

*DENISE TOLFO SILVEIRA*

*A CONSTRUÇÃO DE UM CONJUNTO DE DADOS ESSENCIAIS DE  
ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE OCUPACIONAL*

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

São Paulo

2006

*DENISE TOLFO SILVEIRA*

*A CONSTRUÇÃO DE UM CONJUNTO DE DADOS ESSENCIAIS DE  
ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE OCUPACIONAL*

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heimar de Fátima Marin

São Paulo

2006

S587c Silveira, Denise Tolfo

A construção de um conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional / Denise Tolfo Silveira ; orient. Heimar de Fátima Marin. – São Paulo, 2006.  
156f. xvii.

Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Programa de Qualificação Institucional/CAPES, Convênio UFRGS/UNIFESP, 2006.

Inclui resumo em Português, Inglês e Espanhol.

1. Enfermagem ocupacional. 2. Processos de enfermagem. 3. Informática médica. 4. Coleta de dados. I. Marin, Heimar de Fátima. II. Universidade Federal de São Paulo. III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. IV. Título. V. The construction of an essential nursing set in the occupational health area [abstract].

LHSN – 757

NLM – WY 141

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

Tese de Doutorado vinculada à Linha de Pesquisa de Informática, Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde e Enfermagem, no eixo temático sobre Sistemas de Informação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

*“Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder-se em si mesmo... E aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si próprio.”*

*Kiergaard*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares, amigos, colegas, mestres, alunos, trabalhadores e a todos aqueles que de alguma forma, ou de todas as formas, colaboraram para minha caminhada e conquista.

Em especial à professora Dra. Heimar de Fátima Marin, que investiu no meu crescimento como pesquisadora, compartilhando seu saber e seu conhecimento na área da Informática em Enfermagem, pelo seu exemplo de responsabilidade, dedicação, competência e eficiência.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) / Escola Paulista de Enfermagem, pelo acolhimento e envolvimento como instituição cooperante no projeto de qualificação institucional.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem e Direção da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo incentivo e esforço no desenvolvimento do projeto de qualificação institucional como instituição de origem.

E ao Programa de Qualificação Institucional / CAPES, pela operacionalização do projeto de qualificação institucional e pelo apoio financeiro.

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**RESUMEN**

**LISTA DE TABELAS**

**LISTA DE QUADROS**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	01
<b>2. OBJETIVOS</b>	14
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	14
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	14
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b>	15
3.1 <i>Concepções básicas</i>	15
3.2 <i>Considerações sobre avaliação da qualidade em saúde</i>	19
3.3 <i>Conjunto de dados mínimos de enfermagem (Nursing Minimum Data Set – NMDS)</i>	25
3.4 <i>Conjunto de dados mínimos de gerenciamento de enfermagem (Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS)</i>	32
3.5 <i>As contribuições da área da saúde ocupacional</i>	36
3.5.1 <i>A ação do enfermeiro na área da saúde ocupacional: consulta de enfermagem</i>	41
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b>	48
4.1 <i>Delineamento do estudo</i>	48
4.2 <i>Local e população do estudo</i>	49
4.3 <i>Variáveis em estudo</i>	52
4.4 <i>Métodos de coleta dos dados</i>	53
4.5 <i>Análise dos dados</i>	56
4.6 <i>Aspectos éticos</i>	59

<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	60
5.1 <i>Etapa 1: Categorias e elementos identificados na documentação de enfermagem</i>	61
5.1.1 <i>Categoria dos itens demográficos do paciente/cliente</i>	62
5.1.2 <i>Categoria dos itens do cuidado de enfermagem</i>	63
5.1.3 <i>Categoria dos itens do serviço</i>	73
5.1.4 <i>Categoria dos itens da saúde ocupacional</i>	75
5.1.5 <i>Categorias dos itens do ambiente, dos recursos de enfermagem e dos recursos financeiros</i>	79
5.2 <i>Etapa 2: Elementos para construção de um conjunto de dados essenciais de enfermagem na saúde ocupacional</i>	81
5.3 <i>Etapa 3: Resultados de avaliação do conjunto de dados essenciais de enfermagem na saúde ocupacional</i>	91
5.3.1 <i>Pesquisa de avaliação de especialistas na área da saúde ocupacional</i>	91
5.3.2 <i>Testes preliminares dos elementos para a proposta do conjunto de dados essenciais de enfermagem na saúde ocupacional</i>	111
<b>6. ELEMENTOS E DEFINIÇÕES DO CONJUNTO DE DADOS ESSENCIAIS DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE OCUPACIONAL</b>	115
6.1 <i>Elementos demográficos do paciente/cliente</i>	116
6.2 <i>Elementos do serviço</i>	117
6.3 <i>Elementos do cuidado de enfermagem</i>	119
6.4 <i>Elementos da saúde ocupacional</i>	121
<b>7. CONCLUSÕES</b>	122
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	124
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	126



## **10. APÊNDICES**

<i>APÊNDICE – Tabelas com elementos dos registros de consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional</i>	133
--	-----

## **11. ANEXOS**

<i>ANEXO A – Questionário de Avaliação</i>	
<i>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	
<i>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA</i>	
<i>ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP</i>	
<i>ANEXO E – Termo de Compromisso para Utilização de Dados</i>	
<i>ANEXO F – Elementos incluídos na base de dados de saúde ocupacional</i>	

144

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 –	Elementos de identificação do paciente/cliente presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	62
Tabela 02 –	Elementos de anamnese e exame físico presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	63
Tabela 03 –	Elementos de intervenções de enfermagem presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	69
Tabela 04 –	Elementos de resultados de enfermagem presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	71
Tabela 05 –	Elementos de encaminhamento do paciente/cliente presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	74
Tabela 06 –	Elementos da história ocupacional presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	76
Tabela 07 –	Elementos de fatores de risco ambiental presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	76
Tabela 08 –	Elementos de saúde e segurança ocupacional presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	77
Tabela 09 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de pertinência [concordo] com os dados dos itens demográficos dos pacientes/clientes incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	93
Tabela 10 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de pertinência [concordo] com os dados dos itens do serviço incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	94

Tabela 11 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de pertinência [concordo] com os dados dos itens do cuidado de enfermagem incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	95
Tabela 12 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de pertinência [concordo] com os dados dos itens da saúde ocupacional incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	96
Tabela 13 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de relevância [importante] com os dados dos itens demográficos dos pacientes/clientes incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	100
Tabela 14 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de relevância [importante] com os dados dos itens do serviço incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	101
Tabela 15 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de relevância [importante] com os dados dos itens do cuidado de enfermagem incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	102
Tabela 16 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de relevância [importante] com os dados dos itens da saúde ocupacional incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	103
Tabela 17 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de prioridade [alto] com os dados dos itens demográficos dos pacientes/clientes incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	105
Tabela 18 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de prioridade [alto] com os dados dos itens do serviço incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	106

Tabela 19 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de prioridade [alto] com os dados dos itens do cuidado de enfermagem incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	107
Tabela 20 –	Concordância dos especialistas quanto ao grau de prioridade [alto] com os dados dos itens da saúde ocupacional incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.	108
Tabela 21 –	Dados subjetivos nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	133
Tabela 22 –	Dados objetivos nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	135
Tabela 23 –	Dados de impressão nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	136
Tabela 24 –	Dados de conduta nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional.	141

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Elementos do conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional	82
<b>Quadro 2</b> - Elementos incluídos na Base de dados de saúde ocupacional	156

## RESUMO

Sendo o cuidado o foco de atenção da enfermagem, seus profissionais são responsáveis pela produção e gerenciamento de informações que influenciam direta e indiretamente a qualidade e o resultado dos serviços prestados. Este estudo teve como objetivo construir um conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional, no sentido de promover a comparabilidade de dados entre diferentes populações e diferentes práticas para descrever as suas contribuições no cuidado à saúde da população atendida nessa área de atuação. Estudo descritivo retrospectivo. Os dados para análise tiveram como fonte a agenda de Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO) do Ambulatório do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram selecionados 106 prontuários de clientes atendidos na agenda ESO, nos quais foram identificados 777 registros de primeira consulta e de consultas de retorno de enfermagem entre agosto de 1998 e agosto de 2003. Para selecionar os termos utilizados a partir dos registros de consulta de enfermagem, foram adotados as categorias e elementos para análise com base nos conceitos do conjunto de dados mínimos de enfermagem (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*) e do conjunto de dados mínimos de gerenciamento de enfermagem (*Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS*). Em uma segunda etapa, um instrumento para pesquisa de avaliação de especialistas na área da saúde ocupacional foi submetido a oito consultores, a fim de analisar o grau de concordância, pertinência e prioridade dos dados selecionados para o modelo proposto. Foram também realizados testes preliminares do instrumento, observando adequação e pertinência, a partir de uma amostra por conveniência de 19 registros eletrônicos de consultas de enfermagem de pacientes atendidos na agenda EDR/SESP/HCPA no mês de março de 2006. Os resultados encontrados foram categorizados e tratados pelo Excel for Windows® e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)® para análise descritiva (frequência e percentuais). Os resultados demonstraram que a falta de dados específicos na enfermagem e a falha no registro da documentação de enfermagem podem estar relacionadas à falha dos profissionais em acordar um conjunto de dados claro, definido, validado, confiável e padronizado para inclusão. No final do estudo é apresentado um conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional com 31 itens, divididos nas categorias: elementos demográficos do paciente/cliente, elementos do cuidado de enfermagem, elementos do serviço e elementos da saúde ocupacional. Conclui-se que é possível a construção de um conjunto de dados essenciais de enfermagem na saúde ocupacional a partir da seleção de termos utilizados nos registros de enfermagem; que os referenciais do conjunto de dados mínimos de enfermagem e conjunto de dados mínimos de gerenciamento de enfermagem adotados responderam às necessidades teórico-analíticas para a inclusão dos itens e elementos [dados] que descrevessem o cuidado de enfermagem no cenário da saúde ocupacional; e que os elementos [dados] do conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional podem ser relacionados a uma base de dados e a um sistema de

informação computadorizado, para atender as necessidades da prática, da pesquisa, da tomada de decisão e da qualidade da assistência prestada pela enfermagem na especialidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem ocupacional; Processos de enfermagem; Informática médica; Coleta de dados.

## ABSTRACT

Since caring is the basic focus of the nursing profession, its members are responsible for the production and management of information that will directly and indirectly influence the quality and results of the services delivered. This present study has the objective of constructing a set of essential data on nursing in the area of occupational health that will enable researchers to compare data gathered from different populations and different practices in order to identify the contributions of these practices to the health care in this area. The research consisted of a retrospective and descriptive study. The data used was obtained from the nursing agenda at the Occupational Health Nursing (OHN) Department at the Outpatient Clinic of the Nursing Service in Public Health (at the General Hospital in Porto Alegre, Brazil). The medical records of 106 patients listed in the OHN agenda were chosen and, of these, 777 records of first and follow-up nursing appointments between August 1998 and August 2003 were identified. In order to choose the terms used in the records of nursing appointments, the categories and elements chosen for analysis were based on the concepts of the Nursing Minimum Data Set (NMDS) and on the Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS). In the second phase an instrument for studying evaluations by specialists in the occupational health area was submitted to eight consultants, who were asked to analyze the degree of agreement, appropriateness and priority of the data chosen for the proposed model. Preliminary tests were also carried out on the instrument by observing its suitability and appropriateness on the basis of a sample by convenience of 19 electronic records of nursing appointments of patients listed on the EDR/SESP/HCPA agenda in the month of March, 2006. The results were categorized and treated by Excel for Windows® and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® for a descriptive analysis (frequency and percentiles). The results showed that the lack of specific nursing data and failures in recording the nursing documentation may be related to the failure by the professionals to agree on a clear, well-defined, validated, reliable and standardized set of data to be included. At the end of this study a set with 31 items related to essential data on occupational health nursing is presented. It is divided into the following categories: demographic information on patients/clients, elements on the care provided, elements on the service and elements on occupational health. The conclusion is that a set of essential nursing data in occupational health can be constructed by selecting the terms used in the nursing records; that the frames of reference for the NMDS and the NMMDS adopted corresponded to the theoretical-analytic needs for including items and information that can describe nursing care in the context of occupational health; and that the general information in the essential nursing data set in the occupational health area can be placed on a database and into a computerized information system to address the needs of the practice, research, decision-making and quality of the nursing care provided in the field of occupational health.

**Key words:** Occupational health nursing; Nursing process; Medical informatics; Data collection.



## RESUMEN

Siendo el cuidado el foco de atención de la enfermería, sus profesionales son responsables por la producción y gerencia de informaciones que influyen directa e indirectamente la calidad y el resultado de los servicios prestados. Este estudio tuvo como objetivo construir un conjunto de datos esenciales de enfermería en el área de salud ocupacional, al hilo de promover la comparación de datos entre diferentes poblaciones y diferentes prácticas para describir sus contribuciones en el cuidado de la salud de la población atendida en esa área de actuación. Estudio descriptivo retrospectivo. Los datos para análisis tuvieron como fuente la agenda de Enfermería en Salud Ocupacional (ESO) del Ambulatorio del Servicio de Enfermería en Salud Pública del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Han sido seleccionados 106 prontuarios de clientes atendidos en la agenda ESO; y, de estos, han sido identificados 777 registros de primera consulta y de consultas de retorno de enfermería entre agosto de 1998 y agosto de 2003. Para seleccionar los términos utilizados a partir de los registros de consulta de enfermería, se adoptaron las categorías y los elementos para análisis basándose en los conceptos del conjunto de datos mínimos de enfermería (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*) y del conjunto de datos mínimos de gerencia de enfermería (*Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS*). En una segunda etapa, un instrumento para investigación de evaluación de expertos en el área de salud ocupacional fue sometido a ocho consultores, a fin de analizar los niveles de concordancia, pertinencia y prioridad de los datos seleccionados para el modelo propuesto. También han sido realizados testes preliminares del instrumento, observando adecuación y pertinencia, a partir de una muestra por conveniencia de 19 registros electrónicos de consultas de enfermería de pacientes atendidos en la agenda EDR/SESP/HCPA, el mes de marzo de 2006. Los resultados encontrados han sido categorizados y tratados en los programas Excel for Windows® y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)® para análisis descriptiva (frecuencia y porcentuales). Los resultados han demostrado que la falta de datos específicos en enfermería y la falla en el registro de la documentación de enfermería pueden estar relacionadas a la falla de los profesionales en acordar un conjunto de datos claro, definido, validado, confiable y estándar para inclusión. Al final del estudio, se presenta un conjunto de datos esenciales de enfermería en el área de salud ocupacional con 31 ítems, divididos en estas categorías: elementos demográficos del paciente/cliente; elementos del cuidado de enfermería; elementos del servicio; y elementos de salud ocupacional. Se concluye (1) que es posible construir un conjunto de datos esenciales de enfermería en salud ocupacional a partir de la selección de términos utilizados en los registros de enfermería; (2) que las referencias del conjunto de datos mínimos de enfermería y conjunto de datos mínimos de gerencia de enfermería adoptadas han respondido a las necesidades teórico-analíticas para la inclusión de los ítems y elementos [datos] que describieran el cuidado de enfermería en el escenario de la salud ocupacional; y (3) que los elementos [datos] del conjunto de datos esenciales de enfermería en el área de salud ocupacional se pueden relacionar a una base de datos y a un sistema de información computadorizado para atender a las necesidades de la

práctica, de la investigación, de la toma de decisión y de la calidad de la asistencia prestada por la enfermería en la especialidad.

**Palabras clave:** Enfermería ocupacional; Procesos de enfermería; Informática en salud; Recolección de datos

## 1. INTRODUÇÃO

Com base em Polak e Reich (2002), pode-se dizer que a construção e reconstrução do mundo contemporâneo passam pelo cotidiano das tecnologias de comunicação e de informação. Novos paradigmas ou visões metodológicas, amplamente discutidas sob diferentes perspectivas na literatura, aceleraram a adesão ao uso das tecnologias, provocando a desestruturação das abordagens tradicionais nas áreas de conhecimento.

Ao refletir sobre o que diz Axt (2000, p. 56) em relação ao uso das tecnologias na educação – “Não importa a professores e alunos apenas aprender a usar os novos meios tecnológicos NA educação; importa muito mais pensar as tecnologias PARA a educação” –, pode-se parafrasear a autora dizendo que *“não importa a enfermeiros apenas aprender a usar os novos (“velhos”) meios tecnológicos NA enfermagem; importa muito mais pensar as tecnologias PARA a enfermagem”*.

Esta afirmação indica que a enfermagem deve apoderar-se dos meios tecnológicos para usá-los no processo de trabalho de modo consciente (isto é, sabendo como, por que e para que utilizá-los). Ao destacar a importância de o profissional tornar-se um participante da sociedade do conhecimento e não somente um expectador passivo que utiliza os recursos gerados por outrem, ela aponta também a necessidade de construir-se o processo de conceituação e de desenvolvimento dos recursos tecnológicos aplicados à saúde.

Indubitavelmente, a informatização adicionou à profissão de enfermagem mais eficiência, organização, velocidade e versatilidade. A utilização da informática no ensino e na pesquisa facilitou a revisão de literatura (uso de bancos de bases de dados disponíveis *on line* ou na forma de CD-ROM) e a coleta de dados (uso de softwares estatísticos, editores de texto, editores de banco de dados) para a elaboração de pesquisa em enfermagem e cuidados de saúde (MARIN, 1995).

Sendo o cuidado o foco de atenção da enfermagem, seus profissionais são responsáveis pela produção e gerenciamento de informações que influenciam direta e indiretamente a qualidade e o resultado dos serviços prestados. Os sistemas de informação em enfermagem começaram a ser definidos e implantados para apoiar a prática assistencial e facilitar a atividade do enfermeiro em adquirir, armazenar e analisar os dados dos pacientes, com a finalidade de definir as necessidades e o planejamento do cuidado (MARIN, 2003).

Como afirma Marin (2003):

Os enfermeiros precisam ter acesso à informação correta para poderem desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas com o cuidado de enfermagem. As demandas administrativas, legais e do cuidado, o aumento do conhecimento, o avanço tecnológico e as novas modalidades terapêuticas favorecem o aparecimento de situações e de problemas mais complexos. Tais fatores exigem dos enfermeiros maior competência técnica, controle de qualidade e cuidado individualizado ao paciente, aumentando sistematicamente a documentação de todo o processo do cuidado (p.73).

