

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**  
**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GRAZIELA HINCKEL SCHÜRHAUS**  
**JULIANA CRISTINA BOSCOLLO SANTOS**  
**MAÍRA MANERICH**  
**RAQUEL LEHMKUHL STEINBACH**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM  
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UTILIZANDO A CIPE®  
(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE  
ENFERMAGEM) VERSÃO 1.0.**

Florianópolis

2007

GRAZIELA HINCKEL SCHÜRHAUS  
JULIANA CRISTINA BOSCOLLO SANTOS  
MAÍRA MANERICH  
RAQUEL LEHMKUHL STEINBACH

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM  
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UTILIZANDO A CIPE®  
(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE  
ENFERMAGEM) VERSÃO 1.0.**

Trabalho de Conclusão de Curso relativo à  
disciplina INT 5162 – Estágio  
Supervisionado II do Curso de Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina.

Orientadora: Profª Dra Marta Lenise do Prado  
Co-Orientadora: Dda. Patrícia Kuerten Rocha

Florianópolis


2007

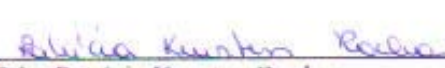
Graziela Hinckel Schürhaus  
Juliana Cristina Boscollo Santos  
Maira Manerich  
Raquel Lemkuhl Steinbach

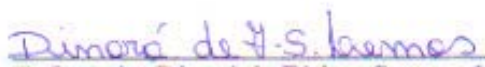
**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM  
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UTILIZANDO A CIPE®  
(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE  
ENFERMAGEM) VERSÃO 1.0.**


Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

  
\_\_\_\_\_  
Professora Drª Marta Lenise do Prado  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Dda. Patricia Kuerten Rocha  
Co-orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Enfermeira Dinora de Fátima Santana Lemos  
Supervisora

  
\_\_\_\_\_  
Professora - Drª Grace Terezinha Marcon Dal Sasso  
3º Membro da Banca

Florianópolis, 28 de novembro de 2007.




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

**DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

O estudo é de relevância para a prática de Enfermagem, demonstrando articulação teórico-prática e a importância da sistematização da assistência de Enfermagem. Destacamos a participação das Enfermeiras das Instituições envolvidas, de modo colaborativo no desenvolvimento do estudo.

  
Dra Marta Lenise do Prado  
Orientadora

  
Msc Patrícia Kuerten Rocha  
Co-orientadora



*”Registros:*

*A mão que escreve se ergue*

*em vôo e arrasta outras*

*na mesma aventura de*

*liberdade e libertação”*

Oliveira, Barreto e Lima

## **Agradecimentos:**

### ***À Deus:***

*Pelo Dom da Vida e por estar em todos os momentos conosco, nos dando força, luz e proteção, e por fim, chegarmos aqui enfrentando todas as dificuldades.*

### ***Aos nossos pais:***

*Lori e Daniel; Maria e Joel; Beatriz e José; Izete e Délcio, por proporcionarem a nossa vida, nos iluminando com afeto e dedicação e abrirem portas para lutarmos e atingirmos nossos sonhos. Com carinho, confiança e perseverança ouviram nossas angústias e não nos deixaram desistir, pois, acreditavam em nossos potenciais.*

### ***Aos nossos amores:***

*Thiago, Marquinhos e Paulo, por todos os momentos de ausência, cansaço e irritação, que foram revertidos para apoio, companheirismo e paciência. Fizeram-nos crescer pela confiança que iríamos vencer, e assim, nos deram amor, atenção e carinho nesta fase tão difícil e obscura de nossas vidas.*

### ***A todos os nossos familiares:***

*Irmãos, tios e primos pelo carinho que sempre nos dedicaram, pelo apoio e estímulo ao longo de nossas vidas.*

### ***A nossa orientadora e co-orientadora:***

*Prof<sup>ª</sup> Dra. Marta Lenise do Prado e Dda. Patrícia Küerten Rocha pelo empenho na realização deste estudo, contribuindo em nossos conhecimentos e nos estimulando a desenvolver nossa independência em novas experiências. Obrigada pelo estímulo de satisfazer nossos ideais de acadêmicas e futuras enfermeiras.*

***À Prof<sup>ª</sup> Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso:***

*Por aceitar que utilizássemos a sua pesquisa como incentivo para a nossa, por aceitar ser membro da nossa banca examinadora e pelos conhecimentos adquiridos durante nossa graduação.*

***A nossa supervisora do HRSJ:***

*Enfermeira Dinorá, por nos passar os seus conhecimentos e experiências, por nos mostrar que podemos realizar uma enfermagem humanizada mesmo após alguns anos de formadas, e também, por nos acompanhar nesta nossa trajetória como enfermeira e amiga.*

***As nossas supervisoras do SAMU:***

*Enfermeiras Adriana Gomes, Daniela Linhares, Emanuelle Blum Weingartner e Máira Perraro, que nos fizeram vivenciar os atendimentos pré-hospitalares e nos repassaram seus conhecimentos e experiências tanto profissionais como pessoais, sendo grandes companheiras neste nosso caminho.*

***Às enfermeiras participantes:***

*Pela colaboração e participação em nosso estudo, e por nos aceitarem em seus períodos de trabalho, nos ensinando também a ser enfermeiras.*

***À equipe multiprofissional tanto do Hospital Regional quanto do SAMU:***

*Pelos ensinamentos e momentos de descontração, fazendo com que nos sentíssemos parte da equipe.*

***Aos pacientes:***

*Por valorizarem nossos cuidados e por contribuírem com o desenvolvimento de nossa formação profissional.*



***Às instituições:***

*Que nos acolheram e permitiram que realizássemos o nosso estudo, e também o nosso estágio de conclusão de curso.*

***Aos amigos e colegas de turma:***

*Pela amizade e pelas construções de conhecimentos durante esses quatro anos de faculdade.*

***Aos nossos professores de toda a graduação:***

*Que nos transmitiram os conhecimentos para que pudéssemos nos formar enfermeiras.*

***A todos:***

*Por acreditarem em nossa capacidade e colaborarem conosco nesta trajetória.*

SCHÜRHAUS, G. H; SANTOS, J. B. S; MANERICH, M; STEINBACH, R. L. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Serviço de Urgência e Emergência utilizando a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0**, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 87p.

Orientadora: Profª Dra. Marta Lenise do Prado

Co-orientadora: Dda. Patrícia Kuerten Rocha

## RESUMO

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, que teve como objetivo avaliar mediante um Instrumento de Avaliação do Sistema, uma proposta informatizada de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, conjuntamente com as sete enfermeiras deste local, e as quatro acadêmicas da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como também reconhecer as intervenções e os diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE® que apareceram com maior frequência na unidade em questão. A metodologia utilizada foi a aplicação do sistema informatizado móvel que contém o Processo de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE versão 1.0. Os resultados demonstraram que a Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada baseada na CIPE® consiste em uma forma positiva de programar e organizar uma metodologia de cuidados adequados ao paciente. A iniciativa buscou melhorar o trabalho das enfermeiras fazendo com que o mesmo seja valorizado.

Palavras chaves: Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizado; CIPE®; Emergência.

SCHÜRHAUS, G. H; SANTOS, J. B. S; MANERICH, M; STEINBACH, R. L. **Nursing Assistance Systematization in a Emergency Unit using ICNP® (International Classification for the Practice Nursing) Version 1.0**, 2007. Final Paper Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 87f.

Guidance: Teacher Dr. Marta Lenise do Prado

Co-guidance: Dda. Patrícia Kuerten Rocha

### **ABSTRACT**

This study results from a qualitative research, descriptive type, which objective is to evaluate, through a System Evaluation Tool, an implemented purpose of Nursing Assistance Systematization in a Emergency Unit from the Doctor Homero de Miranda Gomes São José Regional Hospital, cooperatively with seven local nurses and four university students from the last semester of the Graduation Course in Nursing from the Federal University of Santa Catarina State. The present research also intends to recognize the most frequent medical procedures and diagnosis based on ICNP on that specific unit. The methodology used was the application of a mobile system, that contains the Implemented Nursing Process based on ICNP version 1.0. The results showed that the Systematization of Implemented Nursing Assistance based on CIPE is considered a positive way of programming and organizing a methodology, in order to take care of patients properly. This first step searched to improve the nurses' work so that they can be more motivated in their career.

Key Words: Systematization of Implemented Nursing Assistance, ICNP, Emergency

## LISTA DE FIGURAS

<b>Quadro 01: Alterações realizadas na CIPE<sup>®</sup> beta 2 para a CIPE<sup>®</sup> 1.0 .....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 02: Organograma do Hospital Regional de São José Dr.Homero de Mirando Gomes .....</b>	<b>46</b>
<b>Quadro 03: Diagnósticos de Enfermagem do sistema respiratório segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>62</b>
<b>Quadro 04: Diagnósticos de Enfermagem do sistema cardiovascular segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>63</b>
<b>Quadro 05: Diagnósticos de Enfermagem do sistema neurológico segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>64</b>
<b>Quadro 06: Diagnósticos de Enfermagem do sistema gastrointestinal segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>65</b>
<b>Quadro 07: Diagnósticos de Enfermagem do sistema renal segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>66</b>
<b>Quadro 08: Diagnósticos de Enfermagem do sistema intertegumentar segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>66</b>
<b>Quadro 09: Diagnósticos de Enfermagem do sistema biopsicosocial segundo a CIPE<sup>®</sup> .....</b>	<b>67</b>
<b>Quadro 10: Intervenções de Enfermagem .....</b>	<b>69</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 01: Comparação da Avaliação Ergonômica no HRSJ (SC) e no HT (PR).....</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico 02: Comparação da Avaliação Usabilidade no HRSJ (SC) e no HT (PR) .....</b>	<b>60</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01: Parâmetros para análise dos resultados da Avaliação Ergonômica ...</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 02: Parâmetros para análise dos resultados da Avaliação Usabilidade. ..</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 03: Avaliação Ergonômica - Critério Organização .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 04: Avaliação Ergonômica - Critério Interface .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabela 05: Avaliação Ergonômica - Critério Conteúdo .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 06: Avaliação Ergonômica - Critério Técnico .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 07: Avaliação Usabilidade .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabela 08: Comparação dos diagnósticos de enfermagem por sistemas corporais .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabela 09: Comparação das intervenções de enfermagem por tipos de cuidados .....</b>	<b>65</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
2.1	<i>Objetivos gerais</i>	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>20</b>
3.1	<i>Emergência e Urgência</i>	20
3.2	<i>A política de acolhimento das emergências do Ministério da Saúde – QualiSUS</i>	22
3.3	<i>Metodologia da Assistência e a Informatização</i>	23
3.3.1	<i>Registro de enfermagem e a Comunicação</i>	23
3.3.2	<i>Metodologia da Assistência</i>	26
3.3.3	<i>Informatização da Assistência de Enfermagem</i>	30
3.3.4	<i>Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)</i>	32
3.3.4.1	<i>Perspectivas na implementação da CIPE®</i>	37
3.4	<i>Diagnósticos e intervenções de enfermagem</i>	38
3.5	<i>A informatização da Metodologia da Assistência de Enfermagem em um serviço de emergência</i>	39
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>43</b>
4.1	<i>Tipo de estudo</i>	43
4.2	<i>Participantes e Considerações Éticas</i>	44
4.3	<i>Local</i>	45
4.4	<i>Coleta de Dados</i>	46
4.5	<i>Análise dos Dados</i>	48
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>51</b>
5.1	<i>Avaliação Ergonômica e de Usabilidade do Sistema</i>	51
5.2	<i>Comparação à pesquisa realizada no Hospital do Trabalhador em Curitiba – PR</i>	59
5.3	<i>Avaliação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE® versão 1.0</i>	61

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As áreas de urgência e emergência destacam-se como importantes componentes da assistência à saúde, uma vez que, nos últimos anos aumentou o número de atendimentos nesse setor devido a uma série de evidências no crescimento da violência urbana, no número de acidentes e na falta de estrutura da rede, ocasionando sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para a população e transformando essa área em uma das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo a Resolução 1.451/95 do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, a Unidade de Emergência é um local que atende situações de emergência e urgência que popularmente não se diferenciam, mas na literatura ocorre uma distinção, sendo a urgência um agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida que necessita de assistência médica imediata. Já a emergência consiste no agravo à saúde com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, portanto, exige o tratamento médico imediato.

O tratamento na unidade de emergência refere-se ao cuidado fornecido aos pacientes com necessidades urgentes e críticas. No entanto, como muitas pessoas não têm acesso aos cuidados primários, o serviço de emergência é cada vez mais utilizado para problemas não-urgentes (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Smeltzer e Bare (2002, p.1822), a enfermeira que presta assistência hospitalar no ambiente de emergência, deve ter:

... uma educação especializada, treinamento e experiência para estar apta a avaliar e identificar problemas de cuidado de saúde de pacientes em situação de crise. Além disso, a enfermeira de emergência estabelece prioridades, monitoriza e avalia continuamente os pacientes agudamente doentes e lesados, apóia e auxilia as famílias, supervisiona o pessoal de

saúde e ensina os pacientes e familiares dentro de um ambiente de cuidado sob elevada pressão e tempo limitado.

Porém, o papel da mesma vai muito além. Em um atendimento de emergência, a enfermeira desenvolve diferentes ações, dentre elas a de administrar os recursos humanos, como também garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infra-estrutura que permitam à equipe atuar no atendimento emergencial (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Percebemos que a enfermagem busca melhorar diariamente a assistência prestada aos seus pacientes através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como descrevem Rossi e Casagrande (2001), Dell'Acqua e Miyadahira (2002) e Sena et al (2001). No entanto, ultimamente vem surgindo com maior ênfase à idéia de informatizar essa assistência, o que Dalri e Carvalho (2002) ressaltam quando referem que desde o final da década de 80 já se criam instrumentos para informatizar e dinamizar o cuidado.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um processo, uma metodologia sistematizada de prestação de cuidados que visa à obtenção de resultados desejados de uma maneira organizada e eficaz. É sistemático por se constituir de etapas, durante as quais são dados passos deliberados para potencializar a eficiência e atingir resultados benéficos (DOMINGUES; AMESTOY; SANTOS, 2006).

Estes autores ainda ressaltam que a SAE proporciona uma maior autonomia para o enfermeiro, um respaldo legal seguro através dos registros de enfermagem, além de promover uma melhor aproximação do enfermeiro em relação ao paciente e desenvolver uma enfermagem com características científicas.

É importante salientar, que essa sistematização é um processo que qualifica, valoriza e reconhece o profissional, capaz de proporcionar maior qualidade e eficiência na assistência, autonomia e cientificidade à profissão.

Ao chegarmos à última fase do curso de graduação, e faltarem alguns meses para nos tornarmos enfermeiras, nos vemos com muitas expectativas. Para concluir esta etapa, optamos por realizar uma pesquisa em uma emergência de um hospital geral, pois este tipo de unidade nos promove o desenvolvimento de tomadas de decisões rápidas e o atender vítimas em situações críticas de vida, o que durante a graduação foi pouco abordado. Além disto, nos instiga a aplicação e avaliação da SAE informatizada utilizando a CIPE<sup>®</sup> (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) como metodologia de assistência com uma linguagem comum e unificada. Segundo Marin (2007) a CIPE<sup>®</sup> é composta pelos elementos da prática de enfermagem: o que os enfermeiros fazem com relação a certas necessidades humanas para produzir determinados resultados (intervenções, diagnósticos e resultados).

A linguagem unificada em enfermagem da CIPE<sup>®</sup> permite utilizar os dados para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar o cuidado de enfermagem e os resultados apresentados pelos pacientes, desenvolver políticas de saúde e gerar conhecimentos através da pesquisa (MARIN, 2007).

Desse modo, resolvemos propor a instituição uma nova forma de sistematização da assistência de enfermagem, de modo a atender o indivíduo de maneira integral e humanizada, baseada em uma estruturação simplificada para que realmente possa se aplicar no cotidiano dos profissionais dessa unidade de atendimento. Partindo desse princípio, o grupo buscou implementar a assistência informatizada da CIPE<sup>®</sup> versão 1.0, na emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ), a partir da pesquisa “Processo de Enfermagem Informatizado na Emergência baseado na CIPE<sup>®</sup> versão 1.0”, realizado no Serviço de Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador na cidade de Curitiba-PR por duas acadêmicas de enfermagem, Daniela Böll e Janice Massoni, orientado pela professora Dr<sup>a</sup>. Grace Terezinha Marcon Dal Sasso.

## 2 OBJETIVOS

### *Objetivos gerais*

- Avaliar mediante aplicação de instrumento específico, a proposta informatizada de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, conjuntamente com os enfermeiros deste local.
- Identificar as intervenções e os diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE<sup>®</sup> 1.0 que apareceram com maior frequência na Unidade de Urgência e Emergência em questão.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### *3.1 Emergência e Urgência*

Segundo Smeltzer e Bare (2002) o essencial no cuidado de emergência consiste em preservar a vida evitando seqüelas antes de um tratamento definitivo e deste modo, restaurar as funções vitais do paciente e também estabelecer prioridades para o início do tratamento.

