transformação de práticas que vigoram sobre a configuração atual dos outros modelos, por meio de uma reorganização que compõe parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002; BORGES; BAPTISTA, 2010).

Importantes transformações na formação de pessoas para atuar nesse cenário surgem pautadas nas formulações de leis, nas portarias, nas criações de índices oficiais de qualidade da assistência prestada pelo SUS, no incentivo e no incremento à educação permanente destinada à atualização e à especialização de profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da Política Nacional de Saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de

gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho (BRASIL, 2007).

Nesse movimento pró-melhoria de novas práticas de saúde, as escolas voltadas à formação para a saúde também vêm aderindo e compreendendo que a produção da saúde se dá a partir da ótica multiprofissional e interdisciplinar. Há mais de dez anos, com as reformas curriculares e considerando que hoje temos mais de dez profissões da área da saúde, as escolas de formação contribuem caminhando nesse sentido, porém ainda existem muitos desafios. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) explicita que o seu campo de regulação incide sobre parte do espectro dos processos educativos: “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996).

Para alcançar o ensino desses novos enfoques, tem havido, por parte dos Ministérios e Secretarias de Saúde e Educação, um maior empenho e entrosamento na criação de programas especiais voltados à comunidade na modalidade multiprofissional, enfatizando a intersetorialidade e a transversalidade.

Com isso, o trabalho em saúde torna-se campo da atuação conjunta de diferentes profissões, cada uma delas com paradigmas, experiências pessoais e laborais específicas (SCHERER, 2006).

Instrumentalizar-se para lidar com esse universo diversificado é um desafio que os trabalhadores do Sistema Único de Saúde estão enfrentando e, gradativa e lentamente, vencendo.

A enfermagem caminha nesse sentido sob a influência da história, sobre as mudanças e conquistas da sociedade brasileira, passando por importantes transformações evidenciadas por alguns fatores, tais como:

[...] a passagem do ensino de enfermagem para ensino superior, em 1962; o surgimento do novo currículo mínimo, em 1972; e a implantação dos primeiros cursos de pós-graduação seguindo a reforma universitária de 1968. A criação dos cursos de pós-graduação fortaleceu a tendência vinda da década anterior, que apontava para a cientificidade da categoria e a necessidade vigente de enfermeiras especialistas, instaurando habilitações em enfermagem médico-cirúrgico, obstétrica e em saúde pública. Grande ênfase foi dada, nesse período, às disciplinas de administração, reafirmando o papel preconizado por Florence Nightingale. A passagem do ensino de enfermagem para o nível universitário e o surgimento dos cursos de pós-graduação refletiram-se na produção intelectual da categoria (KLETEMBERG, 2004, p. 34 apud MONTENEGRO, 2010).

Voltando aos anos 1970, retomamos o trabalho intensivo da Prof. Dra. Wanda Horta, que escreveu os primeiros estudos sobre o Processo de Enfermagem e sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Desses primeiros trabalhos, pode-se afirmar que a base científica do pensar e do fazer do enfermeiro estava lançada, propiciando à categoria profissional maior visibilidade ao desempenho do seu papel. Nesse momento, então, havia a preocupação de avanços na Enfermagem para acompanhar as mudanças rápidas da tecnologia.

Na continuação dessa explanação, na linha do tempo, chegamos em 1975 com a criação do Conselho Federal de Enfermagem, responsável pelo exercício do enfermeiro, do técnico em enfermagem e do auxiliar de enfermagem no território brasileiro.

A partir da promulgação da Lei do Exercício Profissional (LEP) no 7498/86 e do Decreto no 94406/87, que corresponderia à “carta magna” para o exercício do enfermeiro, definem-se as competências, os deveres e as obrigações dos profissionais de enfermagem, especificando cada nível de responsabilidade.

Nessa mesma época (1986), foi realizada a 8ª Conferência de Saúde em Brasília, que definia novos enfoques e modelos nas práticas de saúde.