Os sistemas de informação são instrumentos usados para processar os dados e produzir a informação. No desenvolvimento dos sistemas de informação automatizados, cada elemento [dado] é definido e classificado (NELSON, 2001). Os dados são classificados com os termos usados pelo usuário, por exemplo, dados financeiros, dados do paciente, dados de recursos humanos, dentre outros.

O aumento no volume de dados e a conseqüente expansão dos sistemas de informação por computador, em instituições de cuidados com a saúde, resultaram no desenvolvimento de inúmeros métodos de documentação. Esses avanços possibilitam que as ações de enfermagem sejam sustentadas com base em dados organizados por meio de documentação exata e específica, disponibilizados aos profissionais.

Conforme Marin (2003):

Os dados específicos que compõem os sistemas de enfermagem podem ser: auxílio na elaboração do diagnóstico de enfermagem, formulação e implementação dos planos de cuidados, avaliação do cuidado prestado, pesquisas de comparação de efetividade dos cuidados prestados, auxílio na administração e gerenciamento das unidades com relação a recursos humanos e materiais, realização de auditorias e outros [...] (p. 77).

Para que os sistemas de informação em enfermagem atuem como agente catalisador para o avanço da profissão, é necessário organizar a informação e torná-la acessível, de forma que seja possível avaliar o resultado de uma ação de enfermagem e analisar a contribuição efetiva no sistema de saúde (MARIN, 2003).

Entretanto, alguns fatores, como a dificuldade de padronizar o vocabulário de enfermagem, e o fato de as ações muitas vezes serem planejadas de forma mais intuitiva do que sistematizada fazem com que o enfermeiro pouco explore os sistemas de informação para produzir informação a partir dos dados coletados com a finalidade de descrever as suas práticas.

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1988), um sistema de informação em saúde (SIS) é definido como “um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informação necessária para organizar e operar os serviços de saúde, bem como um mecanismo para investigação e planejamento com vistas ao controle das doenças”. Câmara (2001) inclui nessa definição a utilização de quaisquer eventos ou documentos que sejam de interesse para a saúde em relação ao que é organizado, operado, investigado ou planejado.

Sendo assim, na atenção à saúde esses sistemas fornecem os meios para a construção do conhecimento em saúde, uma vez que as informações geradas são fundamentais para o estabelecimento de políticas específicas, planos/programas de ação e sua implementação e avaliação no âmbito público ou privado.

Ainda, para Câmara (2001), os sistemas de informação em saúde devem produzir informações que possibilitem a tomada de decisões sobre as ações a serem implementadas, o acompanhamento ou controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas e a avaliação do impacto

(efetividade) que elas tiverem sobre a situação de saúde inicial, no caso da saúde ocupacional. Estes componentes (eficiência, eficácia e efetividade) estão agrupados nos sete atributos<sup>1</sup> que definem a qualidade do cuidado com base nos conceitos desenvolvidos por Donabedian (1990).

No Brasil, existem diversos sistemas de informação em saúde gerenciados por órgãos do governo federal: os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os do Ministério da Saúde (MS) (Departamento de Informática do SUS [DATASUS]), os do Ministério de Previdência Social (Sistema Único de Benefícios, Comunicação de Acidentes de Trabalho [CAT], Cadastro de Informações Sociais e informações sobre segurados e empresas), os do Ministério do Trabalho (Relação Anual de Informações Sociais [RAIS], Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e os do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. Entre eles, destaca-se o DATASUS, que disponibiliza em tempo integral, para os gestores em saúde e instituições do setor, todos os sistemas de informação, utilizando para tal a internet e o *Bulletin Board System (BBS)*, meio de comunicação exclusivo para a transmissão de aplicativos informatizados, dados e documentação pertinente (MOTA; CARVALHO, 2003).

A disponibilidade de informações para o profissional que atua nas atividades relacionadas à saúde ocupacional, por exemplo, possibilita-lhe o acesso a um conjunto de ferramentas para realizar sua ação e prestar

---

<sup>1</sup> Na revisão da literatura apresenta-se a definição proposta por Donabedian (1990) para os sete atributos da qualidade do cuidado. Para o aprofundamento dessa questão, ver também os trabalhos de Donabedian (listados na p.124).

assistência com qualidade (CÂMARA, 2001). É importante salientar que os registros disponíveis citados contemplam uma série de fontes de informação no que diz respeito ao campo da saúde e trabalho. Entre eles, cabe inferir o Sistema Nacional de Agravos e Notificações (Sinan), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Vigilância Sanitária (Sivisa), o Sistema Federal de Inspeção no Trabalho (SFIT), o Sistema Único de Benefícios (SUB) e a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Contudo, a grande dificuldade até o momento não reside no acesso e na transformação dos dados em informações úteis para determinada ação ou para planejamento em saúde e segurança no trabalho. A maior dificuldade está na criação de ferramentas tecnológicas para sua utilização por múltiplos usuários, ou seja, que os dados retratem diferentes realidades e, quando integrados, possam fornecer subsídios à tomada de decisão.

Conforme Paulo, Cury e Ferreira Júnior (2000), não são poucas as empresas que não aproveitam a integralidade do sistema de informação pela falta de tempo ou pessoal para a alimentação das informações, pela falta de formulários de coleta de dados compatíveis ou mesmo pela complexidade do próprio sistema. Para que a informatização dos dados de saúde e de fatores de risco ocupacionais sejam metas de qualquer programa bem gerenciado, as empresas devem investir em sistemas de controle médico e ambulatorial, de modo a utilizá-lo integralmente, adequando-o às suas necessidades.



De modo geral, as organizações ou instituições de saúde coletam e depositam grandes volumes de dados em arquivos e bases de dados. Dessa forma, a qualidade do sistema de automação e a velocidade da informação devem facilitar e estabelecer diferenciações no atendimento e no processo de tomada de decisão, no caso dos profissionais de saúde (MARIN, 1995).

Contudo, Delaney e Moorhead (1995) alertam:

[...] estas organizações reconhecem, rapidamente, que a grande quantidade de dados não necessariamente fornece uma grande quantidade de informação útil e significativa. Para ser útil, o sistema de informação deve depender de ambos, ou seja, do acesso aos fatos (dados) e da conseqüente interpretação destes fatos (informação) (p. 17).

Para Werley *et al.* (1991), a falta de dados específicos de enfermagem nas bases de dados pode estar relacionada à falha dos profissionais em acordar um conjunto de dados claro, definido, validado, confiável e padronizado para inclusão. A questão é qual o tipo de informação e que tipo de elemento [dado] são essenciais para garantir o cuidado e descrever os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Um das primeiras tentativas de padronizar um conjunto de dados essenciais para a prática de enfermagem foi desenvolvido por Werley em 1988 (WERLEY; LANG, 1988), o denominado Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*). Conforme Werley *et al.* (1991), o *NMDS* foi planejado para facilitar a obtenção do mínimo [essencial], do núcleo comum de dados para descrever a prática de enfermagem. A inclusão de elementos de enfermagem divididos em

categorias (itens demográficos de clientes ou pacientes, itens do cuidado de enfermagem e itens do serviço) oferece um conjunto de dados relacionados, através do qual os dados essenciais são organizados, classificados, processados, acessados e pesquisados para apoiar o gerenciamento do cuidado prestado pelos profissionais de saúde nos diferentes cenários.

Outro conjunto de dados, desenvolvido com o objetivo de suprir as necessidades de dados para a administração de enfermagem, foi o Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem (*Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS*) proposto por Huber e Delaney, pesquisadoras principais do projeto (HUBER; SCHUMACHER; DELANEY, 1997). Esse conjunto de dados também é composto por elementos [dados] distribuídos em três grandes categorias: o ambiente, os recursos de enfermagem e os recursos financeiros (DELANEY; HUBER, 1996).

Tais projetos mostram a importância de selecionar e analisar dados que possam fornecer a informação necessária ao enfermeiro no momento de estabelecer um plano de cuidados factível com o melhor benefício possível para o paciente/cliente. Saber quais são os dados essenciais<sup>2</sup> e suficientes para alimentar a execução do processo tem sido o desafio para inúmeros pesquisadores e para os profissionais de enfermagem que elaboram os instrumentos e protocolos de entrevista na consulta de enfermagem. Existe

---

<sup>2</sup> Entende-se por dados essenciais aqueles que constituem parte necessária de um conjunto, dados indispensáveis, importantes para serem processados e produzir a informação que, por sua vez, quando analisada e interpretada, possa produzir o conhecimento de enfermagem (MARIN *et al.*, 2000; NELSON, 2001).

uma tendência para a adoção de instrumentos muito abrangentes com a coleta de centenas de dados.

Pode-se dizer que a seleção e a análise de dados se concretizam na realização da consulta de enfermagem – atividade regulamentada e legitimada no Brasil pelo Decreto nº 94.496, de 08 de junho de 1987, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1993) – através da aplicação do processo de enfermagem. Sendo a consulta de enfermagem o recurso utilizado para a aplicação do processo de enfermagem, suas fases<sup>3</sup> são dinâmicas, de modo que, ao analisar os resultados obtidos, retorna-se à fase de coleta de dados, iniciando assim um processo contínuo.

O levantamento inicial de dados de enfermagem é uma ferramenta básica para a identificação das necessidades do cliente e para elaboração e registro do processo de enfermagem. Especificamente na área da saúde ocupacional, esse processo deve incluir também o levantamento de dados laborais (ocupação, posto, setor de trabalho; relações de trabalho, organização, entre outros) e dados implicados na elaboração do diagnóstico de saúde e nos exames físico e laboratorial específicos (SILVEIRA, 1997; 2000).

A articulação trabalho-saúde-adoecimento tem sido objeto de observação e reflexão já há algum tempo. Recentemente, a interface com as tecnologias de informação veio ampliar as inquietações profissionais, por se

---

<sup>3</sup> Na revisão da literatura, desenvolvem-se esses conceitos com base nos referenciais teórico-analíticos adotados.

tratar de área pouco explorada pelos enfermeiros em saúde ocupacional. Especificamente, trata-se de padronizar um conjunto de dados essenciais para promover a comparabilidade de dados entre diferentes populações e diferentes práticas para descrever as suas contribuições no cuidado à saúde da população atendida nessa área de atuação.

Até o momento, pouco tem sido produzido pela enfermagem na área da saúde ocupacional em termos de bibliografia específica para atender as crescentes necessidades teóricas e metodológicas dos profissionais e pesquisadores interessados. A tímida presença dos profissionais da enfermagem e as dificuldades de sua inserção nesse campo parecem justificar a escassez de produções técnico-científicas voltadas à demanda prática. Cabe ressaltar que, no meio acadêmico, encontra-se um número expressivamente maior de produções voltadas à demanda intelectual, o que denota um avanço na área de conhecimento.

Reconhecendo a importância da tecnologia para o avanço da enfermagem e a necessidade de melhor identificar os dados essenciais na área da especialidade em que atuo, decidi investir mais esforços em busca de maior clareza e definição desses objetos. Desenvolvo atividades docente e assistenciais na agenda de Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO) do Ambulatório do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As atividades docentes envolvem o estágio prático na disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), disciplina que aborda conteúdos

teóricos da saúde ocupacional e direciona grupos de estágio para área. Entre as atividades assistenciais, está a de enfermeira responsável pelo atendimento de pacientes/clientes com doenças ou danos ocupacionais<sup>4</sup> (afastados ou não do trabalho) encaminhados pela equipe médica do Ambulatório de Doenças do Trabalho (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – rede pública de serviços de saúde), contando com uma agenda de quatro consultas de enfermagem semanais. Um aspecto a salientar é que a consulta de enfermagem no HCPA, implantada na década de 1970, classicamente aplica o processo de enfermagem com base no referencial de Horta (1979) e o sistema de registro adaptado de Weed (1964). Outro aspecto a destacar é que, por atender a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador estruturados pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2002), o HCPA possui uma atenção específica no serviço ambulatorial, dispondo de agendas interdisciplinares para atendimento dessa clientela.

Para que a prática assistencial sirva de embasamento para o desenvolvimento das proposições que ora se materializam, na busca da utilização de um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na área da Saúde Ocupacional, torna-se também fundamental decidir:

- Que dados são necessários para a tomada de decisão?

---

<sup>4</sup> Entende-se por danos ocupacionais: lesões por esforços repetitivos (LER) ou doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), dermatoses, doenças do aparelho auditivo, respiratório, visual, entre outros, e suas relações com situação de trabalho, relações de trabalho, ambiente de trabalho e ergonomia (BRASIL, 1991; SANTOS; FIALHO, 1995; FERREIRA JUNIOR, 2000; MENDES, 2003).

- Que tipo de dados são essenciais para garantir o cuidado de enfermagem em saúde ocupacional?
- Que dados podem ser relacionados para formar uma base de dados e um sistema de informação computadorizado?

Assim, identificar e padronizar o conjunto mínimo de dados que forneça informação suficiente e necessária ao atendimento é objeto de estudo de vários profissionais, nas mais variadas áreas de atividade de enfermagem. Ou seja, os dados coletados no processo de enfermagem podem ser padronizados em um conjunto de itens essenciais para a área da saúde ocupacional que descreva a prática, facilite as ações e a tomada de decisão e a pesquisa. Além disso, a utilização de um conjunto de dados padronizado pode servir não só para apoiar as ações do profissional de enfermagem na saúde ocupacional, mas também para atender a produção de informação destinada à avaliação da qualidade<sup>5</sup> e dos resultados do cuidado de saúde prestado ao cliente/paciente. Sabe-se que todas as atividades de avaliação dependem da disponibilidade de informações apropriadas e precisas (DONABEDIAN, 2001a).

É nessa perspectiva que se pretende analisar com maior profundidade os registros de enfermagem, na tentativa de responder às questões postas acima, adotando como caminho estrutural e analítico o

---

<sup>5</sup> Entende-se que o conceito de *qualidade* é abrangente e complexo, como definido por diversos autores que se dedicam a esta área, entre eles, Donabedian (1980;1990). Seu significado inclui aspectos de relacionamento interpessoal, de conforto proporcionado pelo cuidado e de acesso e continuidade do atendimento nos serviços de saúde.

conceito de Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*), proposto por Werley e Lang (1988), e o conceito de Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem (*Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS*) proposto por Delaney e Huber (1996).

Espera-se, portanto, contribuir com informações e proposições que favoreçam a reflexão sobre esta temática no campo da construção do conhecimento em enfermagem na saúde ocupacional e no da elaboração de sistemas de informação.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Construir um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na área da Saúde Ocupacional.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Selecionar os termos utilizados nos registros sistemáticos da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional;
- Analisar esses termos com base nos referenciais teórico-analíticos adotados;
- Propor um roteiro para identificação de dados essenciais que atenda às necessidades da prática, da pesquisa, da tomada de decisão e da qualidade da assistência prestada pela enfermagem na área da saúde ocupacional;
- Realizar testes preliminares com o roteiro proposto observando adequação e pertinência.



### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Inicia-se esta revisão da literatura apresentando alguns dos conceitos utilizados como referência para as análises deste estudo. Alguns são resultantes de leituras e reflexões e não são definitivos, mas dinâmicos e mutáveis, pois outras perspectivas virão se agregar a essas, conforme as realidades vivenciadas neste estudo.

#### 3.1. Concepções Básicas

Para definir o campo da enfermagem, adota-se o conceito proposto pelo Conselho Internacional de Enfermagem (*ICN – International Council of Nurses*):

Enfermagem compreende o cuidado autônomo e colaborativo ao indivíduo de todas as idades, famílias, grupos e comunidade, doente ou sadio, em todos os setores de atendimento. Enfermagem inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado ao indivíduo doente, incapacitado e morrendo. Advogar, promover ambiente seguro, pesquisar, participar na elaboração de políticas de saúde e em sistemas de gerenciamento de saúde e ensino são também papéis-chaves dos enfermeiros (Disponível em: <<http://www.icn.ch>>).

Considera-se a consulta de enfermagem uma atividade de deliberação racional, baseada em metodologia própria, utilizada pelo enfermeiro no atendimento ao paciente/cliente externo (aquele que não está em regime de internação hospitalar). Constitui-se em uma atividade

dispensada diretamente ao paciente/cliente que inclui o estabelecimento de relações de confiança, exame físico e objetivos imediatos e mediatos, com ênfase na prevenção (baseado em PEREIRA; GALPERIM, 1995). Já a consulta-ação de enfermagem, segundo proposto por Silveira (1997), consiste em uma metodologia de ação conjunta entre enfermeiro e paciente/cliente (no caso, o trabalhador), que potencializa as atividades educativas e transformadoras das práticas e dos comportamentos sociais, resgatando os elementos necessários às intervenções profissionais.

O trabalhador, sujeito-objeto<sup>6</sup> da prática profissional, e neste estudo paciente/cliente, é um indivíduo que interage com todos os seus recursos naturais, energéticos, biopsicofisiológicos e sociais com seu ambiente de trabalho (SILVEIRA, 1997).

A intervenção de enfermagem na saúde ocupacional é o espaço em que o enfermeiro tem sua atenção voltada a trabalhadores de diferentes setores ou postos de ocupação. As atividades assistenciais e educacionais do enfermeiro possibilitam a observação e o acompanhamento periódico e continuado dos níveis de saúde dos trabalhadores.

Unindo as duas áreas de conhecimento – Saúde Ocupacional e Informática em Saúde – no fundamento deste estudo, vale destacar alguns aspectos também da área de informática em saúde, em enfermagem ou informática médica, como freqüentemente é denominada na literatura. Por informática médica entende-se a área que se relaciona com a cognição, o

---

<sup>6</sup> Sujeito-objeto é o termo que designa a pessoa cuidada (sujeito) que é o foco (objeto) da nossa ação técnico-profissional (SILVEIRA, 1997).

processamento de informação e a comunicação de tarefas da prática médica, a educação e a pesquisa, incluindo a ciência da informação e a tecnologia que apóia tais atividades (GREENES; SHORTLIFFE, 1990). A palavra “médica” deve referir-se a todos os profissionais de saúde; portanto, uma definição paralela seria a de informática em saúde, entendida por Hannah, Ball e Edwards (1999) como “o uso da tecnologia de informação no processo de tomada de decisão para o cuidado de pacientes, feito por profissionais de saúde (p. 5)”. No Brasil, informática em saúde é a área do saber que trata das aplicações e do uso de ferramentas de automação em processamento de dados e informações nos vários segmentos das ações relacionadas à saúde do indivíduo e da coletividade (BRASIL, 1988).