“O termo emergência identifica os problemas que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar, assim, a morte ou complicações graves ao indivíduo” (RODRÍGUEZ, 1998. p2).

O estudo em áreas críticas evoluiu segundo Nascimento, Virgílio e Mendonça (2002) nos serviços de emergência de uma maneira organizada e estruturada, dentro das estruturas hospitalares, embora há muitos anos, já existem áreas destinadas ao atendimento emergencial. As unidades de emergência hospitalares também vêm atingindo níveis cada vez mais complexos devido ao avanço científico e tecnológico da atualidade.

As unidades de emergência necessitam de profissionais especializados na área e com características peculiares. Assim, a atuação do enfermeiro implica na organização estrutural e funcional do serviço e da equipe, e em uma seqüência lógica de ações emergenciais (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Ressaltamos que no setor de emergência, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias, dentre elas, a comunicação, o relacionamento interpessoal, a tomada de decisão e a competência clínica, e aplicá-las na sua prática profissional (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Os mesmos autores referem que para o enfermeiro desenvolver sua prática profissional, principalmente em setores onde o trabalho é dinâmico, a equipe médica e de enfermagem precisam atuar de forma sincronizada, pois em muitas situações o

atendimento deve ser rápido e o paciente encontra-se em estado crítico com risco de morte.

Smeltzer e Bare (2002) convergem com os autores acima citados, quando colocam que os profissionais de enfermagem e de medicina se complementam na emergência, já que os mesmos devem trabalhar em conjunto para realizar as técnicas e as práticas necessárias para o cuidado.

O atendimento às emergências ocorre em sua grande maioria nos prontos socorros que atendem vinte e quatro horas por dia, estando adequadamente estruturados ou não. Este serviço funciona como entrada para o sistema de saúde, ele acolhe tanto pacientes com casos de emergência propriamente dita, como pacientes abandonados pela atenção primária e as urgências sociais. Esta demanda se mistura na recepção dos serviços de emergência e compromete a assistência prestada à população (BRASIL, 2004).

Problemas organizacionais, como a falta de triagem, ocasionam o atendimento por ordem de chegada, acarretando graves prejuízos aos pacientes, pois “as urgências sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento (BRASIL, 2004, p. 50).

Porém, na emergência não são apenas os problemas organizacionais que afligem o setor, a falta de um registro de enfermagem também consiste um grave problema. Pode-se observar nos Estados Unidos, segundo Smeltzer e Bare (2002) que o registro consiste em uma forma importante de cuidado, pois no mesmo constam a monitorização da condição do paciente, tratamentos instituídos, horários de realização, intervenções no atendimento e instruções fornecidas para o paciente e familiar tanto na alta hospitalar, como na transferência para outras unidades, no intuito do cuidado ser realizado de forma efetiva e continuada.

Percebe-se que isso deve ser realizado mesmo no dinamismo da unidade emergencial, pois, neste setor são tomadas inúmeras decisões vitais e para tais decisões necessita-se de uma compreensão da condição que produziu a emergência e seu efeito sobre a pessoa, como também, sobre seu tratamento.

O registro da assistência de enfermagem ao paciente permite o acompanhamento das condições de saúde do mesmo, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento (OCHOA-VIGO et al, 2001). Deste modo cabe uma observação: se não houver o registro como ter certeza do que aconteceu? O que será que realmente aconteceu a esse paciente? Quais procedimentos foram realizados?

### ***3.2 A política de acolhimento das emergências do Ministério da Saúde – QualiSUS***

Segundo Brasil (2004), o QualiSUS é um conjunto de mudanças que têm como objetivo proporcionar mais conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor permanência nos hospitais.

Os hospitais atendidos pelo QualiSUS irão receber novos equipamentos e reformas nas instalações. O ministério da saúde visa (BRASIL, 2004):

- O acolhimento dos pacientes que chegam às emergências, extinguindo as filas do lado de fora das unidades;
- A realização da triagem com classificação de risco e o atendimento por ordem de gravidade;
- A criação de sistemas de sinalização que garantam o fluxo no atendimento e autonomia ao usuário;
- Reorganização do funcionamento dos hospitais e informatização da área assistencial;
- Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192).

Enquanto ocorrem as reformas nas emergências, o QualiSUS cria, em cada hospital, o grupo de humanização do atendimento que reorganiza o funcionamento priorizando os leitos para pacientes da emergência, institui a triagem classificatória e capacita os profissionais. Compreende-se humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Ainda segundo Brasil (2004), o humaniza SUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

O acolhimento é uma ação que pressupõe a mudança da relação do profissional com o usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

### ***3.3 Metodologia da Assistência e a Informatização***

#### ***3.3.1 Registro de enfermagem e a comunicação***

Segundo Florence Nightingale apud Marin, Massad e Neto (2003), desde a guerra da Criméia, a documentação das informações relativas aos pacientes é fundamental para a continuidade da assistência de enfermagem. Nightingale apud Marin, Massad e Neto (2003, p.2), refere ao observar a importância dos registros de saúde:

... na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Estes registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito com ele...

Prado e Gelbcke (2002) buscam conceituar o registro e afirmam que este se realiza por meio da comunicação escrita dos fatos essenciais, de maneira a manter a história contínua dos acontecimentos ocorridos em um período de tempo. Ainda, referem que os registros ou anotações tornam-se um importante veículo de comunicação entre os membros da equipe e demais profissionais de saúde, uma vez que os mantém informados dos ocorridos com os pacientes nas vinte e quatro horas do dia.



Rodríguez (1998) afirma que a utilização dos registros deve ser rigorosa e deve conter o histórico do paciente, com os dados de todos os procedimentos realizados (exames laboratoriais, técnicas efetuadas e medicação administrada) e a evolução do paciente durante sua permanência na unidade (sinais vitais, avaliação inicial e atual), desta forma poderá ser transmitida à história do mesmo para o próximo plantão e este realizar as comparações e observar a evolução do paciente.

Segundo Garcia e Nóbrega (2000), o descaso com o registro sistemático dos elementos presentes no processo de enfermagem (diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem) pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro lado, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática.

Kletemberg et al (2005), acrescentam que os registros apresentam vários propósitos: propiciar o acompanhamento da evolução do paciente, comunicar os cuidados aos outros profissionais e avaliar a qualidade do cuidado.

Convém lembrar também, que a falta de clareza dos registros ou a omissão de informações indispensáveis para o cuidado do paciente podem acarretar em sérias complicações para o enfermeiro, pois pela falta de informações confiáveis não se consegue planejar uma assistência adequada. Registros incompletos ou ausentes podem gerar implicações legais tanto para o profissional quanto para a instituição (ANDRADE et al, 2004).

Ao se falar de implicações legais, Prado e Gelbcke (2002) lembram que é importante para o enfermeiro, como para os demais profissionais de saúde, que ao realizarem registros nos prontuários busquem ser honestos, claros, objetivos, éticos, legítimos, e acima de tudo, profissionais, para que futuramente não se arrependam ou ainda, não tenham problemas profissionais, psicológicos e/ou sociais.

Analisamos deste modo, que a preocupação com os registros existe a diversas décadas, no qual conceitos e formas de realizá-lo são criados, contudo, ainda não ocorreu a conscientização de todos os profissionais de enfermagem para a real necessidade de registrar o cuidado ao paciente.

Observamos, também, como esses autores, que o registro encontra-se diretamente ligado à comunicação, por isso buscou-se compreender o significado desta.

Ferreira (1999, Software) define comunicação como “o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual”.

Para Prado e Gelbcke (2002) a comunicação se caracteriza por ser um ato intrínseco ao existir, pois sempre se estará comunicando na medida em que ocorrem os relacionamentos com outras pessoas. No entanto, lembram que não existe apenas comunicação verbal, que são as falas ou textos escritos, há também a comunicação não-verbal, que seriam os gestos, expressões faciais e postura corporal, e ainda, a comunicação paraverbal ou paralinguística, que seria o tom da voz, o ritmo, os suspiros, os períodos de silêncio e a entonação dada às palavras.

No âmbito da saúde, as relações humanas constituem a base para os profissionais atuarem, sendo assim, a comunicação torna-se essencial para a qualidade no atendimento (Prado e Gelbcke, 2002). Deste modo, Sperandio e Évora (2005) concordam com as palavras das autoras, pois afirmam que o comunicar envolve o emitir, o receber e o codificar as mensagens verbais e não-verbais, através de expressões, simbologias, palavras e também posturas e atitudes. A comunicação é inerente aos relacionamentos humanos e se faz em todas as atividades, assim as pessoas podem compartilhar experiências, conhecimentos e pensamentos.

As autoras ainda afirmam que no cotidiano da enfermagem, o fluxo da informação segue algumas etapas, são elas: recebimento, processamento e interpretação, para então ser estrategicamente transmitida, para implementar a assistência de acordo com as necessidades do paciente e finalmente documentá-la. Também, referem que as informações sobre os pacientes são compartilhadas entre os profissionais de enfermagem que revezam o trabalho no período das vinte e quatro horas, e com a equipe multidisciplinar. Dessa maneira, sem um sistema eficaz de informações, uma porção significativa dos recursos são gastos para criar, armazenar e recuperar informações de pacientes.

Para Carvalho (1993, p.10), “a comunicação é vital para o funcionamento da organização”. Mas, a comunicação também é vital para o cuidado desse paciente como Prado e Gelbcke (2002) percebem, quando afirmam que o ser humano é biopsicossocial, uma vez que apresentam ordem psicológica e social, e, por isso o profissional de saúde deve escutar atenciosamente o mesmo, ou seja, haver uma efetiva comunicação para proporcionar a devida recuperação, havendo condição de realizar o diagnóstico efetivo e estabelecer um plano de metas e de cuidados.

Assim sendo, entender o processo de enfermagem como um processo social implica entendê-lo também, como um processo de interação comunicativa. Portanto, a comunicação assume um papel vital no relacionamento entre os profissionais da Enfermagem e o paciente (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Marin e Granitoff (1998) evidenciaram que o enfermeiro utiliza 40% do seu tempo com atividades de comunicação tais como, contatos telefônicos, deslocando-se nas unidades para obter dados e buscando documentação de informações.

Sem dúvida, tais atividades não podem ser negligenciadas, no entanto, o enfermeiro deve estabelecer um canal preciso de comunicação com sua equipe, para não ocorrer dissipação do conteúdo das informações acerca dos pacientes. Percebeu-se que quando as informações estão organizadas e documentadas de forma sistematizada, a comunicação fica facilitada e operacionalizada. Assim, a resolução dos problemas específicos dos pacientes torna-se agilizada e o enfermeiro explicitará seus conhecimentos técnico-científicos e humanos e, melhor ainda, impulsionará o saber da enfermagem frente ao paciente e à equipe multidisciplinar (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

### ***3.3.2 Metodologia da Assistência***

Realizando um levantamento histórico dos processos de enfermagem existentes Dell’Acqua e Miyadahira (2002) verificaram que se iniciou em 1955 por Lydia Hall, em seguida vieram Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961), Ernestine Wiedenbach (1963), Yura e Walsh (1967) e na década de 70 – Boch (1974), Roy

(1975), Mundinger e Jauron (1975) e Aspinall (1976) cada uma com um modelo diferente.

Somente contudo, na década de 70 que se iniciou o processo de enfermagem no Brasil, como uma forma de organizar os cuidados de enfermagem e como uma tentativa de reconhecimento do *status* do profissional enfermeiro, e até hoje, muito se tenta para operacionalizar essa metodologia de assistência (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Segundo Dell'Acqua e Miyadahira (2002), metodologia da assistência, processo de enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresentam o mesmo significado e encontram-se na literatura empregados genericamente, para se referirem à forma de organizar o cuidado.

O processo de enfermagem é uma forma de nortear o raciocínio do profissional da enfermagem, pois permite o resgate científico do cuidado e direciona as ações a serem executadas (SENA et al, 2001).

Assim, Rocha e Prado (2007) explicam que a metodologia consiste na parte conceitual ou explicativa de como realizar o cuidado, e essa abrange o método que nada mais é que o instrumento para se aplicar a metodologia.

Dessa forma, concordamos com os autores acima citados, que o processo de enfermagem é a metodologia que direciona as ações de cuidado de forma lógica e sistematizada, ou seja, é um instrumento de que lançamos mão para favorecer o cuidado e para organizar as condições necessárias para que este ocorra.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e com a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 272/2002 a SAE torna-se atividade privativa do enfermeiro, que utiliza o método e a estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A SAE de acordo com a Resolução 272/2002 abrange uma Consulta de Enfermagem, no qual envolverá o histórico de enfermagem (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da

assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

- Histórico: conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando à adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.
- Exame Físico: o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.
- Diagnóstico de Enfermagem: o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.
- Prescrição de Enfermagem: é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.
- Evolução de Enfermagem: é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Para Sena et al (2001), cada referencial teórico cria uma nomenclatura para descrever essas etapas da metodologia da assistência e todas irão explicitar como deverá ser a atuação do profissional para desenvolver essas etapas. No entanto, há uma variedade de classificações para desenvolver o processo de enfermagem. Por isso, uma escolha deve ser realizada, levando em consideração o contexto prático onde será utilizado, pois muitos foram criados fora do Brasil, sendo necessária a adaptação à realidade brasileira (BENEDET; BUB, 2001).

As propostas de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em saúde precisam ser construídas de maneira coletiva e conter as metas pretendidas pelas instituições. Essas propostas devem ter coerência, disponibilidade e comprometimento com o perfil da clientela atendida (SENA et al, 2001).

Segundo Vaz et al (2002) embora haja uma unanimidade em considerar que o processo contribui para as práticas de enfermagem se tornarem mais autônomas e com bases científicas, poucas instituições adotam, e quando o fazem, não consideram importante algumas etapas, principalmente a fase de diagnóstico.

Para que um cuidado seja de qualidade e satisfatório e para que uma metodologia possa realmente ser aplicada na prática, é necessário que exista uma maior organização na assistência de enfermagem e que o enfermeiro não tenha sua função deslocada, possibilitando assim, um cuidado humanizado.

Para Teixeira et al (2004), a instituição exige do enfermeiro o controle do material e gerenciamento do pessoal de enfermagem. Porém, na maioria das vezes, uma assistência direta a todos os pacientes se torna impraticável. Existe a necessidade de uma melhor proporção enfermeiro/paciente para que uma metodologia possa ser aplicada de modo satisfatório.

Acredita-se que o cuidado será mais adequado quando o enfermeiro perceber com a sua própria experiência, habilidade técnica e cognitiva, as verdadeiras demandas de um cuidado, e assim, elaborar propostas sistematizadas, individualizadas e prioritariamente articuladas às necessidades reais do paciente e da família (DELL'ACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

Segundo Brasil (1997) “o agir” na enfermagem leva a uma série de questionamentos de como processá-lo, e muitas vezes, o enfermeiro age e não sabe o porquê que fez, realiza a função da forma em que todos fazem ou sempre fizeram, sem parar para refletir antes, e nem depois. Não há uma sistematização efetiva, e quando algo sai diferente do esperado, dizem que foi obra do acaso, sem uma reflexão consistente sobre o agir do profissional de enfermagem.

Para Rossi e Casagrande (2001) a operacionalização do processo de enfermagem e a individualização do cuidado implicam em uma adoção do conjunto de crenças e valores do ser humano e assim considera-o como cidadão, contudo essa realidade nem sempre ocorre nas instituições de saúde no Brasil. Os enfermeiros têm se deparado com políticas estabelecidas por outros profissionais, que não estimulam e, muitas vezes, limitam o espaço de criatividade dos enfermeiros.

Segundo Teixeira et al (2004), algumas instituições de saúde no Brasil ainda empregam pessoas pouco qualificadas e, certamente, isto reforça as contradições no campo da enfermagem impedindo que a assistência seja de qualidade.

As condições de trabalho, a política institucional e o deslocamento de funções ligadas à assistência fazem com que as atribuições do enfermeiro se distanciem das condições ideais de enfermagem, resultando em um cuidado delimitado e fragmentado.

Conclui-se que, quando o enfermeiro elabora a SAE, oportunizam-se subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das ações, priorizando o atendimento ao paciente. Dessa forma, pode-se considerar a SAE como um instrumento de comunicação de informações relevantes e pertinentes sobre os cuidados de enfermagem e do paciente (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

### ***3.3.3 Informatização da Assistência de Enfermagem***

A humanidade tem acompanhado os efeitos que o acesso à informação tem proporcionado. Sem dúvida, os profissionais de saúde destacam-se entre os que mais necessitam e utilizam a informação para o desenvolvimento de suas atividades (BARBOSA; DAL SASSO, 2007). Assim, a informatização agiliza os atendimentos em saúde, permite uma comunicação eficiente e segura entre os profissionais da área, além evitar que as informações se percam.

Percebemos que ocorre uma revolução da informação com o advento dos computadores presentes em nossas vidas diárias, como podemos averiguar com o estudo de Dalri e Carvalho (2002) que afirmam que a informática provoca mudanças nos hábitos e valores de vida, e deste modo, está ocorrendo um desenvolvimento acelerado na aplicação da informática também na área da saúde, tanto a nível nacional como internacional.