A Enfermagem, que já tinha sua prática assegurada pela LEP, vem aperfeiçoando cada vez mais seus estudos na aplicação do exercício da assistência, ensino e pesquisa, e, hoje, o enfermeiro se empenha em discutir o seu papel clínico na Enfermagem.

Como integrante das equipes de saúde da ESF, o enfermeiro é norteado por processos, atribuições específicas e compartilhadas que orientam sua prática nesse cenário. Ele atua de forma cooperativa e complementar com os demais membros das equipes, em uma relação recíproca entre as intervenções técnicas específicas e/ou compartilhadas, pautadas em Políticas de Saúde, Leis do Exercício Profissional (LEP), portarias ministeriais e municipais.

Para fins deste estudo, reduzimos esse leque de atuação à gestão da prática clínica do enfermeiro na ESF, considerando aspectos relevantes de sua interface com o cliente do serviço e as inter-relações com a família, a equipe e a comunidade.

A gestão da clínica na ESF

A prática clínica dos profissionais que atuam na ESF pode ser entendida dentro de um conjunto integrado e articulado de atividades e ações que visam promover atenção integral à saúde. Entre elas podemos listar (RAMOS, 2008):

- Gestão do Processo Clínico Individual: compilação e organização de dados e informações clínicas que permitam ter um conhecimento razoável, e a todo momento, da situação de saúde de cada pessoa do território adscrito. Inclui a abordagem clínica individual e a consulta em si;
- Gestão do Processo Familiar: entende a família como um sistema complexo e aberto, e aplica conhecimentos e métodos de análise da sua estrutura e dinâmica, identificando sua história e ciclo de vida, recursos e problemas. Inclui a abordagem familiar;
- Gestão da Prática Clínica: diz respeito à organização em equipe dos cuidados às pessoas, famílias e comunidades do território.

Inclui:

- a gestão dos períodos de consulta;
- a acessibilidade às ações e serviços da unidade, incluindo o processo de acolhimento;
- o cuidado aos grupos com necessidades especiais;
- a organização dos cuidados preventivos e de promoção da saúde;
- a coordenação, a articulação e a integração das ações de cuidado individual e coletivo com as outras unidades e serviços da rede regional de saúde, como também com recursos e equipamentos próprios da comunidade;
- a avaliação de processos e resultados com vistas à efetividade e à melhoria da qualidade do cuidado, incluindo a promoção das melhores práticas e a educação permanente dos profissionais, a gerência de riscos organizacionais e clínicos e a utilização contextualizada das evidências e protocolos clínicos.

Na ESF, principal modelo assistencial da APS, a participação do enfermeiro é fundamental para o planejamento, a execução e a avaliação da programação de saúde, bem como das ações de Vigilância em Saúde. Sua participação se dá de forma individual ou na interface com as equipes multiprofissionais quando da elaboração, da execução e da avaliação de planos terapêuticos de saúde (BRASIL, 2011).

Respaldados pela LEP e norteados por métodos específicos à sua clínica, os enfermeiros realizam a assistência aos diferentes ciclos de vida individual e familiar e, em situações específicas de adoecimento, como é o caso das doenças crônicas predefinidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/02 como prioritárias nos programas ministeriais de Atenção à Saúde, tais ações são realizadas por meio das consultas de enfermagem individual ou familiar.



Destaque

Além das atribuições comuns à equipe de saúde da APS, ao enfermeiro compete:

- I – realizar Atenção à Saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;*
- II – realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;*
- III – realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;*
- IV – planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;*
- V – contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e*
- VI – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).*

A portaria da Atenção Básica de 2011 define atribuição específica desse profissional no âmbito da APS.

“A gestão das práticas de saúde exige a discussão a respeito desta diversidade humana, o diálogo entre parceiros ou atores sociais, reconhecendo igualdades e diferenças instituídas biológica, social, política e culturalmente. O agir individual também traz a expressão dos aspectos culturais, sociais, afetivos e políticos que estão inter-relacionados na complexidade do ser humano e nas relações de cuidado.” (EDERMAN, 2006).