A informática em enfermagem, por sua vez, é uma das áreas da informática em saúde. Graves e Corcoran (1989) a definem da seguinte forma:

É a combinação da Ciência da Computação, da Ciência da Informação e da Ciência da Enfermagem destinada a auxiliar o profissional no gerenciamento e processamento dos dados da enfermagem, ou seja, da informação e do conhecimento para apoiar a prática de enfermagem e a prestação de assistência ao paciente (p. 227).

Na informática em enfermagem, a área mais direcionada à busca de soluções e produtos para apoiar a prática profissional é a área de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde ou em enfermagem.

Sistema de informação em saúde (SIS) é um sistema de informação usado dentro de uma organização de assistência à saúde para facilitar a comunicação, integrar a informação e documentar as intervenções do

cuidado, de forma a garantir, de um lado, o registro e, por outro, apoiar as demais funções da instituição (SAFRAN; PERREAULT, 2001). Dentro desse sistema multidisciplinar, os sistemas de informação de enfermagem devem estar integrados com os elementos que atendem as necessidades dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência direta ao paciente ou cliente. Tais elementos, relacionados com os atendimentos em qualquer setor e época, subsidiam os profissionais com instrumentos de gerenciamento e administração para o cuidado de enfermagem prestado (baseado em MARIN, 2003).

### 3.2. Considerações sobre Avaliação da Qualidade em Saúde

Avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que abrangere um grande espectro de características desejáveis. Uma maneira de facilitar esse procedimento é proposta por Donabedian (2001a), que diz ser necessário traduzir os conceitos e definições gerais em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados.

Delaney e Moorhead (1995) admitem que dificilmente haverá uma única definição para qualidade; mesmo assim, todos os profissionais envolvidos com o cuidado em saúde devem ser responsáveis e comprometidos com o trabalho permanente de definir e medir a qualidade da assistência.

Sabe-se que a adoção dos princípios de gerenciamento da qualidade colaborou com a sistematização da assistência e, também, com a qualificação do pessoal de enfermagem, até chegar à informatização e à incorporação de tecnologia. Então, é necessário, para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem, que os instrumentos de medição e avaliação reflitam qualitativa e quantitativamente o cuidado prestado (FELDMAN, 2002).

Nessa perspectiva, a enfermagem pode contribuir identificando, na sua área de atuação, os principais elementos [dados] de qualidade e resolutividade para as ações aplicáveis aos atributos do processo do

cuidado, num procedimento de avaliação da qualidade da assistência prestada nas instituições de saúde. Como a documentação do cuidado prestado é parte da responsabilidade do enfermeiro, o registro desse cuidado deve facilitar e propiciar a continuidade do atendimento, razão pela qual deve incluir as informações necessárias para a avaliação do atendimento prestado pelo profissional.

Qualidade em saúde tem sido o foco de atenção de pesquisadores, gestores e de todos que praticam o atendimento à saúde da população, em decorrência da conscientização de que as instituições de cuidado devem preocupar-se com a melhoria e o desenvolvimento contínuo das áreas assistencial, tecnológica, administrativa e econômica, além da responsabilidade ética e social (FELDMAN, 2002). Organizações e centros específicos, com abrangência nacional e internacional, têm sido criados para controlar e promover a qualidade de assistência à saúde oferecida pela estrutura de serviços.

A partir de 1950, o Colégio Americano de Cirurgiões, através de parcerias com o Colégio Americano de Clínicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica Canadense, criou a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Essa comissão, a partir de 1987, teve seu nome modificado para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), com a intenção de ir além do trabalho hospitalar e atingir outras instituições de assistência à saúde (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Nos últimos tempos, a JCAHO tem privilegiado a ênfase na assistência clínica, através do monitoramento de indicadores de desempenho institucional, e assumido o papel de educador, através da atividade de consultoria e publicação de normas, padrões e recomendações (FELDMAN, 2002).

Segundo Feldman (2002), nos conceitos mais modernos, o termo *qualidade* é descrito como um fenômeno que deve ser entranhado na própria cultura da instituição, envolvendo todos os participantes estando presente em todos os momentos do processo produtivo.

Donabedian (1990), estudioso da avaliação da qualidade, considera que a *qualidade do cuidado* deve ser julgada pela sua conformidade com o conjunto de expectativas ou padrões que derivam de três fontes: (a) a *ciência do cuidado em saúde*, que determina a eficácia, (b) os *valores e expectativas individuais*, que determinam a aceitabilidade, e (c) os *valores e expectativas sociais*, que determinam a legitimidade.

Para o autor (*idem*, 1980), um conceito unificado que expressa a qualidade do cuidado em saúde apresenta “o melhor cuidado como sendo aquele que maximiza o bem-estar do paciente, levando em conta o balanço dos ganhos e perdas esperados que acompanham o processo do cuidado em todas as etapas” (p. 5-6). Baseando-se na Teoria de Sistemas, Donabedian propôs a tríade *estrutura, processo e resultado* como abordagem para avaliação da qualidade em saúde. O componente *estrutura* corresponde aos recursos necessários ao processo assistencial (área física,

pessoal [número, tipo e qualificação], recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos). O componente *processo* abrange as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, relacionadas à utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos, incluindo o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, o diagnóstico em si e os cuidados prestados. O componente *resultado*, por sua vez, refere-se às conseqüências da assistência prestada, refletindo as mudanças observadas no estado de saúde do paciente – na capacidade funcional restaurada ou alívio do sofrimento – e o grau de satisfação do paciente ou cliente.

Ainda para Donabedian (1990) os sete pilares ou atributos que sustentam a qualidade do cuidado de saúde, e pelos quais se reconhece e se julga são:

- a) eficácia – capacidade da arte e ciência produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
- b) efetividade – medida de melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;
- c) eficiência – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;



- d) otimização – relação entre custo e benefício mais favorável. Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos;
- e) aceitabilidade – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado;
- f) legitimidade – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. Conformidade com as preferências sociais;
- g) eqüidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. É parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Sendo assim, a qualidade não é julgada somente em termos técnicos ou pela prática assistencial, mas por um conjunto de elementos que envolvem aspectos individuais e sociais no estabelecimento deste juízo de valor.

Então, pode-se dizer que a abordagem referida trabalha com informações que devem ser precisas, confiáveis e acessíveis, de modo a permitir a avaliação do efeito do cuidado de saúde sistematizado, possibilitando o estabelecimento de indicadores específicos para cada um dos componentes considerados. Além disso, avaliar a qualidade do cuidado, como salienta Donabedian (2001a), “[...] *tem que produzir uma análise profunda das responsabilidades dos profissionais da saúde com a assistência prestada ao indivíduo e a sociedade*” (p. 86).

### 3.3. Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*)

Inicialmente proposto por Werley, o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*) é assim definido:

Um conjunto mínimo de itens [ou elementos] de informações com definições e categorias uniformes a respeito das especificidades do profissional de enfermagem, que atende as necessidades de informação de múltiplos usuários de dados no sistema de cuidado em saúde. [...] É um sistema, ou ferramenta, desenhado para a coleção uniforme, padronizada, permitindo comparação de dados mínimos de enfermagem para uso através de vários tipos de cenários e grupos de pacientes (WERLEY; LANG, 1988; WERLEY; DEVINE; ZORN, 1988; WERLEY *et al.*, 1991).

Para Werley *et al.* (1991), a difusão do *NMDS* facilita a descrição, a avaliação e a comparação das práticas em locais onde os cuidados de enfermagem são executados. Para divulgar a descrição das práticas de enfermagem, no entanto, é necessário usar um sistema comum de linguagem para descrever os elementos do *NMDS*. Entre os benefícios apontados para a enfermagem, destaca-se o aperfeiçoamento de dados para a avaliação da qualidade prestada e o fato de que, enquanto base de dados, ela pode beneficiar grandes áreas da enfermagem, a saber: assistência, gerenciamento, pesquisa e desenvolvimento de política dos cuidados em saúde (WERLEY; LANG, 1988; WERLEY; DEVINE; ZORN, 1988; WERLEY *et al.*, 1991; GOOSSEN *et al.*, 1998; MARIN *et al.*, 2000; DELANEY; MOORHEAD, 1995).

O *NMDS* foi desenvolvido em 1985 a partir de um consenso de 64 especialistas que participaram da Conferência sobre o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de Wiscosin-Milwaukee. Os participantes incluídos no grupo de consenso foram: enfermeiras especialistas em várias áreas, especialistas em políticas de saúde, especialistas em registros de dados em saúde e sistemas de informação, proprietários de instituições privadas ou públicas e profissionais com conhecimento anterior sobre o desenvolvimento do conjunto de dados essenciais de saúde (WERLEY *et al.*, 1991).

A proposta do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem apresentava como objetivos: (a) estabelecer um mecanismo que facilitasse a comparação dos dados de enfermagem entre populações clínicas, contextos (cenários, ambientes), áreas geográficas e tempo; (b) descrever os cuidados de enfermagem com clientes e seus familiares numa variedade de contextos (cenários, ambientes); (c) demonstrar ou projetar tendências com referência ao cuidado de enfermagem fornecido e alocação de recursos para indivíduos ou populações de acordo com seus problemas de saúde ou diagnósticos de enfermagem; (d) estimular a pesquisa em enfermagem utilizando os elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem; e (f) fornecer dados sobre cuidados de enfermagem para influenciar e facilitar as tomadas de decisão em políticas de saúde (WERLEY; LANG, 1988; WERLEY; DEVINE; ZORN, 1988; WERLEY *et al.*, 1991).

Os dezesseis elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem são divididos em três categorias:

- itens demográficos do cliente ou pacientes;
- itens do cuidado de enfermagem;
- itens do serviço.

Os elementos de itens demográficos do cliente ou pacientes são definidos como as características que definem os aspectos básicos do indivíduo ou cliente e a população a que pertence. Estão incluídos aqui os dados de identificação pessoal (número de identificação único ou número de seguridade social), os dados de data de nascimento (mês, dia e ano de nascimento), os dados de sexo (masculino, feminino, indeterminado), os dados de raça e etnia (raça: branco, preto, asiático ou Ilhas do Pacífico, índio americano, esquimó, e outro; etnia: origem espanhola ou hispânica, origem não espanhola ou não hispânica); e os dados de residência (código postal ou código de residência estrangeira) (WERLEY; LANG, 1988).

Os elementos de itens do cuidado de enfermagem, derivados do processo de enfermagem, são definidos como a maneira sistematizada de determinar as necessidades do cliente ou paciente para o cuidado de enfermagem, planejando e implementando um plano para atender essas necessidades, e de avaliar o grau de efetividade do plano no atendimento pelos resultados identificados. Estão incluídos aqui os dados de diagnóstico de enfermagem (descrição do diagnóstico atual), os dados de intervenção de enfermagem (descrição da intervenção baseada em sete categorias de classificação – ou seja, observação, medidas terapêuticas, medidas de conforto, tratamento e/ou procedimento, apoio emocional, educação em

saúde, coordenação da equipe – e descrição da intervenção com base em dezesseis categorias de classificação – isto é, monitorização, atividades da vida diária, conforto, manutenção das funções vitais, execução do cuidado terapêutico, medicações, procedimentos invasivos, apoio emocional, educação em saúde, coordenação e colaboração do cuidado, medidas de proteção, supervisão da equipe, medidas de prevenção, promoção do meio ambiente terapêutico, controle do balanço nutricional e hidro-eletrolítico, atividades terapêuticas), os dados de resultados de enfermagem (estado de resolução dos diagnósticos de enfermagem – resolvido, não resolvido, transferido ou encaminhado para) e os dados de intensidade do cuidado de enfermagem (total de horas do cuidado de enfermagem, equipe de enfermagem envolvida) (WERLEY; LANG, 1988). Para abrigar a diversidade de sistemas de classificação para os diagnósticos e intervenções de enfermagem, os autores do *NMDS* sugerem a taxonomia da *NANDA* (*North American Nursing Diagnosis Association*) e o Sistema de Classificação de *OMAHA* (*OMAHA Classification System*), ou outros sistemas de classificação reconhecidos (WERLEY *et al.*, 1991; WERLEY; LANG, 1988).

Huber, Schumacher e Delaney (1997) apontam que, em relação ao elemento intensidade, componente do item cuidado de enfermagem no *NMDS*, faltou padronização na definição e medida, razão pela qual o formato proposto não captura os dados necessários ao gerenciamento de enfermagem. As autoras também sugerem algumas implementações para o *NMDS*: como linguagem padronizada para o diagnóstico de enfermagem, elas indicam a Classificação de Problemas do Paciente desenvolvida pela

*NANDA* e três componentes do Sistema *OMAHA*; como linguagem padronizada para as intervenções de enfermagem, elas recomendam o Sistema *OMAHA*, a Classificação do Cuidado de Enfermagem Domiciliar (*Home Healthcare Classification*, hoje *Clinical Care Classification*) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*); e como linguagem padronizada para os resultados de enfermagem, elas sugerem a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcome Classification – NOC*), ou seja, vocabulários de enfermagem reconhecidos pela Associação Americana de Enfermeiros (*American Nurses Association – ANA*).

Os elementos de itens do serviço são definidos como aqueles itens que ligam o profissional do cuidado ao local do serviço de saúde e que ressaltam as informações específicas ao longo do tratamento. Estão incluídos aqui os dados sobre o número da agência do serviço de saúde, o número de registro único de saúde do cliente ou paciente, o número de registro único da enfermeira que prestou o cuidado, os dados de data de admissão (mês, dia e ano); os dados de alta (mês, dia e ano); os dados de encaminhamento do paciente ou cliente (alta para casa, alta para casa com encaminhamento para um serviço de enfermagem comunitária, alta para casa com orientações para retornar ao ambulatório de enfermagem, transferência para hospital-dia, transferência para instituição de longa permanência, morte, e outro) e os dados sobre o tipo de pagamento pelo serviço prestado (nome da companhia de seguro de saúde, se o pagamento

é feito pelo governo ou particular, se o atendimento não tem custo e outro) (WERLEY; LANG, 1988).

Para Goossen *et al.* (1998), cinco aspectos são importantes com respeito ao Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem: (a) os dados essenciais necessitam ser identificados, com as variáveis desejadas sobre a informação; (b) cada variável precisa ser definida com precisão – o que é e o que não é; (c) o universo de valores possíveis para cada variável ou dado deve ser determinado – em enfermagem, esses valores, por exemplo, podem ser listados pelas terminologias acordadas; (d) o atual dado do paciente pode ser documentado no registro do paciente com o uso apropriado de terminologias, em particular para variáveis; e (e) esses dados do paciente dos registros individuais podem ser totalizados e codificados dentro das bases de dados para diferentes propostas de gerenciamento, pesquisa e criação das políticas para o cuidado em saúde.

Em relação ao significado do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem para a profissão de enfermagem e o cuidado em saúde, Delaney e Moorhead (1995) fazem a seguinte consideração:

[...] quando todos os elementos de cuidado de enfermagem do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem estão disponíveis, o relacionamento entre os problemas do paciente, as intervenções, os resultados e os recursos utilizados pode ser determinado. [...] A acessibilidade aos dados do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem é fundamental para construir conhecimento na prática de enfermagem, para medir a contribuição da enfermagem ao sistema de cuidado em saúde e para fornecer dados para determinar os custos desta contribuição para o indivíduo e sociedade (p.24).



Conforme já mencionado, a iniciativa de desenvolver o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem começou nos Estados Unidos. A partir daí, diferentes propostas e usos têm sido apresentado na literatura por diferentes pesquisadores oriundos de diversos países (WERLEY; LANG, 1988; WERLEY *et al.*, 1991; HUBER; SCHUMACHER; DELANEY, 1997; GOOSSEN *et al.* 1998; RANTZ *et al.*, 1999; GOOSSEN *et al.*, 2000; VOLRATHONGCHAI; DELANEY; PHUPHAIBUL, 2003; FAHRENKRUG, 2003). Os conjuntos de dados propostos têm similaridades e diferenças em termos de dados (elementos) e suas definições, mas todos incluem a maioria dos elementos de cuidado de enfermagem do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem. O que parece inquestionável é o que todos têm em comum, o potencial de tornar visível o processo de trabalho dos enfermeiros.

Atualmente, um grupo de pesquisadores patrocinados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICM*) e pelo Grupo Especial de Interesse de Informática em Enfermagem da Associação Internacional de Informática Médica (*International Medical Informatics Association Nursing Informatics Special Interest Group – IMIA NI SIG*) está atuando para desenvolver e implementar um projeto do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem internacional (*i – Nursing Minimum Data Set*), cujo objetivo é descrever e comparar o cuidado de enfermagem ao redor do mundo.

### 3.4. Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem (*Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS*)

Construído a partir do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem proposto por Werley, o Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem é um conjunto de elementos de dados necessários ao administrador de enfermagem para tomar a decisão no gerenciamento e comparar a efetividade do cuidado, através das instituições (DELANEY; HUBER, 1996; HUBER *et al.*, 1992; HUBER; SCHUMACHER; DELANEY, 1997).

Esse projeto iniciou em 1989, com as pesquisadoras principais Huber e Delaney. Os conceitos usados para o desenvolvimento do *NMMDS* incluem as idéias clássicas de Donabedian (1980) sobre estrutura, processo e resultados como componentes de qualidade, o Modelo de Administração de Enfermagem da Escola de Iowa<sup>7</sup> e o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem de Werley e Lang (1988) (HUBER; SCHUMACHER; DELANEY, 1997).

Delaney e Huber (1996) apontam que as variáveis dessa estrutura de base de dados têm seu foco no nível da unidade/serviço de enfermagem. A partir desse, os dados podem ser combinados com variáveis construídas pelo próprio sistema de informação da instituição, rede de trabalho ou outras bases de dados.