Segundo Marin (2000, p.86), o fato de o registro clínico ser realizado em papel e conter um grande volume de informações e de dados complexos o torna ineficiente, pois “na tentativa de manter o registro manual como forma de documentação clínica e vínculo de comunicação entre membros da equipe, muitas informações são perdidas, não documentadas ou mesmo duplicadas”.

Torna-se importante lembrar que o enfermeiro gasta 40% de suas funções em atividades de comunicação (MARIN; GRANITOFF, 1998). Assim, se houvesse uma

SAE informatizada poderia aumentar o potencial para uma implementação rápida, precisa e completa e, ainda, otimizar a disponibilidade do enfermeiro para atividades assistenciais e coordenar os processos de prestação de cuidado (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

Conforme Dalri e Carvalho (2002), a agilidade que se adquire com a SAE informatizada, reduz significativamente o tempo no registro do processo de enfermagem. Uma pesquisa realizada pelas autoras mostra que o tempo gasto na coleta de dados manualmente em média é de 28,7 minutos e a informatizada em média de 14,3 minutos. Desse modo se gasta a metade do tempo para a coleta de dados, através do registro informatizado.

Diante disso, Sperandio e Évora (2005) afirmam que frente a essa nova era da informática, os recursos computacionais estão sendo utilizados por vários profissionais inclusive a enfermagem, com o objetivo de incrementar a produtividade.

À medida que ocorre um avanço técnico-científico na área da saúde, a enfermagem não pode ficar para trás, cabendo a cada enfermeiro a responsabilidade de fundamentar e sustentar a prática de enfermagem no conhecimento científico.

Uma solução para o registro de dados proposta por Marin (2000) é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que vem sendo utilizado em países desenvolvidos e representa uma tendência na informática em saúde. O autor define o PEP como “uma estrutura complexa proposta para unir todos os diferentes tipos de dados, produzidos em vários formatos, em épocas diferentes e por diferentes profissionais de saúde” (MARIN, 2000 p.86).

Marin e Cunha (2006 p. 356) referem que o PEP “deve ser entendido como a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida”.

Para um PEP ser eficiente ou útil, ele precisa apresentar padrões de registro. E um dos grandes obstáculos é a falta de um vocabulário comum (MARIN, 2000).

No entanto, já existem alguns vocabulários clínicos como a CID (Classificação Internacional de Doenças), a lista de diagnósticos da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), o sistema OMAHA (uma classificação para a saúde comunitária), o NIC (Nursing Intervention Classification) que contém uma lista de



intervenções de enfermagem, o NOC (Nursing Outcomes Classification) utilizado para a documentação e avaliação dos resultados apresentados pelo paciente e a CIPE<sup>®</sup> (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), que utiliza vocabulários como a NANDA, NIC, NOC, sistema da OMAHA, entre outros (MARIN, 2000).

Para Antunes e Dal Sasso (2006), o processo de enfermagem é reconhecido mundialmente como uma metodologia universal para organizar e sistematizar o cuidado de Enfermagem. Assim, com o processo de enfermagem informatizado a assistência se torna mais visível, organizada e ágil, favorecendo a detecção precoce de erros no atendimento ao paciente. Com a CIPE<sup>®</sup> a enfermagem nomeia suas ações a partir de uma terminologia internacional eficiente para o registro e análise da prática. A informatização traz como um dos benefícios à agilidade e o acesso imediato aos dados do paciente favorecendo a segurança na tomada de decisão clínica.

De acordo com Marin (2000) os países desenvolvidos estão construindo uma base de dados, onde toda a informação do paciente poderá ser compartilhada entre os serviços de saúde, visando à análise de procedimentos e tratamentos. A enfermagem deve garantir que seus registros estejam presentes nessas bases de dados, representando nossa real atuação, com o intuito de melhorar a assistência à saúde da população.

Assim, para Sperandio e Évora (2005) é importante haver um constante aperfeiçoamento, pois a sistematização informatizada é um avanço nas práticas assistenciais e a documentação dos registros de enfermagem envolve a inovação tecnológica e requer treinamentos, já que tradicionalmente a enfermagem está fortemente ligada a registros manuais.

### ***3.3.4 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>)***

Segundo Böll e Massoni (2007), a finalidade de uma terminologia acordada e estruturada entre as enfermeiras, como a CIPE<sup>®</sup>, é demonstrar o valor da enfermagem e sua contribuição na atenção à saúde. As mesmas autoras referem que a CIPE<sup>®</sup>

apresentou-se como uma nova linguagem, de forma abrangente e universal, como também, acessível e de fácil entendimento.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (2006, p.27) “a principal razão para a criação de um sistema unificado da linguagem de enfermagem consiste em conseguir comunicar e comparar dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas”.

Ainda de acordo com a CIE (2006), em 1989, durante o 19º Congresso Quadrienal do CIE, realizado em Seul, na Coreia, foi aprovada a proposta para desenvolver um Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE®.

A CIPE® surgiu com a versão alfa em 1996 e logo em 1999 já se criou a versão beta. Os enfermeiros que utilizaram estas versões recomendaram muitas alterações, sendo que em 2001 a versão beta 2 foi publicada com as novas alterações, tais como códigos de definições e na gramática. Já em 2005, a CIPE® versão 1.0 foi publicada (CIE, 2006).

Vale lembrar, que no ano de 2000 em Coimbra, Portugal, houve a Conferência de Revisores e Tradutores da CIPE®, patrocinadas pelo Telenurse e CIE, na qual puderam compartilhar os resultados dos conteúdos de tradução e do processo utilizado. A partir dos resultados desta conferência houve grandes contribuições para criação da versão 1.0 da CIPE® (MARIN, 2007).

Já em novembro de 2003, houve mais de vinte traduções da CIPE® na versão beta, assim enfermeiros de diversos países, tais como, Áustria, Bósnia-Herzegovina, Brasil, Bulgária, Croácia, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Japão, Coreia, Lituânia, Holanda, Noruega, Polônia, Portugal, Romênia, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça, Taiwan e Tailândia, identificaram que a tradução da CIPE® é uma prioridade para a sua utilização na prestação do cuidado e na avaliação da mesma para o lançamento da versão 1.0 em 2005 (MARIN, 2007).

Segundo o CIE (2006), a CIPE® consiste num sistema de linguagem de enfermagem unificado e universal, integrando as diversas classificações desenvolvidas

ao longo do tempo em diversos contextos e países, o que permite a sua utilização em qualquer realidade ou ponto do globo.

Marin (2007) contextualiza que a CIPE<sup>®</sup> versão 1.0 não consiste apenas em um vocabulário, mas sim em um recurso para acomodar existentes definições (por meio de mapeamento cruzado) e para desenvolver novas definições (como uma terminologia de referência). As reformulações da CIPE<sup>®</sup> têm como objetivo fazer um sistema tecnologicamente mais vigoroso, e ao mesmo tempo, acessível aos usuários enfermeiros.

A autora afirma ainda que a CIPE<sup>®</sup> versão 1.0, torna possível a documentação sistemática dos trabalhos dos enfermeiros realizados com o paciente, família e comunidade, usando diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados. Contudo, a CIPE<sup>®</sup> deve ser um sistema dinâmico, pois envolve o cuidado em saúde, que também depende de desenvolvimento constante, uma vez que ocorre nas incessantes mudanças políticas, econômicas e forças sociais que formatam o viver das pessoas e comunidades.

Vantagens na utilização da CIPE<sup>®</sup> (CIE, 2006):

- estabelece uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem que melhore a comunicação entre os enfermeiros e os outros profissionais, entre outros;
- representa conceitos utilizados em práticas locais, independente de idiomas e de áreas de especialidades;
- descreve os cuidados de enfermagem a pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) numa diversidade de locais (institucionais e não institucionais);
- compara os dados de enfermagem entre populações de clientes, contextos, áreas geográficas e tempos;
- demonstra tendências sobre a prestação de cuidados de enfermagem e sobre a adequação de recursos aos clientes, de acordo com as suas necessidades baseadas em diagnósticos de enfermagem;

- incentiva a investigação em enfermagem articulando dados disponibilizados por sistemas de informação em enfermagem e por sistemas de informação em saúde;
- fornece dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde.

A CIPE<sup>®</sup> versão 1.0 se apresenta como uma estrutura multiaxial com os seguintes eixos:

**Foco:** área de atenção relevante para a enfermagem, (dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento);

**Julgamento:** opinião clínica sobre o foco da prática (nível crescente, risco, interrompido, anormal);

**Cliente:** para quem refere um diagnóstico e uma intervenção (recém-nascido, cuidados, família, comunidade);

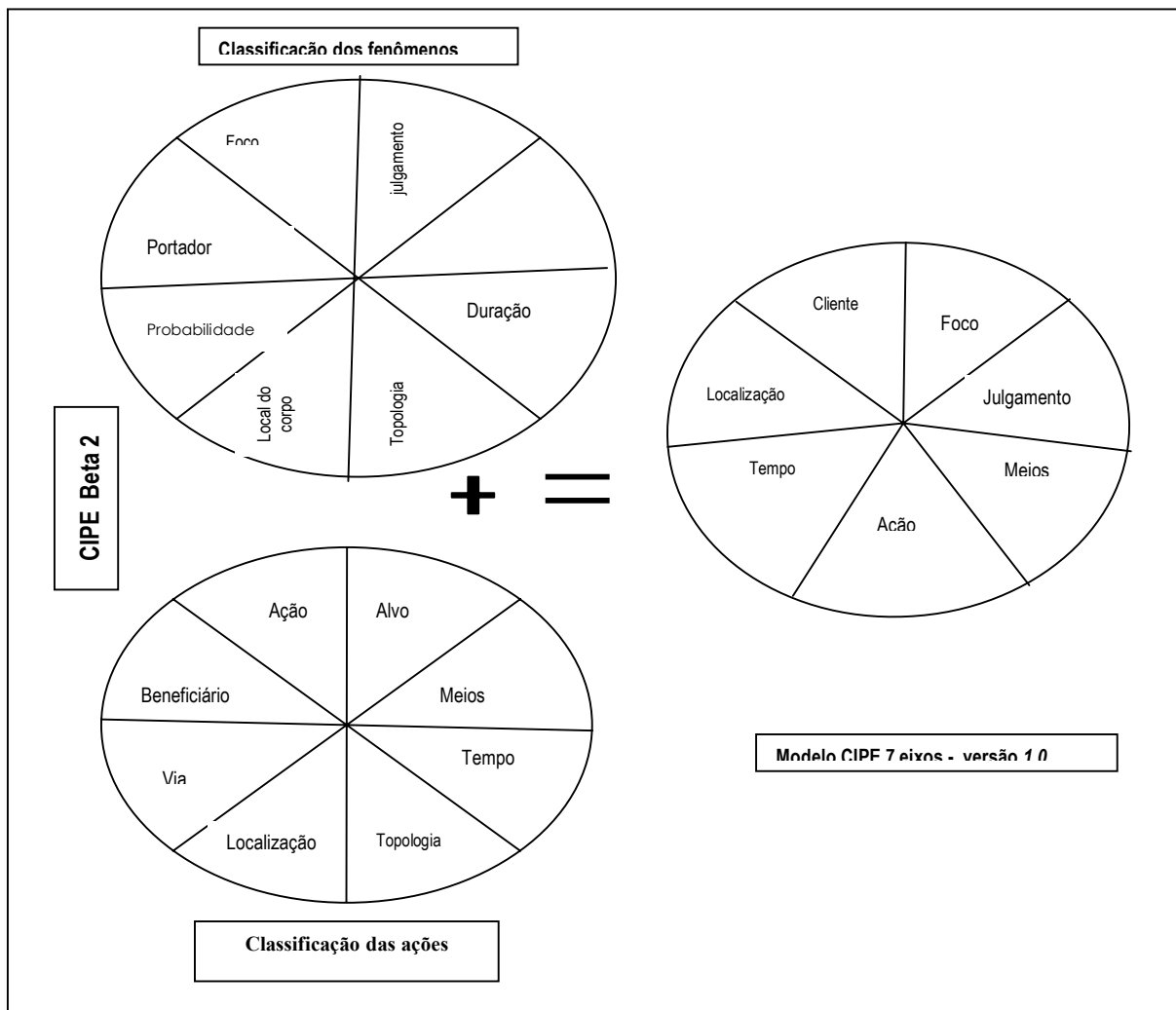
**Ação:** processo aplicado ou desempenhado pelo cliente (educar, trocar, administrar, monitorizar);

**Meios:** método de desempenhar uma intervenção (bandagem, serviço de nutrição)

**Localização:** localização anatômica ou espacial do diagnóstico ou da intervenção (posterior, abdômen, escola, centro de saúde);

**Tempo:** duração de uma ocorrência (admissão, nascimento, crônico);

Segundo Marin (2007) a CIPE<sup>®</sup> versão Beta é composta por duas estruturas de classificação: fenômenos de enfermagem e ações de enfermagem, sendo cada estrutura composta por oito diferentes eixos em um total de dezesseis eixos. Já a CIPE<sup>®</sup> versão 1.0 pretende facilitar a composição destes enunciados com o “Modelo dos 7-Eixos” em apenas uma estrutura de classificação, pois isso diminui a redundância e ambigüidade presente na versão Beta.



Quadro 01: Alterações realizadas na CIPE<sup>®</sup> beta 2 para a CIPE<sup>®</sup> 1.0  
 Fonte: Marin 2007

Os sete eixos são utilizados pelos enfermeiros para construir os enunciados dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados para a prática (CIE, 2006). Para compor os diagnósticos e intervenções baseadas na CIPE<sup>®</sup> versão 1.0, deve-se seguir alguns passos, como:

- no diagnóstico deve-se incluir um termo do Eixo Foco e um do Eixo Julgamento, se necessário, pode-se acrescentar outros termos de outros eixos, como forma de expandir ou melhorar o diagnóstico.

- na intervenção deve-se incluir um termo do Eixo Ação e um termo de qualquer um dos eixos, exceto do Eixo Julgamento (Marin, 2007).

Para se obter o resultado, deve-se construir um novo diagnóstico, portanto, utilizando os mesmos passos citados acima na construção do mesmo.

### ***3.3.4.1 Perspectivas na implementação da CIPE®***

A importância da CIPE® nos Estados Unidos e Reino Unido se destaca desde 1999. Segundo Clark (1999), no início a implementação da CIPE® apresentou alguns obstáculos, pois os enfermeiros tiveram dificuldades em compreender a importância do registro dos cuidados de enfermagem. No entanto, o autor refere que há diversas maneiras de sistematizar a assistência, e foca que a CIPE® se destaca por ter uma forma de linguagem comum a todo o mundo e por descrever de forma precisa o cuidado prestado ao paciente.

No Reino Unido em relação aos Estados Unidos houve uma maior dificuldade na aceitação da CIPE®, porque os enfermeiros não reconheceram a sua ligação ao cuidado, e ainda, não demonstraram identidade e valor ao mesmo. Contudo, em ambos os países, ocorre uma busca na melhora do sistema, para então, utilizá-lo como uma metodologia de assistência de enfermagem (CLARK, 1999).

Já no Brasil, o sistema de classificação em enfermagem ainda está em fase embrionária, restringi-se a pesquisa, normalmente da pós-graduação, e algumas tentativas de emprego no ensino e na prática assistencial (NÓBREGA; GARCIA, 2005). No entanto, ressaltam-se quatro pesquisas que utilizaram a CIPE®:

- o projeto de implementação da linguagem CIPE®/CIPESC no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde – SMS de Curitiba – Paraná;
- o projeto de sistematização da assistência de Enfermagem em UTI num Hospital de Florianópolis - Santa Catarina;
- o desenvolvimento de um instrumento tecnológico, tendo por base os termos da linguagem dos componentes da equipe de enfermagem, para inserção de sistemas de informação de um hospital escola em João Pessoa – Paraíba.
- o projeto Sistema Informatizado de Regulação e Avaliação da Qualidade do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no Estado de Santa Catarina desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Informações e Informática em Saúde (GIATE).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a CIPE® é uma ferramenta que permite representar mundialmente e de forma fidedigna a realidade da prática de

enfermagem, ajudando os mesmos a descrever, analisar e comparar práticas de enfermagem ao nível local, regional, nacional e internacional. Portanto, espera-se que a CIPE<sup>®</sup> seja utilizada nas instituições e implementada nos currículos dos cursos de enfermagem.

### ***3.4 Diagnósticos e intervenções de enfermagem***

Em todas as propostas de processos de enfermagem, algum tipo de diagnóstico está presente. Entretanto recebe denominações diferentes, tais como problemas do paciente, lista de necessidades afetadas, entre outros (BENEDET; BUB, 2001). Dessa forma, buscou-se conceituar o termo diagnóstico e intervenções de enfermagem:

“diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” Farias (1990, p.25).

Segundo o CIE (2003) diagnóstico de enfermagem é uma decisão do enfermeiro sobre um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem.