Na ESF, a clínica do enfermeiro se dá em diferentes espaços de interação com os clientes do serviço, sendo eles a Unidade de Saúde e o domicílio, em modalidades de atendimento individuais e coletivas.

O trabalho clínico do enfermeiro, quando no âmbito do atendimento individual e familiar, deve atender a dois elementos essenciais: o primeiro é ser orientado pela LEP, e, nas decisões que envolvem intervenções, ser orientado por manuais, linhas de cuidado ou protocolos clínicos específicos ou multiprofissionais validados pelas instâncias da categoria, do município ou da União, de forma a legitimar sua assistência, pela redução das variabilidades de decisões e condutas, garantindo dessa forma a qualidade da assistência e a segurança do paciente (HARADA et al., 2011) (MATUMOTO et al., 2011).

O segundo elemento essencial à clínica do enfermeiro é a habilidade deste de combinar essas padronizações específicas diagnósticas e terapêuticas às inevitáveis variações presentes em cada caso, considerando que esse movimento conduz a outra dimensão assistencial, que é o exercício da clínica ampliada. Em sua essência, praticar uma clínica ampliada na produção do cuidado em saúde permite conhecer os usuários considerando-os como sujeitos do seu contexto de vida (familiar e coletivo) e as influências que essa interação proporciona aos seus processos de construção de resiliência sob as diferentes condições de saúde e adoecimento (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Logo, a atuação do enfermeiro na gestão da prática clínica não é apenas uma arte (considerando o ato de criar, a partir da percepção e interpretação de ideias e comportamentos). Ela é pautada na ciência, na propedêutica e terapêutica orientada por um arcabouço teórico desenvolvido por meio de um processo sistemático, definido pelas competências técnicas específicas da categoria e pelo uso de instrumentos guiados a uma abordagem organizada para alcançar propósitos.

É importante destacar que os focos do atendimento do enfermeiro são o bem-estar e a autorrealização do sujeito, experiências e reações do indivíduo, família e comunidade e as experiências da doença e processos de vida. Na ESF, tais focos são ampliados para a família, aqui entendida como uma unidade de cuidado e de perspectiva no processo de trabalho (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Nesse contexto, a Consulta de Enfermagem se configura como uma prática clínica que abrange os vários elementos discutidos sobre o papel clínico do enfermeiro.



Destaque

O papel clínico do enfermeiro foi estudado por Mendes (2010), em sua tese de doutorado, chegando a alguns resultados, tais como:

- *O papel clínico do enfermeiro é um processo psicossocial resultante da interação do enfermeiro com o paciente, com o contexto e consigo mesmo.*

O mesmo trabalho estudou a autonomia clínica, chegando às seguintes considerações:

- *A autonomia clínica configurou-se como elemento central da interação do enfermeiro com o paciente na experiência do papel clínico;*
- *O significado da experiência do papel clínico foi expresso no empedramento do enfermeiro no exercício da autonomia clínica, que mostra o alcance de resultados manifestados na própria interação do enfermeiro com o paciente, consigo mesmo ou com o contexto.*

Continuando, os dados indicaram ter o paciente como o centro do cuidado, ter finalidades e intencionalidade com atributos principais do papel clínico. O desempenho do papel clínico requer que o enfermeiro tome posse da autonomia clínica, que a exerça nas interações e nas ações junto ao paciente e se perceba empoderado por esse exercício.

Papel clínico é uma competência que se articula como uma forma de poder mediada pela autonomia clínica.

A autonomia clínica concede ao enfermeiro o poder de pensar, imaginar e planejar o cuidado e de influir na saúde do paciente.

Essa prática clínica consiste em uma assistência sistematizada de enfermagem, **privativa do enfermeiro**, operacionalizada nos diferentes níveis de complexidade, em espaços específicos programados ou não, de forma individual ou familiar, realizada por profissional enfermeiro habilitado para essa modalidade. Está respaldada pelo Art. 11, inciso I, alínea “i” da Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamentada, a legitima e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro. Ela utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, a prevenção, a proteção da saúde, a recuperação e a reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. Tem como fundamentos os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde.