---

<sup>7</sup> GARDNER, D.L; KELLY, K.; JOHNSON, M.; McLOSKEY, J.C.; MAAS, M. Nursing administration model for administrative practice. **J Nurs Adm.** 1991; 21(3): 37-41. Citado por Huber, Schumacher e Delaney (1997).

Os dezessete elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem são divididos em três categorias (DELANEY; HUBER, 1996).

- ambiente;
- recursos de enfermagem;
- recursos financeiros.

A categoria ambiente contém nove variáveis conforme o contexto do ambiente de cuidado oferecido que o enfermeiro avalia, coordena, lidera e gerencia. Estão incluídos aqui: (1) dados sobre o tipo de unidade/serviço de enfermagem (nome e identificação do serviço, nível de atendimento, tipo de atendimento prestado, área ou unidade de assistência prestada); (2) dados sobre o tipo de paciente/cliente e população atendida (características, incluindo a especialidade, o tipo de interação e o tipo de atendimento prestado pelo serviço de enfermagem à população); (3) dados sobre o volume do cuidado de enfermagem oferecido na unidade/serviço (quantidade de profissionais e disponibilidade do serviço para o atendimento de enfermagem individual, familiar, grupo ou comunidade); (4) dados sobre a acreditação do cuidado de enfermagem oferecido na unidade/serviço (reconhecimento do tipo de cuidado de enfermagem oferecido na unidade ou serviço por um órgão de acreditação reconhecido); (5) dados sobre a participação decisional (relacionados ao tipo de poder na tomada de decisão na organização); (6) dados sobre a complexidade do ambiente (relacionados aos fatores de impacto do serviço ou unidade de enfermagem no ambiente);

(7) dados sobre o acesso geográfico dos pacientes/clientes (tempo e distância necessários para o deslocamento da enfermagem ou do paciente/cliente para receber o cuidado oferecido); (8) dados sobre o método empregado no cuidado oferecido (método predominante do tipo de organização do serviço oferecido e responsabilidade pelo cuidado prestado por paciente/cliente); e (9) dados sobre a complexidade da tomada de decisão clínica (graus de rotina, uniformidade, preditibilidade e conhecimento, envolvidos no cuidado de enfermagem oferecido; considerações são dadas à freqüência das atividades e aos procedimentos necessários para o bom entendimento dos profissionais do cuidado). Assim, é possível contabilizar o ambiente em que o cuidado é oferecido, de modo contabilizado de modo a permitir o exame de sua influência na qualidade e no resultado de outros dados.

A categoria recursos de enfermagem inclui quatro variáveis essenciais, que descrevem aspectos dos recursos humanos para o cuidado de enfermagem oferecido aos clientes/pacientes: (1) dados do perfil demográfico de gerenciamento (unidade ou serviço de enfermagem de referência, profissional de enfermagem administrativo de plantão, número e código do administrador / gerente responsável); (2) dados da equipe de enfermagem e do suporte de pessoal (número de profissionais da equipe de enfermagem disponíveis para o atendimento direto ou indireto à população); (3) dados do perfil demográfico da equipe de enfermagem (perfil da formação e experiência da equipe de enfermagem); e (4) dados de satisfação da equipe de enfermagem que oferece o cuidado (porcentagem

derivada da classificação dos relatos positivos ou negativos apontados pelos profissionais do cuidado em relação ao seu trabalho). A informação derivada destes dados pode ser usada para planejar estratégias e intervenções para melhorar o componente humano do sistema de cuidado de saúde oferecido.

Por fim, a categoria recursos financeiros, que também conta com quatro elementos: (1) dados do tipo de pagamento (tipo de pagamento para cada cuidado prestado pela unidade ou serviço de enfermagem, total da enfermagem e total do seguro de saúde); (2) dados do tipo de reembolso (distribuição e fórmula de pagamento para os serviços prestados pela unidade ou serviço de enfermagem); (3) dados do orçamento do cuidado de enfermagem por unidade/serviço (total anual do orçamento da organização destinado ao tipo de cuidado oferecido pelo serviço ou unidade de enfermagem comparado ao total anual alocado); e (4) dados de custo (custo direto e indireto por cuidado de enfermagem prestado por ano). As variáveis dessa categoria proporcionam um maior número de dados básicos necessários para descrever o nível de recursos financeiros de uma organização. Os dados de custo, definidos no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem como os custos diretos e indiretos por unidade/serviço de cuidado de enfermagem por ano, podem contribuir com estratégias de redução de custo (DELANEY; HUBER, 1996; HUBER; SCHUMACHER; DELANEY, 1997).

### 3.5. As Contribuições da Área da Saúde Ocupacional

Discorrer sobre a área da saúde ocupacional é abordar o processo trabalho-saúde-adoecimento. Trata-se de uma tarefa complexa, pois as facetas que envolvem essas inter-relações são amplamente discutidas sob diferentes perspectivas na literatura disponível, bem como suas implicações para a prática de enfermagem.

O trabalho tem sido considerado uma atividade central e indispensável na vida do homem. Ele pode ser considerado o processo de transformar a natureza e produzir os bens necessários para a manutenção da vida. Em geral, os trabalhadores passam mais da metade da sua vida trabalhando, e isso nem sempre é levado em consideração quando se analisam questões ligadas à saúde (FERNANDES, 1998).

Concepções relativas ao trabalho e sua centralidade na vida humana determinam os modos, os ritmos e as relações estabelecidas no processo de trabalho. Segundo Fernandes (1998), o processo de trabalho se constitui de três elementos: a) o objeto de trabalho, que é o material ou matéria-prima que será transformada em produto final; b) o instrumento de trabalho, ou seja, tudo que é usado para transformar o objeto em produto; e c) a atividade de trabalho, que é o uso das capacidades físicas e mentais do trabalhador.

Em cada parte do processo e organização do trabalho, encontram-se causas e efeitos de danos à saúde de homens e mulheres trabalhadores,

resultantes da maneira como os elementos do processo se relacionam. Então, o processo saúde-adoecimento dos trabalhadores pode “ser considerado uma construção diferenciada no tempo e lugar e depende da organização das sociedades” (DIAS, 2000).

A partir dessa perspectiva, pode-se dizer que a posição que os indivíduos ocupam no processo de trabalho ou mesmo o posto de trabalho que ocupam são fatores condicionantes de sua saúde. Portanto, também sob esse aspecto, o trabalho desempenha papel fundamental na vida e na saúde dos indivíduos.

Nos estudos referentes ao tema trabalho e saúde, na sua grande maioria associados às contribuições da Sociologia, identificam-se análises que questionam e discutem a influência dominante do sistema capitalista e sua relação com a complexidade das condições de trabalho e suas conseqüências nas condições de saúde/qualidade de vida dos trabalhadores. A relação corpo-trabalho é considerada intrínseca à lógica capitalista; ela é estruturada em função da utilização diária da força de trabalho, preocupando-se simplesmente com sua manutenção. O adoecimento, portanto, não é correlacionado ao ambiente de trabalho, mas sim aos índices de produtividade.

Assim, o “doente” é submetido ao tratamento medicamentoso ou sintomático para retornar ao trabalho, sem que seja questionada a real causa que desencadeou o adoecimento. A questão socioeconômica é percebida, então, de forma fragmentada, como um dos fatores atuantes no

processo saúde-adoecimento, uma vez que ela interfere na relação empregador (que detém o poder institucional) - trabalhador (que vende sua força de trabalho).

O processo de reestruturação produtiva na globalização da economia, associado às inovações tecnológicas e a novos métodos gerenciais, provocaram o aumento de ritmo, responsabilidades e complexidade das tarefas, que, por sua vez, se traduzem em manifestações de envelhecimento prematuro, aumento das doenças crônico-degenerativas, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e uma crescente carga psíquica e sofrimento mental dos indivíduos (DIAS, 2000).

Atualmente, observa-se um crescente envolvimento das organizações em favor do tema saúde e segurança no trabalho e suas implicações econômicas como resposta às pressões sociais. Elas têm, inclusive, se adequado às regulações e diretrizes das legislações e acordos internacionais vigentes, no que se refere ao problema da falta de qualidade, de não proteção ambiental e da falta de segurança e saúde ocupacional (CARRIERI, 2001).

Essas reflexões levam a concluir que, para compreender as relações entre trabalho, saúde e doença dos trabalhadores, é necessário estabelecer uma associação entre vivência, sofrimento e o processo de adoecimento-trabalho. Essa articulação ou associação pode ser estabelecida por inúmeras interações, nas quais incluem-se tanto aspectos organizacionais e



ambientais quanto as próprias condições de vida do trabalhador (SILVEIRA, 1997; 2000).

No sistema de saúde, existem provedores de atenção à saúde dos trabalhadores. Entre eles, destaca-se a rede pública de serviços de saúde, própria e conveniada com os Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, e a rede privada, que é constituída pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMT), Serviços de Medicina de Grupo, Seguro Saúde, Cooperativas Médicas, entre outros.

A rede pública de serviços de saúde, enquanto prática diferenciada na atenção à saúde do trabalhador, tem como característica o compromisso com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS); assim, ela busca o nexo da doença com o trabalho numa atuação integrada preventivo-curativa, com a participação dos trabalhadores. Com o aumento do desemprego, o SUS passa a representar a única alternativa disponível de cuidado para um expressivo contingente de trabalhadores, com o acréscimo da complexidade decorrente do entrelaçamento de doenças ocupacionais e doenças comuns, agravadas ou modificadas pelo trabalho (DIAS, 2000).

Na rede privada de serviços de saúde, alguns dos provedores são constituídos pelos SEESMT e mantidos pelo empregador. Os SEESMT estão regulamentados pela Norma Regulamentadora<sup>8</sup> n° 4, da Portaria n°

---

<sup>8</sup> As Normas Regulamentadoras - NRs, relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. As disposições contidas nas NRs

3.214, do Ministério do Trabalho, de 8 de junho de 1978, reformulada em 1983 – sobre Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho –, que estabelece parâmetros para a sua criação, finalidades, dimensionamento, de acordo com o risco da atividade principal e o número total de empregados da empresa, e suas competências e atribuições (DIAS, 2000). Ressalta-se que, apesar de criados pelo Ministério do Trabalho e de atender apenas trabalhadores com contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, os SEESMT estão subordinados ao SUS, atendendo a preceitos como *“as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e a colaboração na proteção do ambiente, nele compreendida a do trabalho”* (Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de setembro de 1990).

Uma forma de intervenção na saúde ocupacional é a avaliação de saúde, com o objetivo de promoção e prevenção. Sua implementação sistemática é uma exigência estabelecida no texto da NR-7 (Norma Regulamentadora nº 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, Portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994. Cabe salientar que essa norma não contempla a equipe multidisciplinar da saúde no trabalho, uma vez que estabelece a competência apenas do profissional médico na realização dos exames previstos no item 7.4 da referida norma. O próprio título evidencia a delimitação desse espaço quando utiliza a terminologia “Programa de Controle Médico de Saúde

---

aplicam-se aos trabalhadores e às entidades ou empresas que lhes tomem o serviço (BRASIL, 1995).

Ocupacional”, o que sugere a interpretação de “controle” tanto de parte da equipe quanto dos indivíduos avaliados, no caso, os trabalhadores. Compete, portanto, ao enfermeiro, como integrante da equipe do SESMT, conquistar e assumir, a partir de sua qualificação e competências profissionais, um papel de destaque no processo de avaliação de saúde (SILVEIRA, 1997).

### **3.5.1. A Ação do Enfermeiro na Área da Saúde Ocupacional: Consulta de Enfermagem**

Legalmente, o enfermeiro foi incluído na equipe dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) através da Portaria nº 3.460, de dezembro de 1975, do Ministério do Trabalho. O dimensionamento dos técnicos dos SESMT vincula-se à gradação de risco da atividade principal e ao número de empregados no estabelecimento. Esta legislação estabelece a contratação de um enfermeiro em tempo parcial (mínimo de três horas) para empresas com grau de risco<sup>9</sup> 1 e em tempo integral (seis horas) para empresas com grau de risco 2 a 4 para um número de 3.501 a 5.000 empregados no estabelecimento, com a observação de que, nos estabelecimentos de saúde e similares, esse índice de contratação é de um enfermeiro para mais de 500 empregados (SILVEIRA, 1997; 2000).

---

<sup>9</sup> Grau de risco: a possibilidade ou probabilidade de determinadas atividades em determinados locais provocarem danos à saúde do trabalhador. As atividades, classificadas pelo menor ou maior grau de risco (grau 1, 2, 3), são listadas conforme estabelecido na NR-4 (Norma Regulamentadora - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, Portaria nº 34 (DOU 20/12/83) (BRASIL, 2004).

O exercício das atividades profissionais na área da saúde ocupacional depende do registro no Ministério do Trabalho para os enfermeiros com diploma de graduação, e da comprovação de conclusão de especialização em Enfermagem do Trabalho, sendo então necessariamente legitimado por um curso de pós-graduação.

Sabendo-se que, quanto mais avança o nível de conhecimento, menor é o número de profissionais em exercício na enfermagem, não é difícil deduzir que, além de haver um número reduzido de vagas no mercado de trabalho, o número de enfermeiros especialistas ser ainda inferior ao necessário para que esses poucos espaços sejam ocupados. Esse talvez seja um fato que explique o ritmo lento dos avanços da enfermagem na saúde ocupacional no Brasil (SILVEIRA, 1997).

Entre as funções do enfermeiro na saúde ocupacional, vale destacar as áreas clássicas: assistencial, administrativa, educativa e de pesquisa. Além dessas, a função de integração é muito importante, pois, conforme afirma Bulhões (1986), a prática do enfermeiro do trabalho comporta todas as funções citadas, conquanto algumas delas possam preencher com mais frequência o universo do exercício profissional.

Por outro lado, muitas vezes a presença do trabalhador no plano de ação ou de intervenção do enfermeiro não é encontrada ou destacada. Sua atuação fica restrita e limitada ao atendimento e prestação de cuidados em casos de intercorrências clínicas e acidentes, ao levantamento de dados epidemiológicos, aos registros, aos relatórios e às atividades educativas

referentes a palestras e cursos de prevenção e promoção da saúde coletiva de trabalhadores (SILVEIRA 1997; 2000).

Quando intervém na área da saúde dos trabalhadores, o enfermeiro, assim como os outros profissionais, interfere na relação empregador – trabalhador. Então, o modo como o enfermeiro pode intervir sem omissão nessa relação tangencia a perspectiva ético-profissional adotada na tentativa de articular o meio ambiente, o ser humano e as relações sociais.

Uma das formas de intervenção do enfermeiro que confronta os aspectos apontados até aqui é a consulta de enfermagem. Trata-se de uma forma de intervenção própria do enfermeiro, regulamentada e legitimada pelo Decreto nº 94.496, de 08 de junho de 1987, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1990).

As atividades ambulatoriais desenvolvidas pelo enfermeiro caracterizam-se como independentes e legais dentro da profissão e como planejadas e integradas com as ações de saúde dos demais profissionais da equipe (VANZIN; NERY, 1996).

Para Haag, Lopes e Schuck (2001), a consulta de enfermagem

é uma atividade realizada exclusivamente por enfermeiro, interagindo com o trabalhador, de forma global e individualizada, identificando problemas, planejando, prescrevendo, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo (p. 31).

Com base em Vanzin e Nery (1996) e Silveira, Maciel e Souza (2005), são descritas aqui as cinco etapas que compreendem a consulta de

enfermagem, a saber: plano prévio, entrevista e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados ou conduta e evolução de enfermagem.

- 1ª etapa - PLANO PRÉVIO - Como método didático, serve para esquematizar a operacionalização da consulta de enfermagem antes do encontro com o cliente. Envolve a análise do prontuário do cliente, com a finalidade de realizar um estudo inicial da situação, para conhecimento das condições de saúde do indivíduo atendido pelo enfermeiro. Os tópicos do plano prévio incluem: (a) os dados de identificação do cliente/paciente específicos para a área da consulta; (b) os problemas identificados e os diagnósticos de todos os profissionais envolvidos no cuidado, os resultados de exames laboratoriais, radiológicos e outros específicos para a área de consulta; (c) o(s) objetivo(s) da consulta a ser realizada a partir da priorização dos problemas identificados e/ou do plano futuro elaborado na consulta anterior nos casos de consulta de retorno; e (d) o plano de ação frente ao objetivo traçado para a consulta, o qual oferece subsídios para a entrevista.
- 2ª etapa - ENTREVISTA E EXAME FÍSICO - A entrevista envolve o levantamento de dados pessoais do trabalhador e da família relacionados à sua saúde e necessidades básicas (hábitos de vida, antecedentes mórbidos, imunizações), dados laborais (ocupação, posto, setor de trabalho, relações de trabalho, número de horas que trabalha, ambiente, utilização de

equipamentos de proteção individual, organização do trabalho) e dados implicados no diagnóstico, exame físico e laboratorial específicos. Utilizando a técnica da observação, deve-se alertar que é preciso ver, ouvir, perceber e interpretar (verbalmente ou por escrito) aquilo que constitui o alvo no momento. O exame físico, por sua vez, inclui mensuração de sinais vitais, estatura e peso e a aplicação de técnicas como inspeção, palpação, percussão e ausculta. Destina-se a identificar evidência física de capacidade e/ou incapacidade funcional apresentada pela clientela atendida; requer distinção precisa entre sinais normais e anormais, bem como variações do normal entre os clientes e graus de normalidade num mesmo cliente.

- 3ª etapa - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - O diagnóstico de enfermagem envolve um processo de análise e interpretação das informações obtidas visando à tomada de decisão sobre a avaliação da saúde da clientela. A avaliação, por ser um processo contínuo, pode implicar mudanças no diagnóstico, que por sua vez pode induzir alterações no plano de cuidados de enfermagem.
- 4ª etapa - PLANO DE CUIDADOS/CONDUTA - O plano de cuidados visa, a partir do diagnóstico, planejar, implementar e avaliar os cuidados prestados ao cliente, incluindo educação em saúde para o autocuidado, orientação alimentar e medicamentosa, indicação de exames laboratoriais, bem como

encaminhamentos para outros profissionais. Ou seja, é a etapa em que a intervenção de enfermagem se concretiza. Intervenção de enfermagem é definida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2002) como a “ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”.

Nesta etapa, será necessário negociar, fazer contratos, desenvolver uma aliança terapêutica, retomar combinações anteriores, buscando a adesão ao tratamento. No fechamento da consulta, o enfermeiro deve reforçar as combinações já realizadas e marcar o retorno.