O diagnóstico é um facilitador das ações de enfermagem, pois indica quais as ações estão de acordo com as necessidades do paciente. Quando não se realiza o diagnóstico de enfermagem, perdem-se informações importantes, o enfermeiro acaba por esquecer a coleta de dados, suas interpretações e a avaliação dos resultados acaba sendo falha (FOSCHIERA; VIERA, 2004).

Deixar de fazer o diagnóstico de enfermagem, fragmenta o cuidado, e também, os problemas do paciente, deixando de vê-lo como um todo. Muitas vezes, isto faz com que se prescrevam cuidados que não tem relação com problemas levantados (FOSCHIERA; VIERA 2004).

Segundo Benedet e Bub (2001) o estabelecimento de diagnósticos leva a uma prestação de contas sobre o cuidado realizado pela enfermagem, e cria a oportunidade de revelar aos demais profissionais e à população este cuidado que é desconhecido,

carente de expressão e vulnerável, em parte por falta de palavras para indicar o que vem a ser.

Diversos são os artigos que tratam da relação entre os termos utilizados na prática com os diagnósticos e intervenções baseados na CIPE<sup>®</sup> em diversas unidades hospitalares, tais como Nóbrega et al (2003); Bittencourt (2006) e Albuquerque (2007). Demonstra-se que mais da metade das definições da CIPE<sup>®</sup> estão no cotidiano da enfermagem, contudo ainda se precisa adequar alguns conceitos, pois segundo Nóbrega et al (2003) utilizam-se termos da CIPE<sup>®</sup> como sinônimos, por exemplo, satisfatório como sinônimo de adequado.

A intervenção de enfermagem é uma ação desempenhada como resposta a um diagnóstico de enfermagem para produzir um resultado. Assim, para a CIPE<sup>®</sup> a intervenção é composta por conceitos presentes no “Modelo dos 7 Eixos” (MARIN, 2007).

As intervenções de enfermagem compreendem o planejamento, as orientações e a implementação das ações de enfermagem. “No planejamento é delineado uma estratégia de ação com a finalidade de satisfazer necessidades e reajustar as respostas humanas inadequadas identificadas no diagnóstico de enfermagem” (BENEDET; BUB, 2001, p.46).

Ainda para Benedet e Bub (2001) as intervenções acontecem antes das orientações e das ações de enfermagem. Assim, pode-se ver que tudo o que se faz direta ou indiretamente em benefício do paciente, tem que estar na lista de intervenções, que foi baseada nos diagnósticos.

### ***3.5 A informatização da Metodologia da Assistência de Enfermagem em um serviço de emergência***

Este estudo consiste da replicação da pesquisa Processo de Enfermagem Informatizado na Emergência baseado na CIPE<sup>®</sup> versão 1.0, realizado no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007, no Serviço de Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador na cidade de Curitiba - Paraná, por duas acadêmicas de enfermagem, Daniela Böll e Janice Massoni, sendo o Trabalho de Conclusão de Curso, da



Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela professora Dra. Grace Terezinha Marcon Dal Sasso.

O mesmo é derivado do projeto Sistema Informatizado de Regulação e Avaliação da Qualidade do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no Estado de Santa Catarina desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Informações e Informática em Saúde (GIATE).

O estudo foi realizado como uma prática assistencial onde se desenvolveu também uma pesquisa descritiva. Esta pesquisa descritiva nos subsidiou para realizar o estudo proposto. Böll e Massoni tiveram como objetivo geral de pesquisa avaliar e aplicar o processo de enfermagem informatizado, na assistência de Enfermagem de uma unidade hospitalar de Curitiba de acordo com a CIPE<sup>®</sup> versão 1.0. As autoras realizaram a implementação do Processo de Enfermagem Informatizado e a avaliação do mesmo com nove enfermeiras. Para tanto realizaram três reuniões, uma em grupo e as outras individuais: a primeira para apresentar à proposta as enfermeiras; a segunda para discutir a aplicabilidade da informática na assistência de enfermagem mediante textos previamente entregues; a terceira para simular a utilização do Sistema Informatizado Módulo Móvel através de casos clínicos com o intuito de conhecer a estrutura e o fluxo de dados no sistema, como também desenvolver a habilidade no manuseio do dispositivo móvel.

A aplicação da metodologia informatizada apresentada foi utilizada na assistência de enfermagem realizada pelas acadêmicas durante o estágio em diversas situações clínicas e traumáticas, ao todo foram realizados vinte e nove processos de enfermagem informatizados.

Para avaliar a utilização da sistematização informatizada da CIPE<sup>®</sup>, foi entregue as enfermeiras um Instrumento de Avaliação do Sistema com questões fechadas que abordavam critérios em relação a ergonomia e a usabilidade, e também, questões abertas para avaliar o conteúdo do sistema do Processo de Enfermagem Informatizado, tais como acrescentar algum item que não tenha sido contemplado pelo sistema, ressaltar os aspectos positivos e negativos do sistema e apontar possíveis soluções aos problemas levantados.

Na avaliação ergonômica constavam itens sobre a organização do sistema, a interface, o conteúdo e o técnico. Para cada um desses itens, as categorias de resposta eram: (5) excelente; (4) muito bom; (3) bom; (2) regular; (1) ruim.

Para o critério de avaliação da usabilidade do sistema, havia dezoito itens, que eram:

- a) o programa roda facilmente na plataforma, sem interferências;
- b) as telas do sistema são claras, fáceis de ler e interpretar;
- c) as instruções de apoio ao usuário são claras, organizadas e bem implementadas;
- d) o usuário é capaz de acessar o sistema/programa facilmente;
- e) o menu é viável e fácil de usar;
- f) o menu atende todas as funções definidas para os objetivos do sistema;
- g) o programa favorece um tratamento eficiente aos problemas de sua dimensão;
- h) é eficiente para o intercâmbio entre o usuário e o programa;
- i) o programa possui um limite de crescimento apropriado às exigências de uso;
- j) o programa permite o manejo eficiente dos dados que utiliza;
- k) as exigências de memória não impedem o programa de rodar;
- l) o sistema possui salvamento automático;
- m) o sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido (foi desenvolvido em uma linguagem Java livre de código aberto);
- n) o sistema possui segurança de dados;
- o) o sistema não aceita dados existentes;
- p) as exigências de hardware (máquina) são compatíveis com a realidade?;
- q) o sistema comporta funcionamento em rede de atendimentos? (as enfermeiras simultaneamente acessam o sistema sem interferência num acesso e outro);
- r) o sistema está integrado a um banco de dados? (o registro fica armazenado em um banco de dados próprio).

Utilizou-se como forma de avaliar a usabilidade do sistema os valores assim dispostos: (4) concordo totalmente; (3) concordo; (2) não concordo; (1) discordo totalmente.

As questões referentes a avaliação do conteúdo do sistema, foram:

- resalte os aspectos positivos e negativos do sistema que você observou;

- aponte possíveis soluções aos problemas levantados.

Os dados foram analisados através de média aritmética das respostas ao instrumento avaliado. O resultado obtido quanto à ergonomia, no critério organização foi de 3,90, indicando que os enfermeiros consideraram a organização como bom; no critério interface, a média geral foi de 3,63 o que indica que este critério também possuía a avaliação bom; no critério conteúdo, a média foi 4,70 correspondendo a categoria muito bom; e no critério técnico, a média foi de 3,90 indicando a categoria bom. Já quanto à usabilidade a média geral foi de 3,13 configurando a avaliação que os enfermeiros concordam com a organização e estruturação do sistema.

Segundo Böll e Massoni (2007), a utilização do sistema foi avaliada positivamente como metodologia de assistência, apesar de ter ocorrido certa resistência por parte das enfermeiras avaliadoras, relatando que a ampla rotatividade dos pacientes é o grande entrave para a instalação de uma metodologia de assistência.

## 4 METODOLOGIA

### *4.1 Tipo de estudo*

Este estudo consiste da replicação do Trabalho de Conclusão de Curso, cujo título é “Processo de Enfermagem Informatizado na Emergência Baseado na CIPE<sup>®</sup> (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0”, de Daniela Böll e Janice Massoni, como já citado anteriormente.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, com o intuito de avaliar através do Instrumento de Avaliação do Sistema (ANEXO 01) a utilização do sistema informatizado móvel que contém o Processo de Enfermagem Informatizado, além de reconhecer as intervenções e os diagnósticos de enfermagem que aparecem com maior frequência nestes processos.

O sistema consiste na informatização do processo de enfermagem móvel em Palms (TREO 700), aparelho tecnológico móvel, e na passagem e implementação destes processos para computadores fixos, o que ainda não está sendo realizado neste momento. Assim, neste estudo será avaliado somente o programa móvel que foi construído seguindo a lógica do processo de enfermagem, onde há o histórico, os diagnósticos e as intervenções baseados na CIPE<sup>®</sup> 1.0. O histórico do paciente está dividido em sistemas, e inicia com a identificação do mesmo onde se preenche a data, hora, nome do paciente, idade e o sexo; avaliação do local (mais voltado ao APH, pois, solicita preenchimento de número de pessoas no local e proteção pessoal necessária); sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, pressão de pulso, frequência respiratória, Glasgow, CO<sub>2</sub>, saturação de oxigenação, HGT e temperatura); exames básicos – escala de dor; avaliação respiratória; avaliação do trauma; avaliação cardiocirculatório; avaliação músculo-esquelético; envenenamento; sistema reprodutor feminino; sistema biopsicosocial. Além das avaliações, dos diagnósticos e das

intervenções, há espaços livres no decorrer do processo para se descrever os dados subjetivos e observações gerais.

#### ***4.2 Participantes e Considerações Éticas***

Os participantes deste estudo foram sete enfermeiras que atuam na Emergência do HRSJ e que aceitaram de livre e espontânea vontade participar desta pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 02), sendo que a emergência do Hospital Regional de São José conta com nove enfermeiros, entretanto dois estavam afastados da unidade, um por motivo de doença e outro por licença prêmio. Além das enfermeiras, participaram as quatro acadêmicas de enfermagem da 8ª Unidade Curricular da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, autoras do presente estudo. As mesmas também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como estamos trabalhando com seres humanos, realizamos nosso estudo sob a ética da profissão de enfermagem e apoiadas na resolução 196/96, do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue e devidamente explicado aos participantes do estudo, sendo que uma via ficou com cada uma delas e a outra com as pesquisadoras. Devido a nossa pesquisa ser uma continuação do macro projeto SAMU – área de pesquisa desenvolvida pelo Grupo GIATE, tivemos a mesma aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFSC, com o Protocolo nº 212/2005.

Ainda para o desenvolvimento do estudo ser pautado na ética, solicitamos a permissão para a realização do mesmo junto à Direção do HRSJ e identificamos o participantes da pesquisa com os codinomes enfermeiras 1 a 7 e acadêmicas 1 a 4 para manter em sigilo a verdadeira identidade do sujeitos da pesquisa.

### **4.3 Local**

O HRSJ Dr. Homero de Miranda Gomes, é um hospital público geral de referência para politraumatizados, situado no Bairro da Praia Comprida em São José. Foi inaugurado no dia 25 de fevereiro de 1987 e ativado no dia 02 de março do mesmo ano. Com 36 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto, Centro Obstétrico, Unidade de Neonatologia, Banco de Leite Humano, Triagem Obstétrica, Emergência Obstétrica e Setor de Treinamento, sendo que o Centro Cirúrgico funcionava conjuntamente com o Centro Obstétrico.

Na inauguração o HRSJ contava com 86 funcionários na área de enfermagem e ao final do mesmo ano já eram 163 funcionários.

Em dezembro do mesmo ano foi inaugurado o Serviço de Emergência Adulto e simultaneamente o Serviço de Emergência Pediátrica, o qual funcionava na mesma área física da Emergência Geral.

A Unidade de Clínica Cirúrgica foi inaugurada em fevereiro de 1988 com 40 leitos, sendo que dois eram apartamentos. No mesmo período a UTI foi ativada com 04 leitos. Em julho do mesmo ano, foi inaugurado o Ambulatório Geral, dispondo das seguintes especialidades: Oftalmologia, Urologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Cirurgia Vascular. E no mês seguinte a Unidade de Clínica Médica é aberta, com 18 leitos, posteriormente foi expandida para 23 leitos (WEB HRSJ, 2007).

Em anexo ao Hospital Regional encontra-se o Instituto de Cardiologia (INCA), que faz deste hospital também referência nesta área.

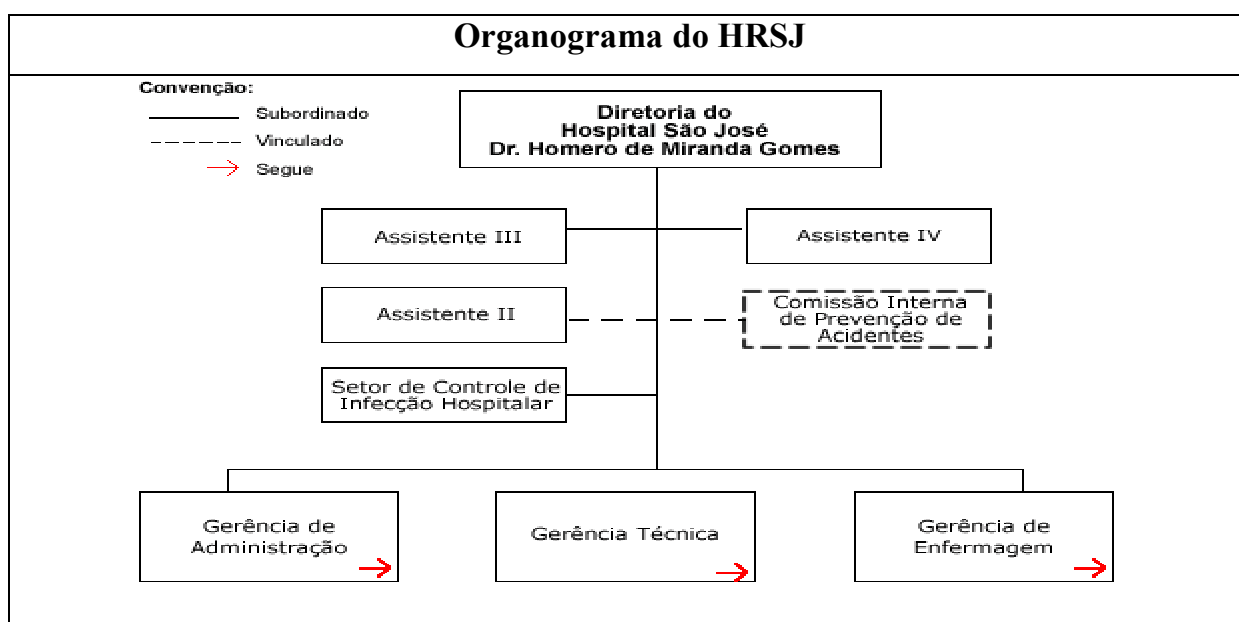
No ano de 2001, o HRSJ apresentava 227 unidades de internação e 85 unidades transitórias, destas 29 estavam na emergência, denominadas leito de repouso. Do total das 312 unidades, 18 eram apartamentos. O INCA possuía 83 unidades de internação, sendo uma parcela exclusiva para os pacientes atendidos na emergência geral (MARTINS, 2001).

A emergência, atualmente, encontra-se em processo de reforma. Situa-se nos fundos e lado esquerdo do hospital, no andar térreo.

O paciente pode ser atendido de duas formas. Uma delas é através da entrada da emergência, onde no balcão de atendimento é preenchida uma ficha de atendimento e

neste caso o paciente é atendido pelo médico clínico geral, que de acordo com a necessidade classifica e encaminha o paciente para o médico especialista. Outra forma é o paciente que se encontra em situação de emergência/urgência, que é atendido diretamente na sala de reanimação ou na sala de procedimentos cirúrgicos (MARTINS, 2001).

De acordo a página da Web do HRSJ, até o mês de março deste ano a emergência geral do HRSJ realizou um total de 13419 atendimentos, destes 1880 foram atendimentos de cirurgia geral, 9164 de clínica médica, 631 de cardiologia e 1744 de ortopedia.



Quadro 02: Organograma do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.

Fonte: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/hrsj/index.htm>

#### 4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi estruturada nas seguintes etapas:

##### 1ª Etapa

Realizamos duas reuniões durante a pesquisa com a professora Dra Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, coordenadora do projeto Sistema Informatizado de Regulação e Avaliação da Qualidade do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no Estado de Santa Catarina – SIS – SAMU e orientadora da pesquisa

Processo de Enfermagem Informatizado na Emergência baseado na CIPE<sup>®</sup> versão 1.0 para termos um parecer da mesma sobre a presente pesquisa e com a enfermeira Daniela Böll, uma das autoras do trabalho que replicamos, no intuito de esclarecer, discutir e treinar a metodologia a ser utilizada nesta pesquisa.