O processo de enfermagem é o método utilizado para sistematizar a Consulta de Enfermagem. Sua forma atualmente mais conhecida e definida pelos especialistas consiste de cinco fases ou etapas sequenciais e inter-relacionadas, a saber: levantamento de dados ou coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar: o fenômeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado.

Esses aspectos dizem respeito aos elementos da prática profissional considerados, por natureza, inseparavelmente ligados ao Processo de Enfermagem: o que os agentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados pelos quais são legalmente responsáveis (resultados de enfermagem) (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Portanto, o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área.

Além do método, como sequência de passos definidos para o alcance de um fim específico, esse processo pressupõe o cuidado centrado na pessoa, a partir de uma ação em que o entendimento é fundamental, caracterizando-se, portanto, em uma ação comunicativa (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

No Brasil, os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem têm alertado os enfermeiros quanto à importância da implementação dessa metodologia de assistência, por meio da consulta de enfermagem.



Destaque

A última resolução do COFEN (Resolução n. 358/2009) dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Essa resolução estabelece que a Consulta de Enfermagem seja organizada por método fundamentado no Processo de Enfermagem, que define as cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo: coleta de dados (histórico); diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação de enfermagem. Essas etapas devem fornecer a base para avaliação dos resultados alcançados e, ainda, ser registradas formalmente em prontuário clínico, garantindo a continuidade da assistência ao indivíduo/família (SAMPAIO, 2010).

Dessa forma, esse método orienta instrumentos para a organização da assistência, que direciona o raciocínio clínico em um *continuum* de contextos dinâmicos, corroborando para a tomada de decisões sobre as necessidades identificadas e dirigidas aos cuidados para o indivíduo, família ou comunidade (LUNNEY, 2009).

Quanto à etapa do Diagnóstico de Enfermagem, a nova Resolução do COFEN ainda não determina uma taxonomia específica, deixando o profissional enfermeiro livre para descrever esse diagnóstico, podendo ser entendido como um processo de julgamento clínico, sendo, portanto, tradicional na prática da enfermagem ou como um termo que expressa a conclusão do julgamento clínico que focaliza as respostas apresentadas pelos clientes. O que se reveste de certa novidade são as iniciativas de se construir um sistema de linguagem compartilhado pelos enfermeiros.

Mesmo que não haja um sistema de padronização de linguagem, a decisão de realizar um determinado cuidado é pautada na discriminação da situação que se deseja reverter. Portanto, o diagnóstico de enfermagem existe com ou sem o uso da linguagem padronizada.

A literatura tem evidenciado que a falta de uma linguagem universal, que estabeleça a definição e a descrição da prática profissional, tem comprometido o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

Vários especialistas afirmam que a utilização de sistemas de classificação propicia diversos benefícios para a profissão, tais como:

- Fornecer linguagem uniformizada para a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- Permitir a documentação de informações de enfermagem, contribuindo para o cuidado do paciente;
- Permitir o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação de enfermagem;
- Facilitar o ensino de estudantes de enfermagem na tomada de decisão;
- Estimular a pesquisa em enfermagem por meio da vinculação com dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem e em outros sistemas de informação em saúde.

A enfermagem tem buscado a uniformização da linguagem por meio de várias iniciativas para o desenvolvimento de classificações para a sua prática profissional.

Uma dessas classificações é a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE), organizada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), e definida como uma classificação de fenômenos (ou diagnósticos), ações (ou intervenções) e resultados.

A CIPE representa o marco unificador de todos os sistemas de classificação de elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) disponíveis na área em âmbito profissional.

Nesse processo de construção da CIPE, percebeu-se que, embora alguns sistemas de classificação existentes já incorporassem termos relacionados a esses campos da prática, ainda havia a necessidade de identificar e incluir novos termos associados à Atenção Primária e à prática de enfermagem em serviços comunitários de saúde.