- 5ª etapa – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - A evolução de enfermagem compreende o acompanhamento e análise da situação de saúde do cliente, em termos da resolução ou não dos problemas identificados, face às ações implementadas pelo enfermeiro, cliente e família. Os dados colhidos deverão ser registrados no prontuário (em papel ou eletrônico) do cliente, devendo conter anotações descritivas, claras, sucintas, completas, exatas e objetivas e abranger todas as etapas do processo.

No campo da saúde ocupacional, a consulta deve se adequar à relação trabalho-saúde-adoecimento, para que o enfermeiro, nas suas ações e intervenções, contribua efetivamente com a qualidade de vida e trabalho



do cliente. Durante a consulta de enfermagem, ao correlacionar os dados objetivos e subjetivos captados para identificar os problemas ou as condições desencadeantes de desequilíbrios à saúde, o profissional busca um conjunto de dados (elementos) que possam sustentar a tomada de decisão, tendo como meta a solução do(s) problema(s) apresentado(s) pelo cliente.

A consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional é, em síntese, uma assistência individual que resgata elementos fundamentais para o acompanhamento das condições de saúde e de exposição dos trabalhadores a fatores nocivos e a situações organizacionais desencadeantes de danos à sua saúde mental e física, subsidiando o planejamento e as intervenções nessa área, com base nas informações apuradas e documentadas (SILVEIRA, 1997; 2001).

Concluindo, as proposições ou medidas específicas de prevenção, de controle e de promoção da saúde podem ser utilizadas nas intervenções de enfermagem a partir dos dados coletados. Assim, o quadro das condições de vida e de trabalho pode ser entendido, e o profissional terá maior potencial para contribuir na definição dos problemas de saúde do(s) trabalhador(es) e, conseqüentemente, na implementação da intervenção nesse campo.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1. Delineamento do Estudo**

Estudo descritivo retrospectivo, inserido na linha de pesquisa de Informática, Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde e Enfermagem, no eixo temático sobre Sistemas de Informação em Enfermagem: descritivo por ter a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos do objeto em estudo, e retrospectivo porque se tratar de um tipo de investigação *ex post facto* em que o fenômeno observado no presente é vinculado ao fenômeno ocorrido no passado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

LoBiondo-Wood e Haber (2001) complementam: “[...] nos estudos retrospectivos, a variável dependente já foi afetada pela variável independente e o investigador tenta ligar acontecimentos presentes com os que aconteceram no passado” (p. 115).

## 4.2. Local e População do Estudo

Os dados utilizados neste estudo foram extraídos dos prontuários dos clientes atendidos no Ambulatório do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), cadastrados na agenda de Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO).

O HCPA, desde 1997, vem implantando um sistema computacional corporativo com aplicativos para gestão hospitalar (AGH) que conta com recursos informatizados para realizar os principais processos assistenciais. Ele disponibiliza dados coletados a partir dos registros da identificação de pacientes, do atendimento ambulatorial (administrativo), dos serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, da internação, da prescrição médica e de enfermagem, dos sumários médicos de alta e óbito, do agendamento e realização de cirurgias. Esses aplicativos foram desenvolvidos em arquitetura cliente-servidor com gerenciador de banco de dados *Oracle®* com mais de 1.500 tabelas relacionais, atualizadas através do sistema corporativo disponível em 1.300 pontos de rede e acessado por 4.000 usuários, que atualizam os dados no momento em que são gerados. Em 2002, o hospital consolidou o ambiente de informações gerenciais (GI), com um servidor IBM com tecnologia da *Microsoft.NET®*, utilizando *Data Transform Service (DAT)* e estações-cliente com software *Office XP®*, para que os profissionais responsáveis pela gestão hospitalar pudessem acessar, processar e analisar dinamicamente as informações relevantes de suas áreas e de toda a

instituição, através de uma única interface. Esse ambiente, que abrange informações referentes à produção assistencial, indicadores de qualidade assistencial, finanças e suprimentos, está disponível para cerca de 130 usuários que atuam como gestores de áreas assistenciais e administrativas, ou seja, dirigentes médicos e de enfermagem, chefes de serviços e de seções, coordenadores de áreas de comissões clínicas e gerentes. Os demais profissionais podem ter acesso a esses dados através de microcomputadores em rede à disposição no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) (REVISTA DO CLÍNICAS, 2003). Em 2004, foi incluído o aplicativo para o registro eletrônico da consulta no atendimento ambulatorial, no qual médicos, enfermeiros e outros profissionais envolvidos na assistência podem registrar as informações no prontuário do paciente.

O ambulatório do HCPA possui uma atenção específica dentro do sistema de referência em saúde do trabalhador do Ministério da Saúde (MS) e conta com agendas interdisciplinares para atendimento dessa clientela. A agenda de Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO) é vinculada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), para onde os pacientes ou clientes são encaminhados pela equipe médica do Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT). Desde 1989, a programação tem sido de 04 (quatro) consultas por semana. Em outubro de 2001, o ambulatório ampliou esse atendimento para duas agendas semanais, com 04 (quatro) consultas cada, atendidas por professores da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Caracterizando o perfil da demanda atendida na agenda ESO do ambulatório do HCPA, pode-se dizer que são clientes (trabalhadores afastados ou não da atividade de trabalho) com doenças ou danos ocupacionais. Esses trabalhadores, na grande maioria, estão na faixa etária entre 30 e 39 anos, têm renda entre um e cinco salários mínimos, e casa própria. Entre as ocupações prevalentes, encontram-se metalúrgicos, operários de construção civil e operários de fábrica de calçados. As doenças mais prevalentes são as lesões por esforço repetitivo (LER), as osteomusculares, as perdas auditivas, as lesões dermatológicas e as intoxicações.

A documentação da consulta de enfermagem do HCPA está baseada no processo de enfermagem, sendo que o protocolo de coleta de dados iniciais e a evolução de enfermagem possuem formato de registro, adaptado ao sistema Weed (1964), que inclui dados subjetivos, dados objetivos, dados de impressão do enfermeiro e dados da conduta de enfermagem.

A escolha do local e da população do estudo se deu pelo fato de a pesquisadora desenvolver atividades de integração docente-assistencial na área de enfermagem do trabalho junto a esse grupo de clientes. Cabe ressaltar que o ambulatório do HCPA é também utilizado como campo de estágio da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul conforme cronograma acadêmico, caracterizando-se, assim, como um espaço em que estão integradas atividades de ensino, pesquisa e assistência.

### 4.3. Variáveis em Estudo

As variáveis em estudo compreendem os elementos essenciais na área da saúde ocupacional. As categorias consideradas como base para a análise dos registros sistemáticos de consultas de enfermagem foram aquelas incluídas no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem e no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem, a saber: itens demográficos do paciente/cliente, itens do cuidado de enfermagem, itens do serviço, itens do ambiente, itens de recursos de enfermagem e itens de recursos financeiros. Para atender a especificidade da área de saúde ocupacional, foram incluídas no estudo variáveis da história ocupacional, de saúde e segurança ocupacional, de anamnese e exame físico, de exames complementares e de monitoramento ambiental para avaliar exposição no ambiente de trabalho aos agentes de risco.

#### 4.4. Métodos de Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no período compreendido entre junho e dezembro de 2004, a partir dos registros sistemáticos de enfermagem realizados no ambulatório e nos registros da base de dados da instituição. Foram assim selecionados, por amostragem do tipo não-probabilística por conveniência, 106 prontuários de clientes atendidos na agenda de Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO) do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SESP/HCPA). Nesses prontuários, foram identificados 777 registros de consultas de enfermagem, sendo 84 registros de primeira consulta e 693 registros de consultas de retorno entre agosto de 1998 e agosto de 2003.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), os *registros* (registros hospitalares, formulários do plano de atendimento, entre outros) são uma importante fonte de dados para os pesquisadores em enfermagem, como fontes de informações tanto em estudos qualitativos como em estudos quantitativos.

A forma de registro da consulta está baseada nas fases do processo de enfermagem que é reconhecido na instituição como método para coletar e documentar as informações do paciente. O formato de registro, como já mencionado, é constituído por dados subjetivos, dados objetivos, interpretação e conduta, combinando assim dados obtidos através de entrevista e exame físico e dados obtidos através dos resultados laboratoriais e diagnósticos clínicos. A partir deste formato de registro, foi

utilizado um roteiro não estruturado para coleta de dados que incluiu os principais elementos a serem identificados pelas variáveis em estudo descritas anteriormente.

Em uma segunda etapa, um instrumento para pesquisa de avaliação de especialistas na área da saúde ocupacional foi estruturado e revisado criticamente por dois consultores especialistas na área, para ser apresentado na fase do exame de qualificação. Este pré-teste serviu como um ensaio para determinar se o instrumento fora formulado com clareza, sem parcialidade e com utilidade para gerar as informações desejadas neste estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A partir disso, o instrumento definitivo foi submetido a oito consultores, a fim de ser analisado o grau de concordância, pertinência e prioridade dos dados selecionados no domínio do conteúdo do modelo proposto no final deste estudo. Este instrumento está apresentado no Anexo A deste volume.

O critério de inclusão dos consultores foi terem especialização na área da saúde ocupacional e experiência de mais de cinco anos na área. Cada consultor participante do estudo recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), a fim de informar sobre sua disponibilidade em participar do mesmo, e deveria dispor-se a avaliar e devolver o instrumento ao pesquisador no prazo de 15 dias. Essa etapa cumpriu a função de validação do conteúdo baseada em julgamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).



Para atender o último objetivo específico deste estudo, foram realizados testes preliminares com o roteiro proposto, observando adequação e pertinência, a partir dos registros de consultas de enfermagem disponibilizados pelo sistema de informação da instituição. Como dito anteriormente, o HCPA possui um sistema computacional corporativo com aplicativos para gestão hospitalar (AGH) que conta com recursos para realizar os principais processos assistenciais informatizados.

Assim, nesta fase de análise, foi selecionada uma amostra, também por conveniência, de 19 registros eletrônicos de consultas de enfermagem de pacientes atendidos na agenda de Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO) do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SESP/HCPA), no mês de março de 2006. Essa análise pretendeu cumprir a função de verificar se o instrumento utilizado estava medindo o que está sendo proposto no construto deste estudo.

#### 4.5. Análise dos Dados

Foram considerados para análise estatística os dados contidos nos registros de primeira consulta e de consultas de retorno de enfermagem da agenda ESO, encontrados dentro do intervalo de tempo definido neste estudo, ou seja, no período de agosto de 1998 a agosto de 2003. É importante ressaltar que os registros de primeira consulta que estavam fora do intervalo estabelecido não foram incluídos no estudo. Os termos utilizados foram transcritos a partir deste formato de registro observado nos prontuários, como já mencionado, respeitando a linguagem natural/local.

Com vistas a atender a seleção dos termos utilizados a partir dos registros de consulta de enfermagem para a identificação de elementos essenciais que possibilitem a construção de um conjunto de dados mínimos na área da saúde ocupacional, foram consideradas as seguintes categorias e elementos com base nos conceitos de Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (Nursing Minimum Data Set – NMDS) (WERLEY; LANG, 1988) e de Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem (Nursing Management Minimum Data Set – NMMDS) (DELANEY; HUBER, 1996):

- Categoria “itens demográficos do paciente/cliente”: elementos de identificação do paciente/cliente;
- Categoria “itens do cuidado de enfermagem”: elementos de anamnese e exame físico, elementos de diagnóstico de

- enfermagem, elementos de intervenções de enfermagem, elementos de resultados de enfermagem, elementos de intensidade do cuidado de enfermagem;
- Categoria “itens do serviço”: elementos da unidade ou serviço, elementos de registro único do paciente/cliente, elementos do profissional enfermeiro, elementos de data admissão/alta do paciente/cliente, elementos de encaminhamento do paciente/cliente;
  - Categoria “itens da saúde ocupacional”: elementos da história ocupacional, elementos de fatores de risco ambiental, elementos de saúde e segurança ocupacional;
  - Categoria “ambiente”: elementos do tipo de unidade/serviço de enfermagem, elementos do tipo de paciente/cliente e população atendida, elementos do volume de cuidado de enfermagem, elementos de acreditação do cuidado de enfermagem, elementos de participação decisional, elementos de complexidade do ambiente, elementos de acesso geográfico do paciente/cliente, elementos do método de cuidado de enfermagem, elementos de complexidade da tomada de decisão clínica;
  - Categoria “recursos de enfermagem”: elementos do perfil demográfico de gerenciamento, elementos da equipe e suporte de enfermagem, elementos do perfil demográfico da equipe de enfermagem, elementos de satisfação da equipe de enfermagem;

- Categoria “recursos financeiros”: elementos do tipo de pagamento, elementos do tipo de reembolso, elementos do orçamento do cuidado de enfermagem por unidade/serviço, elementos de custo.

Os resultados encontrados foram categorizados e tratados pelo *Excel for Windows*® e *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*® para análise descritiva (frequência e percentuais) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; WAGNER; MOTTA; DORNELLES, 2004). Após a categorização e definição dos elementos identificados, apresenta-se um conjunto de dados essenciais na área da saúde ocupacional.

#### 4.6. Aspectos Éticos

Para que todo o conjunto de atitudes e comportamentos humanos facilitasse o desenvolvimento desta proposta, os procedimentos implicados nas exigências éticas do trabalho de pesquisa foram respeitados.

A partir desse entendimento, os aspectos éticos que permearam o estudo foram: o consentimento formal das instituições envolvidas (Comitê de Ética e Pesquisa) (Anexos C e D), o termo de compromisso para utilização de dados (Anexo E), o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e o anonimato das informações recebidas.

## ***5. RESULTADOS E DISCUSSÃO***

Optou-se por apresentar os resultados da coleta de dados deste estudo em três etapas, seguidos de discussão simultânea. A Etapa 1 apresenta os resultados obtidos na identificação pelas variáveis em estudo das categorias e elementos na documentação de enfermagem analisada; a Etapa 2 apresenta o elenco de dados essenciais selecionados a partir dos resultados da etapa anterior como tentativa inicial de construção do conjunto de dados; e a Etapa 3 apresenta os resultados da avaliação do roteiro de identificação de dados essenciais por especialistas e da realização de testes preliminares do construto.

### 5.1. Etapa 1: Categorias e Elementos Identificados na Documentação de Enfermagem

Algumas definições em relação ao referencial de sistemas de informação são necessárias para compreensão da análise apresentada. Entende-se por *categoria* uma descrição sistemática e quantitativa dos resultados verificados no estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Entende-se por *elementos* características que definem os aspectos básicos da categoria a que pertencem e que são constituídos por dados. Entende-se por *dados* fatos não interpretados que têm atributos de valor e tipo sobre uma determinada variável. Entende-se por *variável* qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia e assume diferentes valores (numéricos ou categóricos) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Entende-se por *informação* o produto final do processamento, análise e interpretação dos dados (NELSON, 2001; MARIN *et al.*, 2000).

### 5.1.1. Categoria “itens demográficos do paciente/cliente”

**Tabela 1** – Elementos de identificação do paciente/cliente presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

Elementos de identificação do paciente/cliente	Freqüência	% (n = 777)
Nome	232	29,9
Idade	219	28,3
Ocupação	45	5,8
Estado civil	36	4,6
Procedência	34	4,4
No. filhos	28	3,6
Raça	15	1,9
Naturalidade	12	1,5
Fone contato	7	0,9
Religião	6	0,8
Sexo	3	0,4

Nesta tabela, observa-se que, entre os dados dos elementos de identificação do paciente/cliente, os mais freqüentes são o nome (29,94% do total de registros) e a idade (28,26% do total de registros). Dos dados encontrados, os que estão incluídos no Conjunto Mínimos de Dados de Enfermagem são sexo, data de nascimento (idade), raça e residência (fone contato, procedência). Esses elementos e dados não estão presentes no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

Os dados incluídos na categoria “itens demográficos do paciente/cliente” apresentam baixa freqüência de presença nos documentos



analisados, porque estão presentes no formulário eletrônico padronizado pela instituição, não sendo necessário repeti-los nos registros de anamnese e exame físico e na evolução de enfermagem.

### 5.1.2. Categoria “itens do cuidado de enfermagem”

**Tabela 2** – Elementos de anamnese e exame físico presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

Elementos de anamnese e exame físico	Frequência	(continua)
		% (n = 777)
<b>anamnese</b>		
Alimentação	721	93,0
Hidratação	693	89,4
Queixas atuais	666	85,9
Atividade física	619	79,9
Medicações em uso	410	52,9
Eliminações urinárias	184	23,7
Auto-estima	150	19,4
Eliminações intestinais	148	19,1
Necessidades psicossociais	138	17,8
Sono / repouso	127	16,4
Revisão sistema de regulação térmico vascular	110	14,2
Demais sem alterações	87	11,2
Morbimortalidade familiar	65	8,4
Revisão sistema reprodutivo	59	7,6
Relacionamento familiar	58	7,5
Revisão sistema respiratório	52	6,7
Lazer	42	5,4
Revisão sistema neurológico	28	3,6
Acompanhado por familiar	26	3,4
Alergias	13	1,7
Álcool /drogas /fumo	10	1,3
Com quem reside	5	0,6

(conclusão)

<b>Elementos de anamnese e exame físico</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
<b>exame físico</b>		
Tensão arterial (T.A.)	749	96,6
Peso (P)	737	95,1
Comportamento	483	62,3
Altura (A)	232	29,9
Resultados de exames laboratoriais e outros	223	28,8
Estado emocional	219	28,3
Membros (superiores – MSs e inferiores – MIs)	187	24,1
Demais não observado	166	21,4
Comunicação	146	18,8
IMC (índice de massa corporal)	139	17,9
Nível de consciência	136	17,5
Estado geral	130	16,8
Mobilidade	88	11,4
Frequência cardíaca (F.C.)	74	9,5
Condições de pele	60	7,7
Hemoglicoteste capilar	56	7,2
Locomoção	54	7,0
Fácies	53	6,8
Frequência respiratória (F.R.)	42	5,4
Condições respiratórias	41	5,3
Pescoço	31	4,0
Mucosas	29	3,7
Ouvido	25	3,2
Equilíbrio	21	2,7
Olhos	18	2,3
Abdômen	17	2,2

Entre os dados de anamnese, os mais freqüentes são alimentação (93,0% do total de registros), hidratação (89,4% do total de registros), atividade física (79,9% do total de registros), eliminações urinárias (23,7% do total de registros), eliminações intestinais (19,1% do total de registros) e sono/repouso (16,39% do total de registros). Aqui estão presentes os elementos [dados] psicossocioculturais; entre os mais freqüentes, a auto-

estima (19,4% do total de registros) e as necessidades psicossociais (17,8% do total de registros).