### 2ª Etapa

Realizamos uma reunião informal na sala da chefia de enfermagem da unidade de emergência do HRSJ com a chefe de enfermagem e com quatro enfermeiras dessa unidade. Primeiramente nos apresentamos como acadêmicas de enfermagem da UFSC e solicitamos que cada uma se apresentasse. Em seguida, apresentamos os objetivos da pesquisa, solicitamos a participação das mesmas e nos prontificamos a auxiliá-las no que fosse necessário durante a realização da pesquisa. Por fim, deixou-se marcado a próxima reunião com as mesmas.

### 3ª Etapa

Foi realizada a primeira reunião formal no auditório do hospital e em conjunto com três enfermeiras. Esta reunião teve como objetivo entregar e explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, compartilhar conhecimento sobre metodologia de assistência, sobre a CIPE<sup>®</sup> e explicar através de um exemplo prático como utilizá-la.

Iniciamos a reunião com uma sensibilização. Posteriormente entregamos e explicamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que as enfermeiras que aceitaram participar assinassem o mesmo. No primeiro momento, compartilhamos o conhecimento sobre metodologia de assistência utilizando metodologia ativa. Através de apresentação em data show, foi levantada uma discussão, com a questão norteadora: “O que você entende por metodologia de assistência?” A partir das respostas das enfermeiras, foi levantada uma discussão sobre o assunto utilizando conceitos encontrados na literatura vigente, através de apresentação em data show.

Já no segundo momento, fornecemos um caso clínico fictício (APÊNDICE 01) e discutimos com elas como sistematizar a assistência de enfermagem utilizando a CIPE<sup>®</sup>. Para tanto, utilizamos como suporte metodológico a Problem-Based Learning (PBL) que consiste no uso do contexto clínico para o aprendizado, enfatizando o aprendizado auto-dirigido, através de discussão em grupos (LOCHIDA, 2001). Neste segundo momento explicamos através de um exemplo prático o que é a CIPE<sup>®</sup>, como



utilizá-la e como agregar o conhecimento das enfermeiras ao processo. Por fim, questionamos quanto à reunião como um todo, pedindo sugestões para as próximas e disponibilizamos textos sobre os assuntos abordados. Além disso, foi oferecido um coffee break como forma de finalização e socialização de todos.

Os encontros seguintes não ocorreram em forma de reuniões, realizamos individualmente com cada enfermeira em seu horário de serviço, conforme solicitado por elas, em virtude da dificuldade de reunir todas num mesmo horário, por disponibilizarmos apenas de dois *Palm*, e também por esta etapa necessitar de um treinamento individual.

#### 4ª Etapa

Os encontros individuais podem ser descritos da seguinte forma: acompanhamos as enfermeiras durante todo o processo de familiarização com o *Palm* e durante a aplicação do processo de enfermagem no intuito de esclarecer dúvidas com relação ao sistema e manuseio do módulo móvel. Cada enfermeira manuseou previamente o *Palm*, aplicou o processo de enfermagem em um caso fictício (APÊNDICE 02) e posteriormente desenvolveu o processo com um paciente da emergência. Após aplicar o processo de enfermagem, as enfermeiras realizaram a avaliação do sistema a partir do Instrumento de Avaliação do Sistema (BÖLL; MASSONI, 2007), contando com o auxílio das acadêmicas para sanar dúvidas em relação ao mesmo.

### **4.5 Análise dos Dados**

A partir das respostas obtidas nos instrumentos de avaliação do processo de enfermagem informatizado aplicado pelas enfermeiras e acadêmicas da 8ª Unidade Curricular, fizemos a análise dos dados, através de média aritmética.

O Instrumento de Avaliação do Sistema, como já referido, é dividido em três partes, a primeira é a avaliação ergonômica, dividida em quatro critérios de avaliação (organização, interface, conteúdo e técnico) e cada critério apresenta itens a serem avaliados. Para esses critérios são adotadas as seguintes categorias de resposta, excelente, muito bom, bom, regular e ruim, com os respectivos escores 5, 4, 3, 2 e 1.

A segunda parte é a avaliação da usabilidade que é composta por dezoito itens, que apresentam as seguintes categorias de resposta e seus respectivos escores, concordo completamente (4), concordo (3), não concordo (2) e discordo totalmente (1). A terceira e última parte do processo avaliativo são as perguntas abertas acerca dos pontos positivos e negativos do sistema e possíveis sugestões para o mesmo.

Contudo, realizou-se uma tabela para padronizar as categorias que equivalem a cada intervalo de dados. Optou-se em não utilizar a regra da estatística, uma vez que os valores tornam-se aumentados ou reduzidos, não satisfazendo a real avaliação do sistema.

Avaliação Ergonômica	
Valores	Legenda
1 -  1,99	Ruim
2 -  2,99	Regular
3 -  3,99	Bom
4 -  4,99	Muito Bom
5	Excelente

Tabela 01: Parâmetros para análise dos resultados da Avaliação Ergonômica  
Fonte: Dados primários

Avaliação Usabilidade	
Valores	Legenda
1 -  1,99	Discordo Totalmente
2 -  2,99	Não Concordo
3 -  3,99	Concordo
4	Concordo Completamente

Tabela 02: Parâmetros para análise dos resultados da Avaliação Usabilidade  
Fonte: Dados primários

Dessa forma, para algum item ser considerado como excelente ou concordar totalmente deverá ter unanimidade entre as respostas dos entrevistados.

Já para as questões abertas realizamos a análise das respostas pela reunião dos pontos positivos e pontos negativos que mais se assemelharam, nas escritas e nas falas das entrevistadas, por fim, fizemos um levantamento das possíveis soluções apontadas pelas mesmas.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Avaliação Ergonômica e de Usabilidade do Sistema

A partir do compilamento das respostas encontradas no Instrumento de Avaliação, respondido pelas onze entrevistadas, sendo destas sete enfermeiras da unidade de emergência do HRSJ e quatro acadêmicas da 8ª Unidade Curricular de Enfermagem da UFSC, obtivemos os seguintes resultados.

A primeira parte do Instrumento de Avaliação do Sistema corresponde a avaliação ergonômica que possui quatro critérios que são a organização, a interface, o conteúdo e o técnico; sendo que estes são divididos em itens específicos. A avaliação ergonômica total obteve uma média aritmética de 3,49, o que corresponde a BOM.

<i>Avaliação Ergonômica</i>			
<b>Critério</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Legenda</b>
<b>Organização</b>	A organização e o modo de acesso aos arquivos favorecem a execução eficiente	3,54	BOM
	Facilidade de operacionalização	2,90	REGULAR
	Objetivos do sistema - assistência de enfermagem em emergência utilizando a CIPE <sup>®</sup>	3,00	BOM
<b>Média Geral</b>		<b>3,14</b>	<b>BOM</b>

Tabela 03: Avaliação Ergonômica - Critério de Organização

Fonte: Dados da Pesquisa do Instrumento de Avaliação do Sistema

Observando a tabela 03, o critério de organização corresponde à avaliação de três itens, que são “a organização e o modo de acesso aos arquivos favorecem a execução eficiente”, “facilidade de operacionalização” e “objetivos do sistema - assistência de enfermagem em emergência utilizando a CIPE<sup>®</sup>”, que obteve a média

aritmética das respostas de 3,14, demonstrando que os avaliadores consideraram-no como BOM.

Percebe-se que o item “a organização e o modo de acesso aos arquivos favorecem a execução eficiente” apresentou o maior escore, com média 3,54 (bom), porém o item “facilidade de operacionalização” obteve o menor escore, tendo uma média de 2,90, o que o corresponde a REGULAR.

A avaliação do item “a organização e o modo de acesso aos arquivos favorecem a execução eficiente”, provavelmente obteve o maior escore, por corresponder ao modo de organização do sistema. Pois, o mesmo é organizado conforme os sistemas corporais, o que facilita o raciocínio lógico da avaliação do paciente. E, além disso, funciona através de um menu de avaliação, o que facilita a seleção das ações específicas para o cuidado.

Já o resultado REGULAR para o item “facilidade de operacionalização”, corresponde possivelmente à dificuldade do manuseio do *Palm* por parte das enfermeiras, devido a pouca familiarização com o mesmo.

<b>Avaliação Ergonômica</b>			
<b>Critério</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Legenda</b>
<b>Interface</b>	Interface entre usuário e o programa - aparência das telas	3,81	BOM
	Estrutura lógica dos dados - como as informações aparecem ao usuário	3,36	BOM
	A quantidade de informação é suficiente para a assistência de enfermagem (coleta de dados, diagnósticos e intervenções)	3,09	BOM
	Conforto visual para manuseio do sistema	4,00	MUITO BOM
<b>Média Geral</b>		<b>3,56</b>	<b>BOM</b>

Tabela 04: Avaliação Ergonômica - Critério de Interface

Fonte: Dados da Pesquisa do Instrumento de Avaliação do Sistema

Analisando a Tabela 04, o critério de interface corresponde à avaliação de quatro itens, que são “interface entre usuário e o programa - aparência das telas”, “estrutura lógica dos dados - como as informações aparecem ao usuário”, “a quantidade de informação é suficiente para a assistência de enfermagem (coleta de

dados, diagnósticos e intervenções)”, “conforto visual para manuseio do sistema” obteve uma média de 3,56 correspondendo a BOM.

O item de maior escore foi “conforto visual para manuseio do sistema”, com uma média de 4 (muito bom), indicando que a visualização das telas é clara e agradável. Já o item “estrutura lógica dos dados - como as informações aparecem ao usuário” obteve o menor escore, de 3,09 (bom) provavelmente pelo sistema estar voltado ao atendimento pré-hospitalar.

<i>Avaliação Ergonômica</i>			
<b>Critério</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Legenda</b>
<b>Conteúdo</b>	Informações claras, objetivas e atualizadas.	3,54	BOM
	O conteúdo está inter-relacionado e consistente com a área de Emergência	3,27	BOM
<b>Média Geral</b>		<b>3,40</b>	<b>BOM</b>

Tabela 05: Avaliação Ergonômica - Critério conteúdo

Fonte: Dados da Pesquisa do Instrumento de Avaliação do Sistema

Avaliando a tabela 05, o critério conteúdo corresponde à avaliação de dois itens, “informações claras, objetivas e atualizadas” e “o conteúdo está inter-relacionado e consistente com a área de Emergência”, o mesmo obteve uma média de 3,40 mostrando que as enfermeiras avaliaram o conteúdo como BOM, pois como já salientado anteriormente esse sistema foi criado para o atendimento pré-hospitalar, e por isso o conteúdo apresenta muitas opções que são totalmente voltadas para esse, e que não são contempladas no intra-hospitalar, tendo em vista as particularidades de cada serviço.

<i>Avaliação Ergonômica</i>			
<b>Critério</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Legenda</b>
<b>Técnico</b>	Estrutura dos dados – como os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática	3,54	BOM
	Segurança e privacidade das informações	3,81	BOM
	Funcionamento adequado do sistema	4,27	MUITO BOM
<b>Média Geral</b>		<b>3,87</b>	<b>BOM</b>

Tabela 06: Avaliação Ergonômica - Critério Técnico

Fonte: Dados da Pesquisa do Instrumento de Avaliação do Sistema

Na tabela 06, observa-se que o critério técnico corresponde à avaliação de três itens, que são “estrutura dos dados – como os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática”, “segurança e privacidade das informações” e “funcionamento adequado do sistema”, esse obteve uma média de 3,87 considerando-o como BOM.

O item “funcionamento adequado do sistema” obteve o maior escore de 4,27 considerado como MUITO BOM, devendo-se isto à ausência de intercorrências durante a utilização do *Palm*.

Já o menor escore foi do item “estrutura dos dados – como os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática”, com a média de 3,54 (bom). Isto ocorre, uma vez que o sistema foi criado para o atendimento pré-hospitalar, e por esse possuir suas particularidades, as mesmas não podem deixar de ser abordadas no sistema, como por exemplo, a avaliação da cena do acidente, que é um registro importante para que a primeira assistência à vítima seja eficiente e com resultados positivos. Pelo sistema conter esse tipo de avaliação, o item “estrutura dos dados – como os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática” recebeu o menor escore. Outro motivo que pode ter contribuído para que o mesmo obtivesse esse escore, é que o sistema solicita o preenchimento de diagnósticos e intervenções para problemas que não foram levantados na avaliação inicial do paciente.

<i>Avaliação Usabilidade</i>		
<i>Descrição</i>	<i>Média</i>	<i>Legenda</i>
O programa roda facilmente na plataforma, sem intercorrências	3,18	CONCORDO
As telas do sistema são claras, fáceis de ler e interpretar	3,54	CONCORDO
As instruções de apoio ao usuário são claras, organizadas e bem implementadas	2,90	NÃO CONCORDO
O usuário é capaz de acessar o sistema/programa facilmente	2,72	NÃO CONCORDO
O menu é viável e fácil de usar	3,72	CONCORDO
O menu atende todas as funções definidas para os objetivos do sistema	3,00	CONCORDO
O programa favorece um tratamento eficiente aos problemas de dimensão	2,63	NÃO CONCORDO
É eficiente para o intercâmbio de informação entre o usuário e o programa	3,09	CONCORDO
O programa possui um limite de crescimento apropriado às exigências de uso	2,45	NÃO CONCORDO
O programa permite o manejo eficiente dos dados que utiliza	3,09	CONCORDO
As exigências de memória não impedem o programa de rodar	3,66	CONCORDO
O sistema possui salvamento automático	3,81	CONCORDO
O sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido (foi desenvolvido em uma linguagem Java livre de código aberto)	1,77	DISCORDO TOTALMENTE
O sistema possui segurança de dados	2,81	NÃO CONCORDO
O sistema não aceita dados inexistentes	2,27	NÃO CONCORDO
As exigências de hardware (máquina) são compatíveis com a realidade?	2,18	NÃO CONCORDO
O Sistema comporta funcionamento em Rede de atendimento? (as enfermeiras simultaneamente acessam o sistema sem interferência num acesso e outro)	1,88	DISCORDO TOTALMENTE
O Sistema está integrado a um banco de dados? (o registro fica armazenado em um banco de dados próprio)	2,00	NÃO CONCORDO
<b>Média Geral</b>	<b>2,81</b>	<b>NÃO CONCORDO</b>

Tabela 07: Avaliação Usabilidade

Fonte: Dados da Pesquisa do Instrumento de Avaliação do Sistema

A segunda parte do Instrumento de Avaliação do Sistema consiste na avaliação da usabilidade do mesmo que é composto por dezoito itens e para a análise da mesma também foi utilizada a média aritmética, porém as respostas foram avaliadas como, concordo totalmente (4), concordo (3), não concordo (2) e discordo totalmente (1).

Conforme a tabela acima a média geral conferida para a avaliação da usabilidade foi de 2,81 configurando como NÃO CONCORDO. A avaliação



apresentou esse resultado possivelmente pelo pouco conhecimento em informática das enfermeiras participantes da pesquisa e pelos seguintes itens “o sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido (foi desenvolvido em uma linguagem Java livre de código aberto)” e o “sistema comporta funcionamento em Rede de atendimento (as enfermeiras simultaneamente acessam o sistema sem interferência num acesso e outro)” serem classificados como DISCORDO TOTALMENTE. Os itens “as instruções de apoio ao usuário são claras, organizadas e bem implementadas”, “o usuário é capaz de acessar o sistema/programa facilmente”, “o programa favorece um tratamento eficiente aos problemas de dimensão”, “o programa possui um limite de crescimento apropriado às exigências de uso”, “o sistema possui segurança de dados”, “o sistema não aceita dados inexistentes”, “as exigências de hardware (máquina) são compatíveis com a realidade?” e “o sistema está integrado a um banco de dados? (o registro fica armazenado em um banco de dados próprios)” receberam a classificação NÃO CONCORDO.

Esses itens receberam tais classificações provavelmente pela dificuldade de interpretação dos termos técnicos de informática utilizados em alguns itens do Instrumento de Avaliação do Sistema, uma vez que o mesmo seguiu o padrão ISO e emprega termos genéricos que poderiam ser adaptados e escritos de forma mais clara para especificidades de cada local.

Outra forma de facilitar a avaliação do sistema e não causar resultados ambíguos seria acrescentar ao Instrumento a opção “não avaliado”, para que quando o avaliador não detivesse conhecimento sobre o item, não o julgasse de forma errônea.

A terceira parte do Instrumento de Avaliação do Sistema são as perguntas abertas “ressalte os aspectos positivos e negativos do sistema que você observou” assim observamos que das onze entrevistadas, seis levantaram como pontos positivos o fácil acesso aos dados do paciente e a rápida avaliação do mesmo, como podemos observar nessas falas:

*“Fácil manejo, rápida avaliação do cliente” Enfermeira 1.*

*“O sistema é de fácil acesso e entendimento. Sua utilização na emergência é viável e prático...” Acadêmica 2.*

*“Fácil manuseio.”* Enfermeira 6.

*“... o acesso é mais fácil (apenas toques).”* Acadêmica 4.

E das onze entrevistadas, quatro observaram como ponto negativo o fato do sistema estar voltado para o atendimento pré-hospitalar (APH).

*“... por ser voltado para o APH alguns itens poderiam ser retirados, pois não são utilizados na emergência.”* Acadêmica 2.