Partindo dessa constatação, foi delineado e executado o Projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil (CUBAS; EGRY, 2008), que elaborou um inventário vocabular de enfermagem em saúde coletiva, validando 99 termos e suas respectivas definições por um grupo de juízes.

A utilização dos diferentes sistemas de classificação no Brasil ainda é embrionária, restringindo-se às pesquisas, em especial na pós-graduação, e a algumas tentativas de emprego no ensino e na prática.

Dentre as experiências que vêm sendo desenvolvidas no Brasil utilizando a CIPE, merecem destaque a incorporação da CIPE versão Beta2 e os resultados do CIPESC no prontuário informatizado, utilizado em toda a rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-Paraná. Os enfermeiros curitibanos, ao construírem os diagnósticos e as prescrições de enfermagem nas áreas de saúde da criança e saúde da mulher, elaboraram a Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem da Rede Básica de Saúde do Município de Curitiba.

A experiência de Curitiba comprovou que é possível a utilização da linguagem CIPE em Atenção Primária à Saúde como um instrumento para sistematizar a prática de enfermagem em saúde coletiva e, conseqüentemente, para aumentar a visibilidade e o reconhecimento profissional do enfermeiro.

Segundo o COFEN, a operacionalização e a documentação do processo de enfermagem evidenciam a contribuição da enfermagem na Atenção à Saúde da população.

Com a expansão do ESF no país, ocorreu o avanço da implantação da Consulta de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, devido à contratação de maior número de enfermeiras que realizam essa atividade como estratégia de atendimento de caráter generalista, centrado no ciclo vital e na assistência à família.

Referências

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: **Manual de enfermagem**, 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. O território e a Vigilância da Saúde. **EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar**. Unidade de Aprendizagem I, Módulo III, Rio de Janeiro, 2004.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, mar.-jun. 2010.

BRASIL, LDB. Lei 9394/1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **NOAS 2001**. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 27 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implantação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Política Nacional de Atenção Primária**. Portaria MS/GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL; M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, SP, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 181-186, 2008.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto – enferm.**, v. 15, n. 3, p. 483-491, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300014>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

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

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde abrangente OU Seletiva?. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, suppl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2012.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da Saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização, 2009. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2012.

HARADA, M. J. C. S. et al. (Org.). **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

LUNNEY, M. Talking with Margaret Lunney. Acendio – **Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions & Outcomes**. V. 20, p. 8-16. Spring. 2009.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na Atenção Básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, jan.-fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2012.

MENDES, E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n. 10, p. 7-19, Brasília, OPS, 1993.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro**: avanços e desafios para a sua atuação na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 227-230, mar-abr. 2005.

PÁGINA do Conselho Federal de Enfermagem-**RESOLUÇÃO COFEN-358/2009**. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

RAMOS, V. A **Consulta em 7 Passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 2008, p. 126.

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

SAMPAIO, L. A. B. N. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta de gestão. In: HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010, p. 125-132.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho da equipe no programa de saúde da família**: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

STARFIELD, B. (Org.). **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. 180 p.

Bibliografia consultada

ALBUQUERQUE, L. M. et al. **Cipescando em Curitiba**: construção e implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba: ABEn, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/disponiveis/Maria_Angelica_Mendes>. Acesso em: 27 mar. 2012.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://bdtextual.senado.gov.br>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, p. 15-23, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, 2009. 160 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27.).

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. Diagnóstico de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 111-126.

CONSELHO Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**. Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. [Rio de Janeiro]: COFEN, [2002].

CONSELHO Internacional de Enfermeiros. **CIPE Versão 1.0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0**. São Paulo: Algor Editora, 2001.

CRUZ, D. A. L. M. A inserção do diagnóstico no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p. 63-84.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 181-186, 2008.

FUNDO das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Acesso em: 27 de mar. 2012.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 86-101, 1999.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v.18, n.1, mar. 2005.

MARGARET, L. R. N. Levantamento de dados, julgamento clínico e diagnóstico de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: **NANDA International – Diagnósticos de Enfermagem: definição e classificação**. São Paulo: Artmed, 2011, p. 29 a 42.