Quanto aos dados relacionados ao exame físico, os mais freqüentes são tensão arterial (96,6% do total de registros), peso corporal (95,1% do total de registros), comportamento (62,3% do total de registros), altura (29,9% do total de registros), estado emocional (28,3% do total de registros), neuromuscular (24,1% do total de registros), comunicação (18,8% do total de registros), índice de massa corporal (IMC) (17,9% do total de registros), nível de consciência (17,5% do total de registros), estado geral (16,8% do total de registros) e mobilidade (11,4% do total de registros). O elemento “resultados de exames laboratoriais e outros” estava presente em 28,8% do total de registros analisados.

Nos elementos de anamnese e exame físico, o predomínio dos dados de anamnese, de exame físico e de resultados de exames laboratoriais pode ser justificado à luz do referencial da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, adotado para a realização do processo de enfermagem no HCPA. A prevalência da avaliação de enfermagem em relação às necessidades biológicas do paciente/cliente também pode ser justificada pela existência de práticas profissionais ainda muito impregnadas por uma tradição que relaciona apenas os aspectos clínico-epidemiológicos ao planejar os modos de intervenção (SILVEIRA, 1997).

De um modo geral, o volume e/ou o tipo de dados coletados na anamnese e exame físico durante a primeira consulta de enfermagem tende a

ser superior aos coletados na consulta de retorno. Entretanto, cabe ressaltar que essa diferença não foi observada nos registros analisados, isto é, a frequência dos elementos [dados] presentes nos registros das primeiras consultas e dos retornos é semelhante. Uma explicação pode ser o fato de que, como esta agenda de enfermagem atende o campo de estágio prático da graduação de enfermagem na temática da área de saúde ocupacional, o levantamento de dados pessoais do cliente e da família relacionados à saúde e às necessidades básicas, os dados laborais e implicados no diagnóstico, os dados laboratoriais específicos e exame físico são solicitados ao acadêmico no momento da esquematização e operacionalização da primeira consulta e também nas consultas de retorno. Esta prática tem o intuito de facilitar a aprendizagem do aluno na abordagem do paciente/cliente para identificação de situações envolvidas no processo saúde-adoecimento no adulto.

Esses elementos e dados identificados nos registros observados não estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem e no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

Os elementos de diagnóstico de enfermagem estavam presentes em 92,3% nos 777 registros de enfermagem identificados na documentação analisada e inseridos no item *Impressão* (I.) (Apêndice A, Tabela 24). Optou-se por definir os dados dos elementos de diagnóstico de enfermagem por “identificação dos problemas atuais ou potenciais do paciente/cliente”, porque foram observadas diferentes formas de registros na tentativa de julgar as respostas do paciente/cliente relacionadas aos problemas de saúde atuais ou potenciais. Assim, foram identificadas tentativas de aplicar as estruturas para descrever o diagnóstico de enfermagem preconizadas pela classificação proposta por *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)* (NANDA, 2002), como, por exemplo, “nutrição alterada mais do que as necessidades corporais”, “alterações nas eliminações relacionadas a pouca ingesta hídrica e alimentos ricos em fibra evidenciados pela constipação”, “risco de mobilidade física prejudicada relacionada a dor em membros superiores”, entre outros. Também houve casos de simples descrição dos problemas de saúde (sinais e sintomas), julgados pelo enfermeiro, como, por exemplo, “atividade física ineficiente”, “dor na região afetada”, “alterações neurolocomotoras”, “estressada situacional”, “dieta inadequada”, “baixa auto-estima”, entre outros. Ainda havia casos de simples descrição dos diagnósticos médicos, como “dislipidemia”, “diabetes (DM II) descompensada”, “perda auditiva induzida por ruído (PAIR)”, entre outros. Observa-se, assim, que esta fase da aplicação do processo de enfermagem combina dados obtidos na entrevista de anamnese, no exame físico e nos resultados de exames laboratoriais e diagnósticos médicos.

A frequência elevada (92,3% do total de registros) dos elementos de diagnóstico de enfermagem revela a importância atribuída a esta fase nos registros de documentação da enfermagem no HCPA, que desde a década de 1970 utiliza o modelo de Wanda Horta (HORTA, 1979) adaptado ao sistema Weed (1964) para a redação sistematizada da assistência prestada.

Os dados encontrados estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem, onde o diagnóstico de enfermagem é o “julgamento clínico realizado pelo enfermeiro sobre a resposta humana para um atual ou potencial problema de saúde” (WERLEY; LANG, 1988, p. 405). Esta estrutura aceita a sistematização proposta por *NANDA* para a designação do diagnóstico de enfermagem atual.

Esses elementos e dados identificados nos registros observados não estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

**Tabela 3** – Elementos de intervenções de enfermagem presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

Elementos de intervenções de enfermagem	Frequência	% (n = 777)
Orientações para melhoria da informação sobre o processo da doença ou dano e para o autocuidado	742	95,4
Agendamento do paciente/cliente para consulta de retorno	612	78,7
Orientações sobre educação em saúde: alimentares	440	56,6
Orientações sobre educação em saúde: atividade física	278	35,7
Orientações sobre o atendimento às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional	276	35,5
Solicitação de exames laboratoriais	208	26,8
Orientações sobre educação em saúde: hábitos de vida	49	6,3
Orientações e procedimentos de alta ambulatorial do paciente/cliente	16	2,0
Aplicação do histórico de enfermagem	11	1,4

Nesta tabela, os elementos de intervenções de enfermagem foram identificados na documentação analisada inseridos no item *Conduta* (C.) (Apêndice A, Tabela 24). Aqui, os resultados também foram categorizados para melhor apresentação, incluindo as orientações sobre educação em saúde (alimentares, atividade física, hábitos de vida, entre outros), as orientações sobre o atendimento às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional (exercícios posturais e ergonomia, região afetada, e outros) e o agendamento para consulta de retorno; e a alta ambulatorial.

Entre os achados mais freqüentes, estão os dados de “orientações para a melhoria da informação sobre o processo da doença ou dano e para o autocuidado” (95,4% do total de registros), onde foram incluídos “reforço orientações anteriores”, “oriento medidas terapêuticas para o alívio da dor”, “oriento sobre o tratamento”, “orientado riscos à saúde causada pela patologia ou dano apresentado”, “oriento sobre administração de medicamentos”, entre outros.

A freqüência de 78,7% do total de registros no caso do dado “agendamento do paciente/cliente para consulta de retorno”, onde foi incluído “agendar reconsulta”, indica uma alta demanda deste tipo de consulta. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de que este tempo de retorno é pré-determinado pelo profissional para continuidade do atendimento.

Observa-se também maior freqüência dos dados de “orientações sobre educação em saúde” – alimentares (56,6% do total de registros) e atividade física (35,7% do total de registros) –, dos dados de “orientações sobre o atendimento às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional” (35,5% do total de registros) e dos dados de “solicitação de exames laboratoriais” (26,8% do total de registros). Tais achados revelam coerência com a freqüência dos dados de anamnese e exame físico documentados. De acordo com Marin, Rodrigues, Delaney, Nielsen e Yan (2003), as fases subseqüentes do processo de enfermagem dependem da qualidade da avaliação inicial e da respectiva documentação dos mesmos.



Esses dados estão presentes no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem como ações destinadas a beneficiar o paciente, e que são de responsabilidade do enfermeiro incluindo as seguintes: ações de supervisão e observação às respostas do tratamento pelo paciente/cliente em relação à doença ou dano, ações de educação em saúde, ações para facilitar o autocuidado e conforto, ações específicas do tratamento e/ou procedimento, entre outras.

Os elementos e dados identificados nos registros observados não estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

**Tabela 4** – Elementos de resultados de enfermagem presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

<b>Elementos de resultados de enfermagem</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Comportamento de aderência ao tratamento proposto	656	84,4
Capacidade de apreensão das orientações de enfermagem	232	29,8
Dificuldade de controle do tratamento	176	22,7
Grau de conhecimento em relação ao tratamento da patologia e situação de saúde	198	25,5
Necessidades de informação sobre a doença atual e /ou tratamento	168	21,6

Nesta tabela, os elementos de resultados de enfermagem foram identificados na documentação analisada inseridos no item *Impressão* (I.)

(Apêndice A, Tabela 23). Cabe ressaltar que os dados sobre “dificuldade de controle do tratamento” e “necessidades de informação sobre a doença atual e/ou tratamento” foram encontrados nos registros referentes ao item *Subjetivo* (S.) (Apêndice A, Tabela 21).

Entre os dados mais freqüentes relacionados ao “comportamento do cliente frente ao tratamento proposto” (84,4 % do total de registros), incluem-se “aderente ao tratamento proposto”, “demonstra interesse pelo tratamento”, “dificuldades em aderir ao tratamento”, “não aderente ao tratamento proposto”, “interessado (a) nas orientações de enfermagem recebidas”, entre outros.

Nos dados referentes à “capacidade de apreensão das orientações de enfermagem” (29,8% do total de registros) foram incluídos “interessado(a) nas orientações de enfermagem recebidas”, “desmotivado(a) a seguir as orientações recebidas”, “consciente do não cumprimento do tratamento dietético e atividade física”, entre outros.

Nos dados referentes ao “grau de conhecimento em relação ao tratamento da patologia e situação de saúde” (25,5% do total de registros), foram incluídos “desanimado(a) frente ao estado de saúde”, “déficit de conhecimento sobre patologias apresentadas”, “desinteressado(a) para mudança de hábitos”, “dificuldade cognitiva em apreender orientações”, “bom entendimento do estado de saúde”, entre outros.

Utilizando os conceitos da tríade proposta por Donabedian (1980) como abordagens para avaliação da qualidade em saúde, observa-se na

Tabela 4 que os componentes *processo* e *resultado* são contemplados parcialmente, uma vez que, nos dados apresentados anteriormente, estão incluídos alguns dos recursos apontados para a identificação de atividades desenvolvidas pelo profissional do cuidado, assim como algumas das mudanças observadas no estado de saúde e na capacidade funcional do paciente/cliente e o grau de satisfação do cliente.

Resultados de enfermagem são definidos no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem como “um aspecto do estado de saúde do paciente/cliente que é influenciado pela intervenção de enfermagem e registrado em tempo específico para cada ação de cuidado” (WERLEY; LANG, 1988). Embora nessa definição esteja incluído apenas o estado de resolução (resolvido, não resolvido, transferido), entende-se que os dados encontrados nos registros analisados podem ser considerados incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem.

Estes elementos e dados identificados nos registros observados não estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

### 5.1.3. Categoria “itens do serviço”

Os dados incluídos nos elementos desta categoria (elementos da unidade ou serviço, elementos de registro único do paciente/cliente e elementos do profissional enfermeiro) estão padronizados nos formulários de

identificação presentes nos documentos do prontuário do paciente e disponibilizados no ambiente de aplicativos para gestão hospitalar descrito anteriormente, que compõem o sistema de informação do HCPA.

**Tabela 5** – Elementos de encaminhamento do paciente/cliente presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

Elementos de encaminhamento do paciente/cliente	Freqüência	% (n = 777)
Encaminhamentos aos especialistas da medicina	163	20,9
Encaminhamentos a outros especialistas	48	6,2
Encaminhamentos aos especialistas da enfermagem	40	5,1

Nesta tabela, os elementos de encaminhamento do paciente/cliente foram identificados na documentação analisada inseridos no item *Conduta* (C.) (Apêndice A, Tabela 24).

Observa-se uma maior freqüência dos dados de “encaminhamentos a especialistas da medicina” (20,9% do total de registros) em relação aos dados de “encaminhamentos aos especialistas da enfermagem” (5,1% do total de registros). Sendo o médico o profissional na área da saúde com habilidade e experiência para o exame, diagnóstico e tratamento da doença, cabe ao enfermeiro o encaminhamento conforme a especialidade (ocupacional, clínica, cirúrgica, cardiologia, nefrologia, endocrinologia, entre outras) para o atendimento às medidas de intervenção, determinação da causa da doença ou dano e fornecimento do tratamento médico e cirúrgico

adequados. Os resultados de baixa percentagem dos encaminhamentos aos demais especialistas de enfermagem podem ser justificados pelo fato de que cabe ao enfermeiro em saúde ocupacional fornecer o cuidado, de modo a intervir com medidas de promoção e proteção do paciente/cliente (trabalhador), com atividades educativas e transformadoras das práticas e dos comportamentos sociais que possibilitem a observação e o acompanhamento continuado destes níveis de saúde.

Os elementos e dados apresentados nesta categoria estão presentes no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem, porém não no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

#### 5.1.4. Categoria “itens da saúde ocupacional”

Nas tabelas 6, 7, e 8 a seguir, estão agrupados os achados observados no item *Subjetivo* (S.) (Apêndice A, Tabela 21) identificados na documentação de enfermagem, os quais estão relacionados à investigação do enfermeiro sobre a saúde ocupacional do paciente/cliente.

**Tabela 6** – Elementos da história ocupacional presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

<b>Elementos da história ocupacional</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Situação atual do trabalho	195	25,2
Tipo de atividade atual	161	20,8
Jornada de trabalho	70	9,0
Processo de trabalho	63	8,1
Tempo da atividade	34	4,4
Tipo de atividade anterior	32	4,1
Local de trabalho	32	4,1
Setor de trabalho	25	3,2

**Tabela 7** – Elementos de fatores de risco ambiental presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

<b>Elementos de fatores de risco ambiental</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Condições de trabalho	62	8,0
Ambiente de trabalho	48	6,2

**Tabela 8** – Elementos de saúde e segurança ocupacional presentes nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

Elementos de saúde e segurança ocupacional	Frequência	% (n = 777)
Sintomas da doença atual	670	86,5
Tratamento atual	490	63,2
História médica	129	16,6
Diagnóstico médico	87	11,2
Queixa principal	64	8,3
Motivo da consulta	64	8,3
Procedimento cirúrgico	25	3,2
Comunicação acidente trabalho (CAT)	6	0,8

Entre os dados mais freqüentes dos elementos da história ocupacional, estão “situação atual do trabalho” (25,2% do total de registros) e “tipo de atividade atual” (20,8% do total de registros).

Entre os dados mais freqüentes dos elementos de saúde e segurança ocupacional estão “sintomas da doença atual” (86,5% do total de registros), “tratamento atual” (63,3% do total de registros), “história médica” (16,6% do total de registros) e “diagnóstico médico” (11,2% do total de registros).

Nesta categoria “itens da saúde ocupacional”, observa-se nos registros analisados um percentual baixo de dados dos elementos de fatores de risco ambiental e dos elementos de história Ocupacional. O que chama a atenção é o fato de que a falta de dados – como o tipo de atividade atual e anterior, o processo de trabalho, as condições de trabalho, o ambiente de trabalho, o local e o setor de trabalho – na fase inicial da aplicação do

processo de enfermagem pode indicar uma falta de informação para apoiar as necessidades reais ou potenciais do paciente/cliente, especialmente na relação causal entre saúde/doença e trabalho (SILVEIRA; MARIN, 2005).

Contudo, pode-se inferir que a freqüência menor desses dados na coleta inicial não significa que eles não tenham sido coletados, uma vez que, nos registros observados, a impressão diagnóstica e as intervenções de enfermagem contemplam informações que indicam o processamento desses dados. Vale notar, porém, que a habilidade do profissional de enfermagem para fazer a diferença nos resultados do paciente deve ser demonstrada na prática e refletida no registro, na documentação realizada (SILVEIRA; MARIN, 2005).

Essa limitação pode ser justificada por uma prática puramente assistencial e com uma abordagem neutra dos problemas de saúde, em que não se distingue a especificidade do biológico, do social, do econômico, do cultural, dos aspectos organizacionais, ambientais e das próprias condições de vida do mundo do trabalho. Outra explicação possível para este achado pode ser também a cautela do enfermeiro em não duplicar as informações presentes, total ou em parte, nos registros de anamnese médica. Entretanto, critica-se a falta de visibilidade e disponibilidade de dados de enfermagem com elementos específicos da saúde ocupacional para aplicação na prática profissional.

Silveira (1997; 2001) considera que, com o estabelecimento de registros sistemáticos, podem-se captar elementos essenciais da estrutura de



determinação do processo trabalho-saúde-adoecimento individual ou coletivo e as características dos grupos sociais em que ele ocorre, permitindo melhor composição do quadro das condições reais ou potenciais de vida e trabalho.

Esses elementos e dados identificados nos registros observados não estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem e no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

#### **5.1.5. Categorias “ambiente”, “recursos de enfermagem” e “recursos financeiros”**

Não foi identificado nos registros observados nenhum elemento e dado pertencente a essas categorias, que fazem parte apenas do Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

Ainda nos dias de hoje, a enfermagem muitas vezes não utiliza os dados para produzir informação. Se a informação é resultado do processamento de dados e se o conhecimento de uma disciplina ou área é construído pela transformação e análise da informação (SABA; McCORMICK, 2001; MARIN *et al.*, 2000), então o conhecimento depende do acesso ao dado e à informação gerada. Portanto, a qualidade na automação e na velocidade da informação facilita e estabelece o diferencial no atendimento e no processo de tomada de decisão, no caso dos profissionais de saúde (MARIN, 1995).

Considerando que o levantamento de dados de enfermagem é ferramenta básica para elaboração e registro do processo de enfermagem e que os estágios subseqüentes do processo de enfermagem dependem da qualidade da avaliação inicial (anamnese e exame físico) e sua respectiva documentação (MARIN *et al.*, 2000), verifica-se que a falta de dados específicos na enfermagem e a falha no registro da documentação de enfermagem nos achados deste estudo podem estar relacionadas à falha dos profissionais em acordar um conjunto de dados claro, definido, validado, confiável e padronizado para inclusão.