*“O programa foi criado para o pré-atendimento, necessita de adaptações à emergência com relação aos dados do cliente.”* Enfermeira 1.

*“... por ter sido criado para o APH, têm itens desnecessários para emergência e outros em falta.”* Acadêmica 3.

A segunda pergunta, da terceira parte do Instrumento de Avaliação é a seguinte: “Aponte possíveis soluções para os problemas levantados”. As propostas levantadas foram:

- excluir itens relacionados ao APH e acrescentar outros relacionados com as rotinas da unidade de emergência e urgência;
- organizar as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas levantados na avaliação e nos diagnósticos de enfermagem, contudo atender tal solicitação poderá fazer com que a enfermagem perca o pensamento crítico e o olhar clínico;
- organizar as intervenções de enfermagem em forma de sistemas corporais;
- apresentar uma síntese dos processos de enfermagem realizados;
- acrescentar itens como procedimentos realizados e exames laboratoriais.

Observamos que esse Instrumento de Avaliação do Sistema contempla em sua maioria a análise do sistema e alguns itens relacionados ao Processo de Enfermagem Informatizado. Contudo, apontamos algumas sugestões para a melhoria do Processo de Enfermagem Informatizado.

- na tela de sinais vitais seria mais prático completar os valores dos mesmos selecionando apenas o espaço destinado para preenchimento dos valores;
- no item ausculta pulmonar da avaliação respiratória, não há subitens para murmúrios vesiculares diminuídos à esquerda, à direita ou bilateralmente, que são importantes para avaliação de traumas torácicos e patologias pulmonares.
- no item oxigenação, também da avaliação respiratória, quando o paciente está em ventilação mecânica, seria importante preencher os parâmetros ( $FiO_2$ , volume minuto, PPI e PEEP), pois é através destes que será proporcionado ao paciente uma ventilação adequada, com o mínimo de efeitos adversos induzidos por este tipo de procedimento invasivo.
- nos itens dor torácica, lesões traumáticas, avaliação do trauma, distensão muscular, envenenamento químico e queimaduras poderia se acrescentar a opção ausente, pois quando o paciente não apresenta esse item coloca-se não avaliado;
- poderia ser adicionada a avaliação abdominal, pois esta não consta no processo de enfermagem, por exemplo, abdômen distendido, abdômen flácido, abdômen globoso e abdômen sem alterações;
- na avaliação biopsicosocial não há itens como calmo e tranquilo tendo em vista que só há itens para alterações desse sistema. E só é possível selecionar um item;
- na avaliação ginecológica quando o paciente for do sexo masculino esta tela poderia ser suprimida, uma vez que não se aplica a esse
- quando na avaliação do paciente for colocado algum item como ausente ou não avaliado, não deveria haver diagnósticos e intervenções de enfermagem para essa avaliação;

## 5.2 Comparação à pesquisa realizada no Hospital do Trabalhador em Curitiba - PR

Comparamos os dados da pesquisa “Processo de enfermagem informatizado na emergência baseado na CIPE® (classificação internacional para a prática de enfermagem) versão 1.0.” realizada no Hospital do Trabalhador, em Curitiba – PR com nove enfermeiras, no período de abril a junho de 2007 que realizaram vinte e nove Processos de Enfermagem Informatizados, com os dados alcançados nesta pesquisa e obtivemos os seguintes resultados:

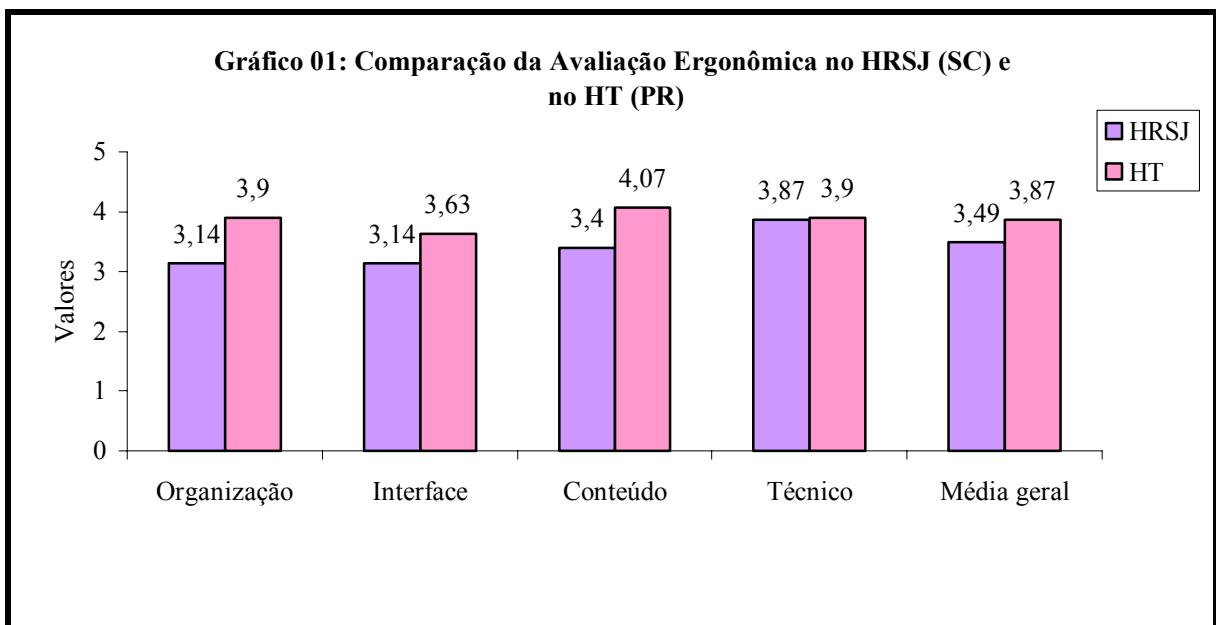


Gráfico 01: Comparação da Avaliação Ergonômica no HRSJ (SC) e no HT(PR).

Fonte: Pesquisa Processo de enfermagem informatizado na emergência baseado na CIPE® versão 1.0. (2007) e da pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem em um serviço de urgência e emergência utilizando a CIPE® versão 1.0 (2007).

Observa-se que não houve uma disparidade muito grande entre a pesquisa do HRSJ e HT, exceto no critério conteúdo que obteve categoria MUITO BOM na avaliação do HT, isso se deu porque em Santa Catarina as enfermeiras ressaltaram que o conteúdo é mais voltado ao pré-hospitalar e necessita de acréscimos nos itens de avaliação e intervenções de enfermagem para o intra-hospitalar.

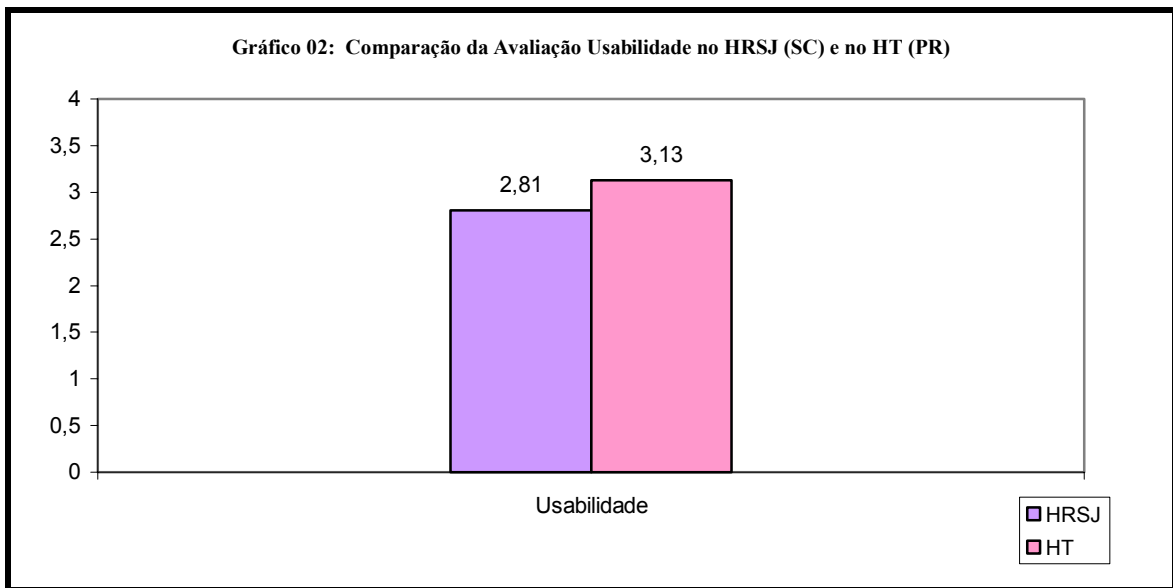


Gráfico 02: Comparação da Avaliação Usabilidade no HRSJ (SC) e no HT (PR).

Fonte: Pesquisa Processo de enfermagem informatizado na emergência baseado na CIPE® versão 1.0. (2007) e da pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem em um serviço de urgência e emergência utilizando a CIPE® versão 1.0 (2007).

Apesar de se observar uma diferença na classificação da avaliação usabilidade, sendo CONCORDO para o HT e NÃO CONCORDO para o HRSJ, matematicamente a diferença foi pequena (0,32). Contudo pode-se observar que provavelmente a utilização de termos técnicos no Instrumento de Avaliação do Sistema acarretou uma maior variabilidade das médias aritméticas no HRSJ. Onde as entrevistadas assinalaram como NÃO CONCORDO e DISCORDO TOTALMENTE os itens os quais não obtinham conhecimento específico para avaliar.

Essa diferença de valores se deu devido aos itens “o sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido (foi desenvolvido em uma linguagem Java livre de código aberto)”, “o sistema comporta funcionamento em Rede de atendimentos? (as enfermeiras simultaneamente acessam o sistema sem interferências num acesso e outro)” e “o sistema está integrado a um banco de dados? (o registro fica armazenado em um banco de dados)” da avaliação usabilidade. Isso possivelmente ocorreu, porque não há possibilidade de se obter respostas positivas para tais itens, pois não condizem com a atual realidade do sistema, entretanto na pesquisa do Serviço de Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador na cidade de Curitiba - Paraná esses itens receberam categorias CONCORDO.

### 5.3 Avaliação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE® versão 1.0

Nesta etapa, fizemos o levantamento dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, revisando os cinquenta e seis Processos de Enfermagem Informatizados, sendo que destes sete foram desenvolvidos pelas enfermeiras participantes da pesquisa e os demais pelas acadêmicas da 8ª Unidade Curricular da UFSC, realizados no período de agosto a novembro de 2007.

Na tabela a seguir estão dispostos o número de diagnósticos possíveis, diagnósticos atribuídos e a quantidade de vezes que foram atribuídos para cada sistema corporal.

Sistemas	Número de diagnósticos possíveis	Número de diagnósticos atribuídos	% dos diagnósticos atribuídos	Número de vezes que foram atribuídos
Respiratório	36	29	80,6	130
Cardiovascular	69	44	63,8	156
Neurológico	44	27	61,4	82
Gastrointestinal	29	20	69,0	58
Renal	19	06	31,6	16
Intertegumentar	45	29	64,4	91
Biopsicosocial	27	16	59,2	31
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>171</b>	<b>63,6</b>	<b>564</b>

Tabela 08: Comparação dos diagnósticos de enfermagem por sistemas corporais  
Fonte: Dados primários

Na tabela 08, evidencia-se que, mais da metade dos diagnósticos de enfermagem (63,6%) foram utilizados nos processos de enfermagem, e podemos destacar por ordem decrescente os sistemas corporais utilizados: 80,6% no sistema respiratório; 69,0% no sistema gastrointestinal; 64,4% no sistema intertegumentar; 63,8% no sistema cardiovascular; 61,4% no sistema neurológico; 59,2% no sistema biopsicosocial; e 31,6% no sistema renal.

Observando os números acima, nota-se a variedade de patologias abordadas ao longo dos processos de enfermagem, confirmando que a emergência é um setor dinâmico que proporciona ao enfermeiro executar um trabalho amplo e complexo

envolvendo ações de cuidar, gerenciar e educar, visando a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da clientela.

Nos quadros a seguir estarão descritos somente os diagnósticos que apresentaram pelo menos uma seleção e o número de vezes que esses foram selecionados.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
<b>Sistema Respiratório</b>	Pulmões limpos e bem ventilados	24
	Resposta ventilatória adequada	15
	Processo respiratório inadequado	11
	Sistema respiratório comprometido	10
	Ventilação espontânea normal	08
	Processo respiratório adequado	07
	Perfusão e saturação tissular inadequada	05
	Troca de gases inadequada	05
	Expectoração inadequada	05
	Tosse aumentada	04
	Dispnéia aumentada aos pequenos e médios esforços	04
	Risco elevado para infecção respiratória	04
	Tosse sem expectoração	03
	Hipoventilação progressiva	03
	Limpeza de vias aéreas	03
	Expectoração diminuída	02
	Dependente de ventilação mecânica em volume controlado	02
	Parâmetros gasométricos adequados	02
	Risco para infecção respiratória	02
	Hiperventilação progressiva	02
	Aspiração orotraqueal	01
	Ortopnéia contínua aumentada	01
	Obstrução acentuada de vias aéreas	01
	Hipóxia severa	01
	Potencial para aumento da hipóxia	01
	Fadiga em progresso	01
Perfusão e saturação tissular adequada	01	
Troca de gases adequada	01	
Alcalose respiratória	01	

Quadro 03: Diagnósticos de Enfermagem do sistema respiratório segundo a CIPE®

Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE® 1.0

Os diagnósticos do sistema respiratório foram cento e trinta vezes atribuídos, e destes, os que mais apareceram foram “pulmões limpos e bem ventilados” (24) e “resposta ventilatória adequada” (15). Como a correta avaliação do paciente é vê-lo

como um todo, isso se evidencia através do processo de enfermagem informatizado, pois o mesmo possibilita avaliar não somente as alterações.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
Sistema Cardiovascular	Sinais vitais alterados	30
	Sistema Cardiovascular alterado	20
	Edema	10
	Sistema Cardiovascular normal	09
	Acesso Intravenoso adequado	08
	Acesso Intravenoso inadequado	05
	Potencial para bradicardia	05
	Risco para choque	04
	Processo vascular normal	04
	Perfusão tissular diminuída	04
	Resposta a terapia de fluidos adequada	04
	Débito cardíaco alterado	04
	Potencial para choque hipovolêmico	03
	Sinais vitais normal	03
	Potencial para choque séptico	03
	Potencial para hipertensão	02
	Bradicardia atual	02
	Potencial para infecção	02
	Status de perfusão de tecidos inadequado	02
	Pulso Apical alterado	02
	Equimoses difusas	02
	Hematoma controlado	02
	Susceptibilidade à infecção	02
	Potencial para assistolia	02
	Resposta ao tratamento adequado	02
	Desidratação hipertônica controlada	02
	Hipertensão controlada	01
	Hipovolemia em progresso	01
	Processo vascular alterado	01
	Potencial para choque cardiogênico	01
	Potencial para hipotensão	01
	Hipotensão controlada	01
	Fibrilação atrial normal	01
Hipotensão severa	01	
Volume de fluidos alterados	01	
Dor isquêmica acentuada	01	
Potencial para sangramento	01	
Sangramento controlado	01	
Potencial para retenção de fluido	01	
Calafrios	01	



	Choque séptico	01
	Taquicardia	01
	Potencial para BAVT	01
	Arritmia ventricular em nível aumentado	01

Quadro 04: Diagnósticos de Enfermagem do sistema cardiovascular segundo a CIPE®

Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE® 1.0

No sistema cardiovascular, das cento e cinquenta e seis vezes que os diagnósticos foram atribuídos, os que mais apareceram foram “sinais vitais alterados” (30) e “sistema cardiovascular alterado” (20). Podemos analisar com isso, que a maioria dos pacientes que procuram um serviço de emergência apresenta alguma alteração dos sinais vitais e que existe uma grande procura pelo serviço de cardiologia na unidade em estudo, provavelmente por essa funcionar conjuntamente com o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
Sistema Neurológico	Consciência preservada	14
	Orientação no tempo e no espaço preservado	14
	Sistema nervoso inalterado	07
	Sistema nervoso alterado	07
	Consciência alterada	04
	Orientação no tempo e no espaço alterado	03
	Auto cuidado comprometido	03
	Pensamento comprometido	03
	Torpor leve	02
	Auto cuidado adequado	02
	Coma superficial	02
	Trauma crânio encefálico moderado	02
	Consciência comprometida	02
	Trauma mecânico (acidente automobilístico) moderado	02
	Sonolência moderada	02
	Audição comprometida	02
	Trauma crânio encefálico leve	01
	Visão comprometida	01
	Potencial para infecção	01
	Potencial para coma	01
	Potencial para desorientação	01
	Sonolência leve	01
	Potencial para morte por trauma	01
Sonolência grave	01	
Trauma mecânico (acidente automobilístico) elevado	01	

	Dislalia leve	01
	Reflexo pupilar presente	01

Quadro 05: Diagnósticos de Enfermagem do sistema neurológico segundo a CIPE®  
 Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE®1.0

Das oitenta e duas vezes que os diagnósticos do sistema neurológico foram atribuídos, os mais levantados foram “consciência preservada” (14) e “orientação no tempo e no espaço preservado” (14). Isso ocorreu provavelmente porque o hospital em questão é referência em traumatismo, contudo o traumatismo crânio encefálico (TCE) que dependendo da gravidade altera o nível de consciência, não foi o caso mais abordado nos cinquenta e seis processos de enfermagem informatizados. Entretanto, diversas patologias quando descompensadas também alteram o nível de consciência, porém as mesmas não apareceram nos processos.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
<b>Sistema Gastrointestinal</b>	Vômito leve	07
	Conteúdo gástrico normal	06
	Diarréia intermitente	05
	Status nutricional prejudicado	04
	Nutrição prejudicada	04
	Padrão de defecação alterado	04
	Processo digestório comprometido	04
	Processo de absorção de nutrientes diminuído	04
	Defecação prejudicada	03
	Peso diminuído	03
	Absorção alterada	03
	Hiperglicemia elevada	02
	Potencial para mal nutrição	02
	Caquesia intensa	01
	Desnutrição elevada	01
	Conteúdo gástrico alterado	01
	Cólica abdominal intermitente	01
	Metabolismo diminuído	01
	Dor visceral elevada	01
Porcentagem de gordura corporal diminuída	01	

Quadro 06: Diagnósticos de Enfermagem do sistema gastrointestinal segundo a CIPE®  
 Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE®1.0

No sistema gastrointestinal, das cinquenta e oito vezes que os diagnósticos foram atribuídos, os mais utilizados foram “vômito leve” (07) e “conteúdo gástrico normal” (06). O primeiro diagnóstico provavelmente aparece mais vezes, pois é um

diagnóstico comum de várias situações clínicas. E o segundo diagnóstico evidencia que o sistema permite selecionar diagnósticos que não representam alterações.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
<b>Sistema Renal</b>	Sede moderada	05
	Processo de sistema urinário comprometido	05
	Sede leve	02
	Incontinência urinária presente	02
	Incontinência funcional prejudicada	01
	Desidratação isotônica	01

Quadro 07: Diagnósticos de Enfermagem do sistema renal segundo a CIPE®

Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE® 1.0

Das dezesseis vezes que os diagnósticos foram atribuídos para o sistema renal, os que mais apareceram foram “processo de sistema urinário comprometido” (05) e “sede moderada” (05). O primeiro foi um dos mais elencados provavelmente pelo fato de existirem muitas patologias que afetam o sistema urinário. E o segundo provavelmente pelo fato da unidade ser referência em trauma e a queixa de sede ser um dos sintomas do choque hipovolêmico, que é uma complicação comum em pacientes politraumatizados.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
<b>Sistema Intertegumentar</b>	Integridade intertegumentar interrompida	21
	Integridade tissular prejudicada	13
	Sistema intertegumentar prejudicado	12
	Padrão de auto-cuidado comprometido	04
	Risco para alteração do sistema intertegumentar	03
	Padrão de higiene comprometido	03
	Ferida traumática média	03
	Dor na ferida intensa	03
	Grau de temperatura do corpo normal	03
	Úlcera de pressão moderada	02
	Corte parcial	02
	Contusão leve	02
	Escoriação média	02
	Sistema Intertegumentar diminuído	02
	Processo sistema imune comprometido	02
	Úlcera arterial moderada	01
	Ferimento por arma branca médio	01
	Alergia à medicação	01
	Erosão tecidual moderada	01

	Contusão grave	01
	Úlcera venosa moderada	01
	Queimadura	01
	Dor na ferida moderada	01
	Eritema	01
	Pele úmida parcial	01
	Membrana mucosa seca parcial	01
	Mutilação de MIE	01
	Mutilação de MSE	01
	Perfusão dos tecidos prejudicada	01

Quadro 08: Diagnósticos de Enfermagem do sistema intertegumentar segundo a CIPE®  
 Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE® 1.0

No sistema intertegumentar, das noventa e uma vezes que os diagnósticos foram atribuídos, os mais selecionados foram “integridade intertegumentar interrompida” (21), “integridade tissular prejudicada” (13) e “sistema intertegumentar prejudicado” (12). Isso possivelmente ocorreu porque o hospital atende um grande número de traumas e este está diretamente ligado a alterações no sistema intertegumentar. Ainda, a maioria dos pacientes desta unidade encontrava-se com acessos intravenosos, seja para reposição de volume ou para administração de medicamentos.

Sistemas	Diagnósticos de Enfermagem	Quantidades
<b>Biopsicosocial</b>	Uso de tabaco atual	05
	Uso de álcool atual	04
	Abuso de substâncias atual	04
	Hipoatividade leve	04
	Uso de drogas atual	03
	Convulsão leve	01
	Uso de álcool controlado	01
	Uso de tabaco controlado	01
	Convulsão moderada	01
	Potencial para comportamento autodestrutivo	01
	Potencial para tentativa de suicídio	01
	Potencial para automutilação	01
	Agitação controlada	01
	Agitação grave	01
	Atividade psicomotora comprometida	01
	Medo elevado	01

Quadro 09: Diagnósticos de Enfermagem do sistema biopsicosocial segundo a CIPE®  
 Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE® 1.0

Das trinta e uma vezes que os diagnósticos foram atribuídos ao sistema biopsicosossial, os mais utilizados foram o “uso de tabaco atual” (05), o “uso de álcool atual” (04), o “abuso de substância atual” (04) e a “hipoatividade leve” (04). Os três primeiros diagnósticos citados anteriormente estão relacionados a maus hábitos e que futuramente trarão problemas de saúde a esses pacientes. E a “hipoatividade leve” apareceu, pois alguns pacientes apresentavam um sofrimento devido ao seu diagnóstico médico. A partir disso, podemos analisar que os demais diagnósticos não foram muito utilizados por não haver tais atendimentos durante a pesquisa.

Na tabela a seguir estão dispostas às intervenções de enfermagem de acordo com os tipos de cuidados, segundo o número de intervenções disponíveis, intervenções atribuídas e a quantidade de vezes que foram atribuídas.

<b>Tipos de cuidados</b>	<b>Número de intervenções disponíveis</b>	<b>Número de intervenções atribuídas</b>	<b>% de intervenções atribuídas</b>	<b>Número de vezes que foram atribuídas</b>
Cuidados de Enfermagem	62	54	87,1	390
Cuidados com vítimas de queimaduras	08	04	50,0	10
Cuidados com intoxicações	04	01	25,0	01
Cuidados com ferimentos	06	02	33,4	02
Cuidados com gestante	18	0	0	0
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>61</b>	<b>62,3</b>	<b>403</b>

Tabela 09: Comparação das intervenções de enfermagem por tipos de cuidados

Fonte: Dados primários

As intervenções de enfermagem, no processo de enfermagem informatizado são divididas em cinco tipos de cuidados: cuidados de enfermagem; cuidados com vítimas de queimaduras; cuidados com intoxicações; cuidados com ferimentos e cuidados com gestantes.

Evidencia-se pela tabela 09, que das noventa e oito intervenções possíveis, sessenta e uma foram utilizadas, e dentre os cinco tipos de cuidados, o que apresentou maior porcentagem foi o “Cuidados de Enfermagem” com 87,1%; seguido do

“Cuidados com vítimas de queimaduras” com 50,0%; e os demais, “Cuidados com ferimentos”, “Cuidados com intoxicações” e “Cuidados com gestante”, apresentaram respectivamente, 33,4%, 25,0% e 0%.

<b><i>Intervenções de Enfermagem</i></b>		
<b>Cuidados Gerais</b>	Monitorar sinais vitais de 30/30 minutos ou mais se necessário	39
	Tranqüilizar a vítima	29
	Aquecer o paciente	27
	Realizar ausculta Pulmonar	23
	Verificar perfusão e saturação periférica	22
	Avaliar dor usando escala específica	21
	Checar pulsos distais	18
	Realizar ausculta Cardíaca	18
	Puncionar veia com Abocath e instalar SF 0,9% Ringer Lactato ou Simples	15
	Observar sinais de choque (palidez cutânea, sudorese profusa, pele fria, cianose de extremidades, hipotensão, pulsos filiformes)	14
	Monitorar permeabilidade das vias aéreas, ruídos respiratórios, obstrução, dificuldade ventilação, retrações intercostais etc	13
	Monitorar oximetria de pulso	12
	Monitorar nível de consciência (sensibilidade, padrão respiratório, movimentos, pupilas e reflexos)	12
	Observação sinais de hiper e hipoglicemia (face ruborizada e quente, hálito cetônico, palidez cutânea, sudorese profusa, pele fria, sonolência, agitação psicomotora, torpor)	11
	Verificar enchimento capilar e pulsos distais de membros fraturados comparando-os com os demais pulsos	08
	Aplicar escala de Glasgow (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora) de 30/30 minutos	08
	Fazer avaliação primária (chegar responsividade, ver, ouvir e sentir respiração, circulação)	08
	traçado ECG (monitorar e registrar alterações)	07
	Verificar a sensibilidade e função motora dos membros acometidos	07
	Afrouxar roupas restritas ou cortar qualquer roupa que esteja impedindo a adequada avaliação da pessoa	05
	Avaliar e registrar perda sangüínea (cor, volume e freqüência)	05
	Observar o uso de álcool e/ou drogas	05
	Realizar avaliação pupilar (fotorreação, reflexos córneo palpebral, consensual)	05
	Verificar a expansividade simétrica do tórax	05
	Evitar movimentação em caso de fratura	05
	Estabilizar fratura	05
Testar percepção de tato e movimentos dos membros acometidos	05	
Estabilizar região cervical	04	
Detectar crises de abstinência	04	

	Imobilizar pescoço com colar cervical	03
	Verificar presença de cortes, contusões ou deformidades	03
	Mobilizar vítima em bloco posicionando-a em decúbito horizontal dorsal, para prevenir lesão cervical ou agravamento	03
	Passar sonda nasogástrica se necessário (atenção, se houver suspeita de trauma passar sonda orogástrica e atenção a manobra de tração de mandíbula)	03
	Fazer ECG completo	03
	Intubar vítima e/ou auxiliar na intubação, verificando a posição do tubo e insuflar cuff	02
	Imobilizar segmento e articulações adjacentes	02
	Identificar pontos dolorosos no abdome e nas costas	02
	Comprimir diretamente com gaze ou compressa estéril o local da hemorragia ou a exteriorização de órgãos	02
	Aplicar bolsa de gelo em regiões com sangramento excessivo tendo o cuidado de proteger a pele	02
	Cobrir o osso exposto, ferimento ou vísceras com compressa e gaze estéril embebida em soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente	01
	Transportar a vítima em prancha ou bandeja de braços ou maca rígida	01
	Monitor capnografia de pulso	01
	Verificar na região cervical, pontos dolorosos, deformidades ou lesões	01
	Elevar o membro (segmento) com hemorragia, se não houver comprometimento cardíaco grave	01
	Avaliar comprometimento dos pares cranianos	01
	Elevar a cabeceira em 45° para paciente com dispnéia sem suspeita de lesão cervical	01
<b>Cuidados com vítimas de queimaduras</b>	Administrar medicação CPM	05
	Realizar curativos	03
	Limpar ferimento com SF estéril 0,9% em temperatura ambiente	01
	Realizar curativos compressivos em caso de queimadura com hemorragia	01
<b>Cuidados com intoxicações</b>	Administrar antitetânica	01
<b>Cuidados com Ferimentos</b>	Colocar partes do corpo amputadas em bolsa plástica seca, estéril e se possível resfriada.	01
	Aplicar pressão digital efetiva sobre o ponto de pulso para estancar hemorragias (artéria braquial, femoral, temporal e radial)	01

Quadro 10: Intervenções de Enfermagem

Fonte: Processos de Enfermagem Informatizado baseado na CIPE<sup>®</sup> 1.0

Observa-se que as intervenções de enfermagem mais utilizadas na unidade de emergência foram: “monitorar sinais vitais de 30/30 minutos ou mais se necessário” (39), “tranqüilizar a vítima” (29), “aquecer o paciente” (27), “realizar ausculta

pulmonar” (23), “verificar perfusão e saturação periférica” (22) e “avaliar dor aplicando escala específica” (21). E destas, o que mais se destacou foi “verificar sinais vitais de 30 / 30 minutos ou mais se necessário”, porque aferir sinais vitais é uma atividade essencial do cuidado planejado e prestado pela equipe de enfermagem (PRADO; GELBCKE, 2002).

Os cuidados que mais apareceram são cuidados geralmente aplicados em pacientes vítimas de trauma, isso se evidencia pelo fato do HRSJ ser referência nesse tipo de atendimento, demonstrando que apesar do programa ter sido criado para o APH, essas intervenções foram muito utilizadas no intra-hospitalar.

As intervenções relacionadas a cuidados com queimaduras, com intoxicações, com ferimentos e com gestantes foram pouco utilizadas ou não utilizadas como é o caso dos cuidados com gestantes. A partir destes dados podemos afirmar que a raridade na atribuição destes cuidados ocorreu devido a pouca procura ou encaminhamentos de pacientes com estas necessidades a emergência do HRSJ. E, no caso de gestantes, há uma área específica no hospital para atendimentos de obstetrícia e ginecologia.

A partir do quadro 10, observa-se que dos cinquenta e seis processos de enfermagem realizados, nenhuma intervenção foi unânime, o que demonstra individualidade dos cuidados para cada paciente e que apesar de ocorrerem patologias semelhantes, os mesmos têm necessidades e cuidados específicos.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de três anos e meio cursando a universidade, percebemos a importância de sistematizar a assistência de enfermagem para melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente. Em nossos estágios, observamos que o cotidiano da nossa profissão varia de instituição para instituição, e o primeiro a ficar prejudicado nesta diversificação é o paciente, o segundo é o enfermeiro. O paciente por receber cuidados diferentes, uns centrados no problema, outros no ser humano como um todo. O enfermeiro por não realizar sua atividade assistencial de forma sistemática e por ter, muitas vezes, sua função deslocada.

Acreditamos que a enfermagem adquirirá um caráter científico e crítico e desenvolverá um cuidado mais sensível, solidário e integrativo, a partir da conscientização dos enfermeiros da importância da implementação da SAE. Além disso, acreditamos também, que a SAE não justifica apenas o cuidado de enfermagem prestado ao paciente, mas a própria razão de ser da profissão.

Ainda pensando em SAE ou metodologia de assistência, o que nos interessou foi a CIPE<sup>®</sup>, por ser uma união de várias nomenclaturas que pretende unificar a linguagem da assistência. Resolvemos então utilizá-la como forma de conhecer uma nova nomenclatura de enfermagem que não foi abordada durante a graduação.

A elaboração desta pesquisa nos permitiu refletir questões como: emergência e urgência, política de acolhimento das emergências do Ministério da Saúde – QualiSUS, registros de enfermagem e a comunicação, metodologia de assistência, informatização da assistência de enfermagem, CIPE<sup>®</sup> e suas perspectivas de implementação.

Avalia-se esse estudo como uma forma de adquirir experiência na área da pesquisa científica em unidade de emergência e urgência, utilizando instrumento tecnológico para desenvolver o processo de enfermagem. Utilizar o mesmo para coleta de dados dessa pesquisa e a CIPE<sup>®</sup> como uma metodologia da assistência foi uma

experiência nova, já que durante a graduação não se utilizou tal ferramenta e tal metodologia.

Além disso, a linguagem unificada da CIPE<sup>®</sup> nos permitiu avaliar que a comunicação entre os enfermeiros será mais efetiva e de igual compreensão, promovendo um cuidado sistemático e organizado. E também, nos possibilitou avaliar o paciente de forma ampla e integral, realizando intervenções e diagnósticos de enfermagem não focados apenas nos problemas observados na avaliação.

Avaliamos com a ajuda de algumas enfermeiras a SAE informatizada baseada na CIPE<sup>®</sup>, como uma forma positiva de programar uma metodologia de cuidados adequados ao paciente. A iniciativa foi elogiada de modo a aprimorar o trabalho da enfermeira fazendo com que esse seja valorizado.

De um modo geral, através do Instrumento de Avaliação do Sistema obteve-se uma avaliação integral do mesmo, pois na terceira parte do instrumento as entrevistadas salientaram críticas importantes, também relacionadas ao processo de enfermagem informatizado. Importante lembrar, que as entrevistadas não só criticaram, mas também propuseram soluções para os itens que não foram contemplados e podem ser alterados.

Durante a aplicação do processo de enfermagem informatizado com o caso real e também na análise do Instrumento de Avaliação do Sistema, percebemos que as entrevistadas preocuparam-se muito mais com avaliação do processo de enfermagem informatizado do que com o sistema.

Observamos que o sistema não limita apenas fazer diagnósticos a partir de problemas, isso é um aspecto positivo, pois, possibilita uma avaliação integral do paciente e permite que o cuidado seja amplo, flexível, dinâmico e humanístico.