Como Goossen *et al.* (1998), observa-se ainda que os elementos do conjunto de dados de enfermagem necessitam ser melhor identificados, definidos, determinados e codificados dentro da base de dados para diferentes propostas de gerenciamento de cuidado de saúde, pesquisas e políticas. A validade do conteúdo deste conjunto de elementos deve estar apoiada pela consistência da literatura e os achados da prática.

## 5.2. Etapa 2: Elementos para Construção de um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional

Os dados apresentados no Quadro 1 integram o elenco de dados essenciais identificados a partir dos termos selecionados nos registros sistemáticos de consulta de enfermagem, como tentativa inicial de construção do conjunto de dados essenciais de enfermagem na área de saúde ocupacional. Para tanto, o referencial do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (Werley e Lang, 1988) e o referencial do Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem (Delaney e Huber, 1996) subsidiam a categorização e definição dos elementos ora apresentadas.

<b>Elementos do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional</b>	
<p><b>Elementos demográficos do paciente/cliente</b></p> <p>Número do registro do paciente/cliente  Nome paciente/cliente  Idade  Raça  Sexo  Procedência  Estado civil  Ocupação  Escolaridade em anos  Endereço completo</p> <p><b>Elementos do cuidado de enfermagem</b></p> <p>Anamnese e exame físico (protocolo avaliação)  Diagnóstico de enfermagem  Intervenções de enfermagem  Resultados de enfermagem  Intensidade do cuidado de enfermagem  Paciente/cliente atendido  Acessibilidade do paciente/cliente  Volume do cuidado de enfermagem</p>	<p><b>Elementos do serviço</b></p> <p>Nome do Ambulatório  Nome e Código da Agenda  Tipo de Convênio  Data de Admissão Ambulatorial  Data de Alta Ambulatorial  Equipe de Atendimento  Profissional de Enfermagem do Atendimento  Tipo de Atividade de Enfermagem  Complexidade do Cuidado de Enfermagem  Data da Consulta de Enfermagem</p> <p><b>Elementos da saúde ocupacional</b></p> <p>História ocupacional  Fatores de risco ambiental  Saúde e segurança ocupacional</p>

**Quadro 1** – Elementos do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na área da Saúde ocupacional

Nos elementos demográficos do paciente/cliente, os dados que estão incluídos são número do registro do paciente/cliente (número do prontuário), nome do paciente/cliente, idade, raça, sexo, procedência, estado civil, ocupação, escolaridade e endereço completo. Esses dados são relatados amplamente na literatura sobre os registros de rotina admissionais do paciente/cliente. A informação demográfica básica possibilita um resumo dos dados que, quando combinado com outros elementos ou conjunto de elementos, permite algumas informações relevantes (NOHSC, 2002). Os

dados sobre a escolaridade reportam aspectos de acesso à cultura, consumo, renda, profissionalização, e outros, que são fundamentais como influentes no processo de saúde-adoecimento.

Destes, dois dados estão presentes no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem e outros três dados foram incluídos para contemplar a área da saúde ocupacional.

Nos elementos do serviço, os dados que estão incluídos são nome do ambulatório, nome e código da agenda de atendimento, tipo de convênio do paciente/cliente, data de admissão ambulatorial do paciente/cliente, data de alta ambulatorial do paciente/cliente, equipe de atendimento (enfermeiro, professor, estudante de enfermagem), profissional de enfermagem (nome, número de registro na instituição, número de registro do profissional - COREn), tipo de atividade de enfermagem (consulta de enfermagem, grupo de apoio, educação permanente), complexidade do cuidado de enfermagem (demanda de paciente/clientes, reclamações do atendimento) e data da consulta de enfermagem.

Os dados do elemento complexidade do cuidado de enfermagem incluem a percepção dos fatores internos e externos de impacto ao atendimento prestado, e servem como possíveis indicadores para determinar os resultados quanto ao aspecto do cuidado.

Tais dados podem ser processados e gerar informações úteis para planejar estratégias de integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e dos serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do

controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde.

Destes, quatro elementos estão incluídos no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem, dois no Conjunto de Dados Mínimos em Gerenciamento de Enfermagem, e outros elementos foram selecionados de acordo com as necessidades do campo de estudo.

Nos elementos do cuidado de enfermagem, estão incluídos anamnese e exame físico, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados de enfermagem, intensidade do cuidado de enfermagem, paciente/cliente atendido, acessibilidade do paciente/cliente e volume do cuidado de enfermagem.

Os dados que estão incluídos em anamnese e exame físico são os seguintes: revisão de sistemas (respiratório, circulatório, neuromuscular e sensorial), alimentação, hidratação, sono/repouso, atividade física, lazer, alergia, fatores de risco familiar, eliminações (urinárias, intestinais, outros), medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal – IMC), medidas de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), exames clínicos laboratoriais e imagem, glicemia capilar, condições gerais do corpo e membros (aspecto, integridade, coloração e umidificação), mobilidade e locomoção e estado emocional. Os dados de diagnósticos de enfermagem incluem a descrição do diagnóstico atual com base na análise e interpretação das informações obtidas, visando à tomada de decisão sobre a

avaliação de saúde do paciente/cliente. Os dados de intervenção de enfermagem incluem a descrição da intervenção da consulta, ou seja, orientações às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional, educação em saúde para o autocuidado (alimentar, atividade física e hábitos de vida), indicação de exames laboratoriais, encaminhamentos para outros profissionais e procedimento de alta ambulatorial. Os dados de resultados de enfermagem incluem a avaliação do estado de resolução dos diagnósticos e intervenções de enfermagem pelo paciente/cliente (dificuldade no controle ou manejo do tratamento, necessidades de informação sobre a doença ou dano atual e/ou tratamento, comportamento frente às orientações de enfermagem – aderente/não aderentes, resolvidos/não resolvidos, transferidos ou encaminhados para).

Os dados de intensidade do cuidado de enfermagem referem-se ao total de horas do cuidado de enfermagem e equipe de enfermagem envolvida no cuidado oferecido. Os dados de paciente atendido incluem as características da população atendida na agenda de enfermagem em reabilitação ocupacional (afastada ou não do trabalho, em perícia médica da previdência social e acompanhamento com outros profissionais). Os dados de acessibilidade do paciente/cliente incluem o tempo de deslocamento até o serviço de atendimento e o tempo de atendimento na consulta de enfermagem. Os dados de volume do cuidado de enfermagem incluem a quantidade de profissionais envolvidos e disponibilidade destes para atendimento individual, coletivo ou grupos de apoio, assim como o número de paciente/clientes atendido por profissional.

Os dados incluídos em diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, apresentam as características apontadas por Werley e Lang (1988), ao passo que os de acessibilidade do paciente/cliente, paciente/cliente atendido e volume do cuidado de enfermagem apresentam as características apontadas por Delaney e Huber (1996).

Acredita-se que a inclusão de dados de resultados de enfermagem e de intensidade do cuidado de enfermagem deve beneficiar a produção de informação para a tomada de decisão clínica, para o gerenciamento da qualidade e para a determinação do cuidado adequado. Como referido por Delaney e Moorhead (1995), é importante a inclusão de dados de enfermagem nas estatísticas do cuidado em saúde, tanto para a saúde comunitária como para o próprio paciente/cliente. As autoras acreditam que a informação de enfermagem acrescenta uma visão do paciente/cliente que vai além dos custos da doença e do serviço médico fornecido, por considerar os custos do cuidado de enfermagem oferecido.

Nos elementos da saúde ocupacional, os dados que estão incluídos em história ocupacional são tipo de atividade de trabalho atual, tipo de atividade de trabalho anterior, processo de trabalho, tempo na ocupação/atividade, regime e jornada de trabalho; os incluídos em fatores de risco ambiental são exposição a fator de risco ocupacional, local de trabalho, ambiente de trabalho e aspectos ergonômicos; e os incluídos em saúde e segurança ocupacional são motivo da consulta, tratamento atual da doença ou dano, história clínica de saúde, diagnóstico atual da doença ou dano (CID-10),



procedimento cirúrgico, medicações em uso, sintomas atuais da doença ou dano e queixas principais e atuais.

Os dados aqui agrupados já foram listados por Lynch (1986), estudo em que propõe um sistema de informação estruturado em quatro bases de dados em saúde ocupacional. Os elementos mais freqüentes destas bases de dados estão listados conforme apresentado no Anexo F.

Vale ainda enfatizar que o sistema de informação em saúde ocupacional deve ser organizado para também servir como instrumento de apoio à gestão de um sistema de saúde ou de unidades de serviço. Portanto, os dados até aqui sugeridos nos elementos da saúde ocupacional devem também contribuir na investigação da relação existente entre saúde e trabalho, produzindo informações úteis para a abordagem dos diagnósticos de enfermagem e para a proposição das intervenções de enfermagem nesta área de atuação.

Com os dados processados e as informações produzidas, a qualidade na automação e na velocidade da informação facilita e estabelece o diferencial no atendimento e no processo de tomada de decisão. No caso, o enfermeiro pode implementar intervenções como as referidas a seguir:

- orientar sobre a reeducação alimentar;
- orientar sobre o uso adequado de equipamento de proteção, ou sobre afastamento nos casos de exposição a fatores nocivos;

- orientar sobre regras de segurança física, ou seja, respeitar o eixo vertebral, manter o equilíbrio, utilizar a força das pernas, aproximar da carga a levantar, entre outros;
- orientar sobre prevenção e controle dos danos produzidos pelas cargas mental e psíquica do trabalho, itens que não devem ser negligenciados na intervenção;
- esclarecer sobre prevenção e controle dos danos relacionados ao trabalho (distúrbios neuromusculares, hipertensão arterial - HAS, neoplasias, lesões por esforços repetitivos – LER) e danos ocupacionais (agentes químicos e intoxicações ocupacionais, dermatoses ocupacionais, doenças respiratórias ocupacionais, perda auditiva induzida por ruído - PAIR, entre outros);
- esclarecer sobre melhoria das condições e da situação de trabalho (características do ambiente de trabalho, instrumentos de trabalho, espaço de trabalho e organização do trabalho).

Então, para que a enfermagem em saúde ocupacional possa contribuir com a saúde dos trabalhadores, é importante que haja visibilidade e disponibilidade de dados de enfermagem devidamente registrados, informados e documentados, por meio de uma base de conhecimento que viabilize o registro, a análise e a recuperação dos dados. Entende-se que, com a captação de dados essenciais, os fatores determinantes e os mecanismos desencadeantes do processo saúde-doença podem ser

esclarecidos, de forma que possam ser estabelecidas medidas específicas e indicadores que sirvam de apoio ao planejamento, administração e avaliação das ações de enfermagem.

Além disso, a identificação dos dados essenciais a serem coletados e documentados pela enfermagem deve ter também a finalidade básica de incrementar a qualidade do atendimento à saúde do cliente/paciente. A Associação Americana de Enfermeiros (*American Nurses Association – ANA*) conduz projetos com foco no desenvolvimento e implementação de metodologias para descrever os indicadores de qualidade de enfermagem a partir de conjuntos de elementos da base de dados. Esses indicadores, quando bem definidos e validados, podem ser obtidos através da base de dados da instituição, a qual deve permitir o processamento dos dados e a produção de informação para fins de avaliação da qualidade do cuidado prestado.

Entende-se que os indicadores são variáveis que medem quantitativamente as mudanças no comportamento dos critérios de qualidade estabelecidos. Segundo Donabedian (2001b), os indicadores devem apresentar as seguintes características: exatidão (possibilidades mínimas de erro); confiabilidade (mesmas medidas podem ser obtidas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento); simplicidade (registros e medidas sem dificuldades); pertinência (correlação com o fenômeno ou critério que está sendo examinado); validade (medida efetiva do fenômeno ou critério); e sensibilidade (detecção das variações no comportamento do fenômeno examinado).

O Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional pode permitir ao profissional dessa área identificar e melhorar o cuidado prestado, uma vez que tem o potencial de proporcionar a comparação de dados específicos dos clientes, das intervenções feitas e dos resultados obtidos nos diferentes contextos dos serviços de cuidado em saúde. Além disso, a aplicação desse conjunto de dados tem o potencial de assegurar que os serviços de saúde ocupacional tenham seus dados efetivamente documentados, de forma a validar a prática profissional e permitir o avanço do conhecimento através da pesquisa nesta área.

### **5.3. Etapa 3: Resultados de Avaliação do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional**

#### **5.3.1. Pesquisa de Avaliação de Especialistas na área da Saúde Ocupacional**

Como previsto no método, esta etapa do estudo foi realizada para cumprir a função de avaliação por especialistas da área da saúde ocupacional, e ocorreu no mês de março de 2006, após a aprovação da banca de exame de qualificação.

Compuseram o grupo de consultores oito especialistas [n=8], sendo quatro docentes universitários e quatro enfermeiros assistenciais, oriundos de universidades, centros de referência em saúde do trabalhador e serviço médico ocupacional, procedentes de Porto Alegre e Região Metropolitana e de São Paulo. Buscou-se, portanto, que o grupo tivesse um perfil multiprofissional e interinstitucional dentro da realidade em que a problemática é enfrentada.

No instrumento preparado para esta avaliação (Anexo A) cada consultor foi solicitado a indicar sua opinião sobre cada um dos elementos [dados] listados, quanto: a) grau de pertinência [concordo parcialmente] [concordo] [sem opinião] [discordo] [discordo completamente]; b) grau de relevância [importante] [não importante] [não se aplica]; e c) grau de prioridade [alta [1] [2] [3] [4] [5] baixa].

Optou-se por apresentar, nas tabelas que seguem, apenas os resultados apurados respectivamente nas colunas de respostas [concordo], [importante], [alta [1]], na medida em que esses atendiam aos objetivos específicos de validar o conteúdo baseado em julgamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Foram aceitas as opiniões favoráveis com percentual de consenso maior ou igual a 50%. Cabe ainda ressaltar que, como os elementos [dados] do instrumento foram validados satisfatoriamente pelo julgamento dos especialistas pela análise descritiva (frequência e percentuais), não foi necessário realizar testes estatísticos de fidedignidade para verificar sua precisão.

### a) Grau de Pertinência

Nas tabelas 9, 10, 11 e 12 a seguir, estão reunidos os resultados da aplicação da pesquisa de avaliação relacionados ao grau de pertinência dos dados dos itens do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.

**Tabela 9** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de pertinência [concordo]** com os dados dos **itens demográficos dos pacientes/clientes** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens demográficos do paciente/cliente</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Número do registro do paciente/cliente	7	87,5
Nome do paciente/cliente	8	100
Idade	8	100
Raça	7	87,5
Sexo	8	100
Procedência	7	87,5
Estado civil	5	62,5
Ocupação	8	100
Grau de instrução (escolaridade em anos)	8	100
Endereço	8	100

**Tabela 10** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de pertinência [concordo]** com os dados dos **itens do serviço** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens do serviço</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Nome do ambulatório	7	87,5
Nome e código da agenda	6	75
Tipo de convênio	7	87,5
Data de admissão ambulatorial	8	100
Data de alta ambulatorial	8	100
Equipe de atendimento [enfermeiro] [professor] [estudante]	8	100
Nome do profissional do atendimento	8	100
Número de registro na instituição	7	87,5
Número do registro profissional (COREn)	8	100
Tipo de atendimento [consulta] [grupo de apoio] [educação permanente]	8	100
Demanda de paciente/cliente	6	75
Reclamações do atendimento	5	62,5
Data da consulta de enfermagem	8	100



**Tabela 11** – Concordância dos especialistas quanto ao grau de pertinência [concordo] com os dados dos itens do cuidado de enfermagem incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens do cuidado de enfermagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Anamnese e exame físico – elementos [dados]	8	100
Diagnóstico de enfermagem	6	75
Orientações às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional	8	100
Educação em saúde para o auto-cuidado	8	100
Indicação de exames laboratoriais	7	87,5
Encaminhamento para outros profissionais	8	100
Procedimento de alta ambulatorial	8	100
Dificuldade no controle/manejo tratamento	8	100
Necessidades de informação da doença ou dano atual e/ou tratamento	8	100
Comportamento frente às orientações de enfermagem	8	100
Total de horas do cuidado de enfermagem	6	75
Equipe de enfermagem envolvida no cuidado oferecido	6	75
Afastado ou não afastado do trabalho	8	100
Perícia médica da previdência social	8	100
Acompanhamento de especialistas	8	100
Tempo de deslocamento até o serviço	4	50
Tempo de atendimento da consulta de enfermagem	5	62,5
Disponibilidade para o atendimento	5	62,5
Número de pacientes/clientes por profissionais	4	50

**Tabela 12** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de pertinência [concordo]** com os dados dos **itens da saúde ocupacional** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens da saúde ocupacional</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Tipo de atividade atual e anterior	8	100
Processo de trabalho	8	100
Tempo na atividade/ocupação	8	100
Jornada de trabalho	8	100
Exposição a fator de risco ocupacional	8	100
Local de trabalho	8	100
Ambiente de trabalho	8	100
Aspectos ergonômicos	8	100
Motivo da consulta	8	100
Tratamento atual	8	100
História médica de saúde	8	100
Diagnóstico atual	8	100
Procedimento cirúrgico	7	87,5
Medicações em uso	8	100
Sintomas atuais	8	100
Queixas atuais	8	100

Nas tabelas 9, 10 e 11, pode-se observar que os especialistas concordam com o elenco de dados dos itens demográficos do paciente e dos itens do serviço. Contudo, observa-se que o percentual de concordância diminuiu em relação aos dados administrativos de gerenciamento do cuidado: reclamações do atendimento (62,5%), tempo de atendimento da consulta de enfermagem (62,5%), disponibilidade para o atendimento (62,5%), tempo de deslocamento até o serviço (50%) e número de

pacientes/clientes por profissionais (50%). Estes dados estão previstos no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem.

Critica-se a omissão dos especialistas em avaliar os elementos [dados] de qualidade e resolutividade das ações aplicadas aos atributos do processo do cuidado. Parece que a qualidade em saúde tem sido o foco de atenção apenas de pesquisadores, e não daqueles que praticam o atendimento à saúde ocupacional, os quais aparentemente não se preocupam com um registro que descreva informações que facilitem a avaliação do cuidado prestado. Além disso, como ressalta Donabedian (1990), entre as abordagens para a avaliação da qualidade em saúde, estão os componentes que compreendem os recursos necessários ao processo assistencial e os componentes que abrangem as atividades desenvolvidas entre profissionais e pacientes, onde se podem incluir estes dados administrativos de gerenciamento do cuidado.