Comparando os resultados obtidos nesta pesquisa com os obtidos na pesquisa realizada no Hospital do Trabalhador, em Curitiba – PR, os mesmos não apresentaram discrepâncias muito relevantes já que, as realidades eram similares, sendo hospitais de mesma referência (politrauma).

Desse modo, nossos objetivos foram alcançados com sucesso. Assim, percebemos que foram grandes passos para novas pesquisas na área da SAE e uma forma de instigar o uso da CIPE<sup>®</sup>. Percebemos também que existe possibilidade de

utilizar o sistema em unidades de emergência e urgência, contudo com alguns ajustes sugeridos neste estudo.

Refletimos após o compilamento dos diagnósticos e intervenções, que para se aprimorar esta pesquisa, não basta apenas aplicar um caso fictício e outro real, pois dois processos de enfermagem por enfermeira não se torna suficiente para compreender a completa dinamicidade do sistema. Uma vez que o programa permite descrever tanto a patologia quanto a fisiologia do paciente, assim quanto mais familiarizado com o sistema melhor pode-se avaliar o paciente, por poder utilizar o próprio sistema para seguir uma sistematização da assistência.

Esperamos que novas pesquisas surjam a partir desta, para que possamos instituir uma nomenclatura universal e desta forma realizar um cuidado específico ao paciente, desenvolvido por profissionais críticos e habilitados.

Enfim, através desse estudo, percebemos que existe uma única forma para que o processo de enfermagem não aconteça, quando se evita o encontro com o paciente; pois a partir do momento que esse encontro ocorrer, haverá o desenvolvimento do processo, e permitir que esse se desenvolva é permitir estar cuidando, razão para qual acreditamos estar sendo formadas.

## 7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S. A; VIEIRA, M. J; SANTANA, M. A; LIMA, D. M. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paul Enf**, v. 17, n. 3. 2004.

ANTUNES, C. R; DAL SASSO, G.T.M. **Processo de enfermagem informatizado ao paciente politraumatizado em terapia intensiva – CIPE versão 1**. Florianópolis: [s.n.],[2006?] Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1039.pdf>> Acesso em: 18 julho 2007.

BARBOSA, S. F. F; DAL SASSO, G. T. M. **Internet e saúde: um guia para os profissionais**. Blumenau: Nova Letra, 2007.

BENEDET, S. A; BUB M. B. C. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BÖLL, Daniela; MASSONI, Janice. **Processo de enfermagem informatizado na emergência baseado na CIPE ® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 1.0.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

BRASIL. Ministério a Saúde. Serviço de atendimento móvel de urgência. **Manual de regulação médica das urgências**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>> Acesso em: 01 agosto 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 814/GM de 01 de junho de 2001**. Normatiza o atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar no Brasil. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às Urgências**. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 236p

BRASIL. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 143p.

BRASIL, V. V. O que dizem os enfermeiros sobre observação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, jul. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a12.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2007.

CAMPOS, M.; GREIK, M.; VALE, T. **História da ética**. Salvador: 2002.

CLARK, D. J. A language for nursing. *Nursing Standard*. April 21, v. 13, n. 31, p. 42-47. 1999. Disponível em: <http://www.nursing-standard.co.uk/archives/ns/vol13-31/v13w31p4247.pdf>. Acesso em: 30 junho 2007.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **SUS é legal: Legislação Federal e Estadual**. Governo do Rio Grande do Sul, 2000. 151p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Legislação**. Resolução número 272/2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>>. Acesso em: 26 julho 2007.

\_\_\_\_\_. **Legislação**. Lei número 7.498/86, de 25 de junho de 1986 – Lei do Exercício do Profissional de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22&sectionID=35>>. Acesso em: 26 julho 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução no 1451/95**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>> Acesso em: 25 de julho. de 2007.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – Versão 1**. Genebra, Suíça: 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – Beta 2**. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo – SP: 2003.

DALRI, M. C. B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimaduras utilizando um software: aplicação em quatro pacientes.

**Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 787-793, nov/dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a6.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2007.

DAL SASSO, et al. **Sistema Informatizado de Regulação e Avaliação da Qualidade do SAMU (Serviço De Atendimento Móvel De Urgência) No Estado De Santa Catarina – SIS-SAMU.** Projeto de pesquisa do GIATE. (Programa e Pesquisa do CNPQ)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 185-191, mar/abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10513.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2007.

DOMINGUES, Christiane Oliveira; AMESTOY, Simone Coelho; SANTOS, Elodi dos. **Sistematização da assistência de enfermagem.** In: XV CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2006, Pelotas. **Anais em CD.** Pelotas: UFPel, 2006.

FARIAS, J. N. de, *et al.* **Diagnósticos de enfermagem:** uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio - Séc XXI – Versão 3.0,** 1999.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. - **O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

GALVÃO, M. C.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, set/out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2007.

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hrsj/index.htm>> Acesso em: 26 de julho de 2007.

LOCHIDA, L. C. **Aprendizado baseados em problemas.** São Paulo, 2001. Disponível em: [www.unifesp.br/centros/cedess/pbl/](http://www.unifesp.br/centros/cedess/pbl/) Acesso em: 04 de dezembro de 2007.

MARIN, H. F. **CIPE® versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/ Comitê Internacional de Enfermeiros.** São Paulo: Argol Editora, 2007.

MARIN, H.F. Vocabulário: recurso para construção de bases de dados em Enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo. v.13, n.1, p.86-89, 2000.

MARIN, H.F.;CUNHA,I.C.K.O. Perspectivas atuais da informática em enfermagem. **Rev Bras Enf**. v.59,n.3, p. 354-357, mai-jun, 2006.

MARIN, H. F.; GRANITOFF. Informática em Enfermagem: uma Experiência. **Acta Paul. Enf**. São Paulo, v. 11, número especial, 1998. Disponível em: <[http://denf.epm.br/~felipe/1998/11\\_esp/pdf/art9.pdf](http://denf.epm.br/~felipe/1998/11_esp/pdf/art9.pdf)>. Acesso em: 26 julho 2007.

MARIN Heimar de Fátima; MASSAD, Eduardo; NETO, Raymundo Soares de Azevedo. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. 213p.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. **Assistência de Enfermagem às vítimas de traumas no serviço de emergência do Hospital Regional de São José, “Dr. Homero de Miranda Gomes”**. Monografia. (Graduação em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde,, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. **Atendimento Pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do Serviço do Corpo de Bombeiros e das Políticas de saúde para o Brasil à luz da Filosofia de Práxis**. Florianópolis, 2004. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

NASCIMENTO, K. C., VIRGÍLIO, M.S., MENDONÇA, R.S. **Cuidado transpessoal a seres humanos em situação de emergência/urgência**. Florianópolis. 2002.

NÓBREGA, M. M. L., GRACIA, T. R. Perspectivas de incorporação de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n. 4, p. 227-230, 2005.

NÓBREGA, M. M. L., et al. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 33 – 44, 2003.

OCHOA-VIGO, K; PACE, A. E.; ROSSI, L. A.; HAYASHIDA, M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2001; 35 (4): 390.8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0**. Disponível em:

<<http://www.ordemdosenfermeiros.pt/index.print.php?page=73&view=highlights:Print&id=251>> Acesso em: 01 de setembro de 2007.

PEREIRA, W. A. P; LIMA, M. A. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul Enf**, v.19, n.3, p. 279-83. 2006.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 368 p.

KLETEMBER et al , M.. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar?. **Cogitare Enfermagem**, América do Sul, v.9, n.1 2005.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. Modelo de cuidado: o que é? E como elaborar? 2007

RODRÍGUEZ, Javier Morillo. **Guias Práticos de Enfermagem: Emergências**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. 309p

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 39-46, set/out. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7797.pdf> >. Acesso em: 24 julho 2007.

SENA et al. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, jan. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11527.pdf> >. Acesso em: 24 julho 2007.

SILVA, M.L. **Emergência: quando os segundos contam...** Florianópolis,1997. Trabalho de conclusão de curso – Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC.



SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Enfermagem na emergência. In: **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v.4, p. 1821-1851.

SPERANDIO, D. J; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 937-943, nov/dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a04.pdf> >. Acesso em: 26 julho 2007.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 maio-junho; 12(3):477-84.

TEIXEIRA, E. R et al .Percepções dos enfermeiros sobre a metodologia da assistência de Enfermagem **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n.1/2, p.87-101, 1/2. sem. 2004.

THOMAZ, R.R.; LIMA, F.V. Atuação de Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar na Cidade de São Paulo. **Acta Paul Enf**, v.13, n.3, set/dez 2000.

VARGAS, D. Atendimento pré-hospitalar: A formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Rev. Paulista de enfermagem**, v.25, n.1, p. 46-51.2006.

VAZ et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, mai/jun. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13339.pdf> >. Acesso em: 26 julho 2007.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. Enfermeiro de unidade de emergência: sua liderança com o pessoal auxiliar de enfermagem. **Acta Paul Enf**, v.14, n.3, set/dez., 2001.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2): 86-90.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 01 – CASO CLÍNICO FICTÍCIO

J.P.S., masculino, 30 anos, foi trazido pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente automobilístico, ficou preso nas ferragens do carro. O paciente está lúcido, refere sede e dor de intensidade moderada em hemitórax direito e MIE. Apresenta ferimento corto-contuso em face região frontal direita, pele fria e pálida, sudorese e assimetria torácica. Ausculta cardíaca: rítmica e 2T BNF; ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares diminuídos a direita e difusos à esquerda; pressão arterial: 90/50mmHg; frequência cardíaca: 98 bpm; frequência respiratória: 26 rpm e saturação de oxigênio: 89%.

## APÊNDICE 02 – CASOS FICTÍCIOS

### **Caso - Clínico:**

Paciente de 54 anos, sexo masculino, portador de hipertensão arterial há mais de 20 anos, sem tratamento, foi admitido na emergência, com dor precordial intensa e retroesternal, em queimação, irradiada para pescoço, membros superiores e dorso, desencadeada em repouso e associada a náuseas e sudorese fria. Tabagista de 20 cigarros/dia há 40 anos e etilista de uma garrafa de aguardente/dia há 40 anos. Nega diabetes, dislipidemia, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. PA:170 x 110 mmHg e FC: 90 bpm, FR 20mm. Apresentava dor à palpação em região epigástrica e os pulsos periféricos estavam presentes e simétricos bilateralmente.

### **Caso - Trauma:**

J.P.S., masculino, 30 anos, foi trazido pelo corpo de bombeiros, com colar cervical, vítima de acidente automobilístico, ficou preso nas ferragens do carro. O paciente está lúcido, refere dor de intensidade moderada em tórax direito e em MIE. Apresenta ferimento corto-contuso em face região frontal direita, pele fria e pálida, sudorese, assimetria em hemitórax direito. AC: rítmica, 2T, BNF, AP: murmúrios vesiculares diminuídos a direita e difusos à esquerda, PA: 90/50mmHg, FC: 98 bpm, FR:26 rpm, Sat O2: 89%.

## ANEXOS

### ANEXO 01 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Formulário de avaliação Ergonômica e de Usabilidade do Sistema Informatizado de  
Regulação e Avaliação da Qualidade do SAMU no Estado de SC.

#### 1) Dados Básicos:

Título do programa: Processo de Enfermagem Informatizado na Emergência a partir da CIPE<sup>®</sup> 1.0

Autor (es): Grace Dal Sasso, Jades Hames, Marcellus Lopes Morini, Alexandre Matje, Fernanda Paese

Versão do programa: Alfa ( $\alpha$ )

Avaliador (a):

Período avaliação:

#### Instruções ao Avaliador

Você está recebendo um instrumento de avaliação quanto aos critérios ergonômicos e de usabilidade do Sistema informatizado de Assistência de Enfermagem em Emergência. Seu preenchimento é fundamental para que o sistema possa ser implementado e posteriormente utilizado em um Pronto Socorro. A preservação e o respeito ao seu anonimato será assegurada. Agradeço sua valiosa participação e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos sobre este processo.

Quando terminar de observar o programa, por gentileza, dê sua opinião sobre os indicadores de cada uma das variáveis a seguir, assinalando com um X o nível da escala que melhor reflete sua opinião de acordo com a legenda abaixo.

#### 2) Avaliação ergonômica:

Legenda: Ex (Excelente), MB (Muito Bom), B (Bom). RG (Regular) e R (Ruim)

Critério	Itens	Ex	MB	B	RG	R
		5	4	3	2	1
<b>Organização</b>	A organização e o modo de acesso aos arquivos favorecem a execução eficiente					
	Facilidade de operacionalização					
	Objetivos do sistema – assistência de enfermagem em emergência utilizando a CIPE <sup>®</sup>					
<b>Interface</b>	Interface entre o usuário e o programa – aparência das telas					
	Estrutura lógica dos dados – como as informações aparecem ao usuário					

	A quantidade de informação é suficiente para a assistência de enfermagem (coleta de dados, diagnósticos e intervenções)					
	Conforto visual para manuseio do sistema					
<b>Conteúdo</b>	Informações claras, objetivas e atualizadas					
	O conteúdo está inter-relacionado e consistente com a área de Emergência					
<b>Técnico</b>	Estrutura dos dados – como os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática					
	Segurança e privacidade das informações					
	Funcionamento adequado do sistema					

### 3) Avaliação Usabilidade

**Legenda:** CT (4) Concordo Totalmente; C (3) Concordo; NC (2) Não Concordo; DT (1) Discordo Totalmente

Nº	Descrição	CT	C	NC	DT
		4	3	2	1
1	O programa roda facilmente na plataforma, sem interferências				
2	As telas do sistema são claras, fáceis de ler e interpretar				
3	As instruções de apoio ao usuário são claras, organizadas e bem implementadas				
4	O usuário é capaz de acessar o sistema/programa facilmente				
5	O menu é viável e fácil de usar				
6	O menu atende todas as funções definidas para os objetivos do sistema				
7	O programa favorece um tratamento eficiente aos problemas de sua dimensão				
8	É eficiente para o intercâmbio de informação entre o usuário e o programa				
9	O programa possui um limite de crescimento apropriado às exigências de uso				
10	O programa permite o manejo eficiente dos dados que utiliza				
11	As exigências de memória não impedem o programa de rodar				
12	O sistema possui salvamento automático				
13	O sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido (foi desenvolvido em uma linguagem Java livre de código aberto)				
14	O sistema possui segurança de dados				

15	O sistema não aceita dados inexistentes				
16	As exigências de hardware (máquina) são compatíveis com a realidade?				
17	O Sistema comporta funcionamento em Rede de atendimentos? (as enfermeiras simultaneamente acessam o sistema sem interferência num acesso e outro)				
18	O sistema está integrado a um banco de dados? (o registro fica armazenado em um banco de dados próprio)				

Observação: Caso algum item não foi contemplado pelo sistema, registre abaixo esses itens, pois eles ainda não são aplicados ao sistema uma vez que ele se encontra em fase de desenvolvimento.

---



---



---



---



---

4) Ressalte os aspectos positivos e negativos do Sistema que você observou

---



---



---



---

5) Aponte possíveis soluções aos problemas levantados

---



---



---



---

**Obrigada pela sua importante participação!**

Fundamentado em:

A ISO 9241-11 estabelece os Guidelines de Usabilidade disponível no site: [http://www.usabilitynet.org/tools/r\\_international.htm#9241-1x](http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm#9241-1x)

Instrumento previamente testado para avaliação do Sistema Computadorizado de regulação e avaliação da qualidade do SAMU: SIS\_SAMU em 2006.

DAL SASSO, Grace T. M. A Concepção do Enfermeiro na produção tecnológica informatizada para ensino/aprendizagem em reanimação cárdio-respiratória. Florianópolis. 2001. 203f. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

**ANEXO 02****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM*****CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

De acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Decreto 196/96.

Caro participante,

Vimos como Pesquisadoras do Projeto, intitulado: **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UTILIZANDO A CIPE® (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM) VERSÃO 1.0.** convidá-la (lo) a participar deste estudo que tem como objetivo geral: Implementar a assistência de enfermagem à indivíduos que necessitarem do serviço de emergência de um hospital geral, fundamentada na metodologia informatizada da CIPE® 1.0.

O estudo terá início em 09 de agosto de 2007 e finalizará em 27 de novembro do mesmo ano. Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar necessário. Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo, portanto total anonimato em relação a sua identidade.

Não é necessário nenhum tipo procedimento adicional. Também não existe nenhuma forma de risco aos participantes do estudo que comprometa a sua integridade física, emocional, ética e espiritual.

Qualquer dúvida ou problema, por gentileza entre em contato com:

**Acad. Enf. Graziela H. Schürhaus**  
**Telefone para contato:(48) 9965-8292**

**Acad. Enf Juliana C. B. Santos**  
**Telefone para contato: (48) 9936-8499**

**Acad. Enf. Máira Manerich**  
**Telefone para contato: (48) 9944-4365**

**Acad. Enf. Raquel L. Steinbach**  
**Telefone para contato: (48) 9919-8528**

***Professora Orientadora responsável***  
**Dra. Marta Lenise Prado**  
**Telefone para contato: (48) 3721-9480**

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR. Parte inferior do formulário, 2001.