Assim, o compromisso dos profissionais envolvidos no cuidado – o trabalho permanente de definir e medir a qualidade da assistência, apontado por Delaney e Moorhead (1995) – perde a sua importância na definição para a “qualidade”.

Na tabela 12, os elementos incluídos nos itens da saúde ocupacional foram considerados pertinentes pelos especialistas. Sendo os respondentes profissionais da prática, este resultado já era esperado e demonstra a necessidade de uso de uma linguagem específica na área da saúde ocupacional para construção do conjunto de dados.

Sendo assim, pode-se considerar que os especialistas **concordam** com o elenco de dados incluídos no conjunto de dados essenciais de enfermagem na saúde ocupacional proposto.

As observações e/ou sugestões adicionais propostas pelos especialistas de acordo com os espaços próprios para esse fim no instrumento (Anexo A) trataram, de modo geral, das especificidades da área de saúde ocupacional, considerados importantes para determinar, analisar e avaliar a saúde dos trabalhadores na prática de enfermagem. Reproduzem-se, a seguir, algumas das observações:

*“Coletar dado somente do grupo de agentes de risco não permite originar informação: deve-se coletar o agente, o tipo, a duração da exposição para verificar o grau de risco; Acrescentar medidas de proteção usadas pelo trabalhador.” (Especialista 4)*

*“Acrescentar: risco ocupacional auto-referido (percepções do risco), relações de trabalho – prazer e sofrimento.” (Especialista 5)*

*“Penso que deve aparecer como é a divisão do trabalho, sistema hierárquico, modalidade de comando, questões de responsabilidade, relações de poder que fazem parte da organização do trabalho e que gera muito adoecimento; Também deve ser questionado sobre as condições do posto de trabalho em relação às características antropométricas, ligada as condições de trabalho.” (Especialista 7)*

*“(…) Em ‘fatores de risco ambiental’, considerar dentro dos ergonômicos as questões referentes à organização do trabalho e*

*conteúdo do trabalho; Não houve nenhum questionamento sobre relacionamento (empregado x chefia, empregado x empregado e empregado x empresa).” (Especialista 8)*

Compartilha-se também esta preocupação em relação aos dados que possam contribuir na investigação da relação saúde e trabalho e que dizem respeito à organização e ao processo de trabalho. Esses elementos podem contribuir com a base de conhecimento por meio de dados visíveis e disponíveis do cuidado oferecido pelo enfermeiro na saúde ocupacional (TOTH; DiBENEDETTO, 2003).

No sentido de utilizar a tecnologia para melhorar o processo relacional e alcançar a integralidade das ações terapêuticas do cuidado oferecido pelo enfermeiro, a sistematização destes dados pode configurar até um “espaço de liberdade, de criatividade, de complementaridade do cuidar na sua relação com o tratar” (LOPES, 1998, p. 49). Trabalhos de Collière (1982) e Lopes (1998) desenvolvem essa idéia sobre o quanto o relacional empresta singularidade ao cuidado, onde se chocam e se exacerbam as diferentes lógicas profissionais entre os saberes e sua confrontação no sujeito cuidado.

Essas observações e/ou sugestões foram aproveitadas, em termos de compreensão, objeções e sugestões, para o aprimoramento do instrumento e posterior definição dos itens e elementos do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.

**b) Grau de Relevância**

Nas tabelas 13, 14, 15 e 16 a seguir, estão agrupados os resultados da aplicação da pesquisa de avaliação relacionados ao grau de relevância dos dados dos itens do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.

**Tabela 13** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de relevância [importante]** dos dados dos **itens demográficos dos pacientes/clientes** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens demográficos do paciente/cliente</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Número do registro do paciente/cliente	7	87,5
Nome do paciente/cliente	8	100
Idade	8	100
Raça	8	100
Sexo	8	100
Procedência	7	87,5
Estado civil	4	50
Ocupação	8	100
Grau de instrução (escolaridade em anos)	8	100
Endereço	8	100

**Tabela 14** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de relevância [importante]** dos dados dos **itens do serviço** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens do serviço</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Nome do ambulatório	6	75
Nome e código da agenda	5	62,5
Tipo de convênio	5	62,5
Data de admissão ambulatorial	7	87,5
Data de alta ambulatorial	7	87,5
Equipe de atendimento [enfermeiro] [professor] [estudante]	6	75
Nome do profissional do atendimento	7	87,5
Número de registro na instituição	5	62,5
Número do registro profissional (COREn)	6	75
Tipo de atendimento [consulta] [grupo de apoio] [educação permanente]	7	87,5
Demanda de paciente/cliente	6	75
Reclamações do atendimento	5	62,5
Data da consulta de enfermagem	8	100

**Tabela 15** – Concordância dos especialistas quanto ao grau de relevância [importante] dos dados dos itens do cuidado de enfermagem incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens do cuidado de enfermagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Anamnese e exame físico – elementos [dados]	8	100
Diagnóstico de enfermagem	6	75
Orientações às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional.	8	100
Educação em saúde para o auto-cuidado	8	100
Indicação de exames laboratoriais	6	75
Encaminhamento para outros profissionais	8	100
Procedimento de alta ambulatorial	8	100
Dificuldade no controle/manejo tratamento	8	100
Necessidades de informação da doença ou dano atual e/ou tratamento	8	100
Comportamento frente às orientações de enfermagem	8	100
Total de horas do cuidado de enfermagem	5	62,5
Equipe de enfermagem envolvida no cuidado oferecido	6	75
Afastado ou não afastado do trabalho	8	100
Perícia médica da previdência social	8	100
Acompanhamento de especialistas	8	100
Tempo de deslocamento até o serviço	4	50
Tempo de atendimento da consulta de enfermagem	5	62,5
Disponibilidade para o atendimento	4	50
Número de pacientes/clientes por profissionais	3	37,5



**Tabela 16** – Concordância dos especialistas quanto ao grau de relevância [importante] dos dados dos itens da saúde ocupacional incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens da saúde ocupacional</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Tipo de atividade atual e anterior	8	100
Processo de trabalho	8	100
Tempo na atividade/ocupação	8	100
Jornada de trabalho	8	100
Exposição a fator de risco ocupacional	8	100
Local de trabalho	8	100
Ambiente de trabalho	8	100
Aspectos ergonômicos	8	100
Motivo da consulta	8	100
Tratamento atual	8	100
História médica de saúde	8	100
Diagnóstico atual	8	100
Procedimento cirúrgico	7	87,5
Medicações em uso	8	100
Sintomas atuais	8	100
Queixas atuais	8	100

As tabelas 13, 14, 15 e 16, quanto ao grau de relevância dos dados, praticamente confirmam os resultados apresentados anteriormente nas tabelas 9, 10, 11 e 12, relacionadas ao grau de pertinência. Na tabela 14, observa-se uma queda na freqüência de todos os dados incluídos nos itens do serviço, em especial a baixa freqüência da importância dos dados específicos do serviço de atendimento – nome e código da agenda (62,5%), tipo de convênio (62,5%) e reclamações de atendimento (62,5%) –, e dos

dados relacionados ao profissional do cuidado, como o número de registro na instituição (62,5%). Novamente, os aspectos de avaliação do cuidado prestado não são considerados de maior peso na medida dos especialistas e, dentre eles, a satisfação do usuário em relação ao atendimento prestado. Este item foi inclusive ressaltado nas observações de um dos especialistas, no campo próprio do instrumento (Anexo A), como se mostra a seguir.

*“[...] acho que estes elementos [reclamações do atendimento] não devem fazer parte dos registros da consulta de enfermagem, podendo ser levantados a partir de pesquisas de opinião que resguardem o anonimato do indivíduo.” (Especialista 1)*

*“Ao invés de ‘reclamações do atendimento’, entendo como importante o feedback da complexidade do cuidado, para ter uma visão mais ampla [...]” (Especialista 8)*

Pesquisas de opinião podem ser consideradas como um procedimento de avaliação da qualidade da assistência prestada nas instituições de saúde, mas geralmente elas são conduzidas pelos profissionais envolvidos com a gestão da informação e não pelo profissional responsável pelo cuidado direto ao paciente/cliente. Tais pesquisas “transferem” o compromisso de medir a qualidade da assistência para outro serviço.

Contudo, pode-se considerar que, na avaliação dos especialistas, os dados dos itens demográficos do paciente/cliente, dos itens do serviço, dos itens do cuidado de enfermagem e dos itens da saúde ocupacional são

**importantes** para inclusão no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.

### c) Grau de Prioridade

As tabelas 17, 18, 19 e 20 a seguir, apresentam os resultados da aplicação da pesquisa de avaliação relacionados ao grau de prioridade dos dados dos itens do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional.

**Tabela 17** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de prioridade [alto]** dos dados dos **itens demográficos dos pacientes/clientes** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens demográficos do paciente/cliente</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Número do registro do paciente/cliente	5	62,5
Nome do paciente/cliente	8	100
Idade	7	87,5
Raça	5	62,5
Sexo	7	87,5
Procedência	4	50
Estado civil	3	37,5
Ocupação	8	100
Grau de instrução (escolaridade em anos)	5	62,5
Endereço	5	62,5

**Tabela 18** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de prioridade [alto]** dos dados dos **itens do serviço** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens do serviço</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Nome do ambulatório	4	50
Nome e código da agenda	4	50
Tipo de convênio	4	50
Data de admissão ambulatorial	6	75
Data de alta ambulatorial	6	75
Equipe de atendimento [enfermeiro] [professor] [estudante]	8	100
Nome do profissional do atendimento	7	87,5
Número de registro na instituição	5	62,5
Número do registro profissional (COREn)	5	62,5
Tipo de atendimento [consulta] [grupo de apoio] [educação permanente]	7	87,5
Demanda de paciente/cliente	6	75
Reclamações do atendimento	4	50
Data da consulta de enfermagem	7	87,5

**Tabela 19** – Concordância dos especialistas quanto ao grau de prioridade [alto] dos dados dos itens do cuidado de enfermagem incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens do cuidado de enfermagem</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Anamnese e exame físico – elementos [dados]	7	87,5
Diagnóstico de enfermagem	4	50
Orientações às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional	7	87,5
Educação em saúde para o auto-cuidado	7	87,5
Indicação de exames laboratoriais	5	62,5
Encaminhamento para outros profissionais	6	75
Procedimento de alta ambulatorial	6	75
Dificuldade no controle/manejo tratamento	8	100
Necessidades de informação da doença ou dano atual e/ou tratamento	8	100
Comportamento frente às orientações de enfermagem	7	87,5
Total de horas do cuidado de enfermagem	3	37,5
Equipe de enfermagem envolvida no cuidado oferecido	4	50
Afastado ou não afastado do trabalho	8	100
Perícia médica da previdência social	8	100
Acompanhamento de especialistas	6	75
Tempo de deslocamento até o serviço	2	25
Tempo de atendimento da consulta de enfermagem	3	37,5
Disponibilidade para o atendimento	3	37,5
Número de pacientes/clientes por profissionais	2	25

**Tabela 20** – Concordância dos especialistas quanto ao **grau de prioridade [alto]** dos dados dos **itens da saúde ocupacional** incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Porto Alegre/RS, 2006.

<b>Itens da saúde ocupacional</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n = 8)</b>
Tipo de atividade atual e anterior	8	100
Processo de trabalho	8	100
Tempo na atividade/ocupação	8	100
Jornada de trabalho	8	100
Exposição a fator de risco ocupacional	8	100
Local de trabalho	8	100
Ambiente de trabalho	8	100
Aspectos ergonômicos	8	100
Motivo da consulta	8	100
Tratamento atual	8	100
História médica de saúde	8	100
Diagnóstico atual	6	75
Procedimento cirúrgico	6	75
Medicações em uso	7	87,5
Sintomas atuais	7	87,5
Queixas atuais	8	100

Nas tabelas 17, 18 e 19, percebe-se uma baixa freqüência de “grau de prioridade [alto]” em alguns dos elementos listados e julgados pelos especialistas. Este achado pode ser atribuído às diferentes formas de análise usadas pelos especialistas devido a sua realidade local de trabalho.

Na percepção do grupo de especialistas, o grau alto de prioridade dos dados dos itens demográficos, na tabela 17, seria reduzido ao nome do paciente/cliente (100%) e à ocupação (100%). Critica-se a baixa freqüência

dos demais dados incluídos, os quais quanto ao grau de pertinência foram considerados pertinentes, pois são elementos que caracterizam os aspectos básicos do indivíduo e da população de origem. Tais elementos [dados] são capazes de gerar informações necessárias ao planejamento do cuidado de enfermagem individualizado.

Na tabela 18, os dados incluídos nos itens do serviço que ligam o profissional do cuidado ao local do serviço – nome do ambulatório (50%), nome e código da agenda (50%), tipo de convênio (50%), número de registro na instituição (62,5%), número de registro profissional (62,5%) – e os dados de complexidade do ambiente relacionados aos fatores de impacto do serviço – demanda de paciente/cliente (75%) e reclamações do atendimento (50%) – aparecem com frequência menor do que o esperado. Parece que o contexto do ambiente do cuidado oferecido não tem alta prioridade na contabilidade e no exame da qualidade e no resultado do atendimento prestado.

Na tabela 19, destaca-se a baixa frequência dos dados incluídos na intensidade do cuidado de enfermagem – total de horas do cuidado de enfermagem (37,5%) –, na acessibilidade do paciente/cliente – tempo de deslocamento até o serviço (25%), no tempo de atendimento da consulta de enfermagem (37,5%) – e no volume do cuidado de enfermagem – disponibilidade para o atendimento (37,5%), número de pacientes/clientes por profissionais (25%). Estes elementos [dados] estão, respectivamente, relacionados às características e ao tipo de atendimento oferecido pela especialidade, ao acesso geográfico do paciente/cliente atendido, à

quantidade de profissionais e à disponibilidade do serviço para o atendimento. Ou seja, dados importantes para gerar informações úteis ao gerenciamento e influenciar na qualidade do cuidado de enfermagem oferecido novamente foram desconsiderados pelos especialistas.

Entretanto, nas tabelas 19 e 20, observa-se que os especialistas avaliam como **alta prioridade** apenas os dados incluídos nos itens do cuidado de enfermagem relacionados aos resultados de enfermagem (dificuldade no controle/manejo do tratamento, necessidades de informação da doença ou dano atual e/ou tratamento, comportamento frente às orientações de enfermagem) e ao paciente/cliente atendido (afastado ou não afastado do trabalho, perícia médica na previdência social, acompanhamento de especialistas) e os dados incluídos nos itens da saúde ocupacional (história ocupacional, fatores de risco ambiental, saúde e segurança ocupacional). Novamente, pelo fato de os respondentes serem especialistas na área, as avaliações limitaram-se aos aspectos específicos da saúde ocupacional.

Cabe comentar um achado interessante na tabela 20, em relação à frequência do número de especialistas obtida na avaliação de dados incluídos nos itens da saúde ocupacional como diagnóstico atual (75%), uma vez que tal diagnóstico também atende ao índice de morbidade e direciona as intervenções do cuidado de enfermagem.

A partir destes achados, optou-se por não levar em consideração esta coluna de respostas para modificar os elementos [dados] do construto



proposto, porque ela foi considerada apenas uma “forma de argumentação” para complementar a análise dos dados deste estudo.

### 5.3.2. Testes Preliminares dos Elementos para a proposta do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional

Esta etapa do estudo possibilitou verificar se os elementos listados no instrumento submetido aos especialistas poderiam ser submetidos a testes preliminares, com o objetivo de verificar sua adequação e pertinência e possibilitar as mudanças necessárias, antes da definição final dos itens e elementos do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Para a realização dos testes, foram então selecionados 19 registros eletrônicos (n =19) de consulta de enfermagem da reabilitação ocupacional no local do estudo.

Como já dito anteriormente, entre os principais processos assistenciais informatizados na instituição local do estudo, tem-se a identificação de pacientes, atendimento ambulatorial (administrativo), serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, internação, prescrição médica e de enfermagem, sumários médicos de alta e óbito, agendamento e realização de cirurgias.

Observou-se que os dados incluídos nos itens demográficos do paciente/cliente são adequados e pertinentes, pois eles foram encontrados em 100% dos registros eletrônicos analisados. Esses dados são registrados

no sistema de informação da instituição dentro de um aplicativo de gestão hospitalar, onde o item identificação de pacientes contempla os dados demográficos previstos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Este sistema, em operação desde 1997, possibilita que, no momento da admissão do paciente/cliente, esses dados sejam inseridos na base de dados e disponibilizados aos profissionais envolvidos no cuidado, para que possam ser acessados, atualizados e analisados dinamicamente (REVISTA DO CLÍNICAS, 2003).

Dos dados incluídos nos itens do serviço, apenas aqueles que respondem ao tipo de atividade prestada (grupo de apoio e educação permanente), à complexidade do cuidado (demanda de pacientes/clientes e reclamações do atendimento) e as datas de admissão e de alta ambulatorial, previstos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional, não estão contemplados, necessitando, portanto, adequação para a sua respectiva pertinência no sistema de informação da instituição. Os demais dados incluídos neste item apresentaram uma frequência de 100% nos registros eletrônicos analisados.

Quanto aos dados incluídos nos itens do cuidado de enfermagem, apenas os relacionados ao gerenciamento do cuidado, como intensidade do cuidado, acessibilidade do paciente/cliente e volume do cuidado, não estão contemplados, necessitando adequação para pertinência no sistema de informação.

Em 2004, como já mencionado, foi implantado no hospital o registro eletrônico da consulta médica e de enfermagem no atendimento ambulatorial. Nesse ambiente, foram incluídas ferramentas para permitir o registro da avaliação inicial do paciente (anamnese e exame físico) e da avaliação posterior (evolução), da lista de medicamentos, diagnósticos ativos, consultas (atendimentos) anteriores, procedimentos realizados no atendimento, emissão de receitas e atestados, solicitação e consulta de exames (REVISTA DO CLÍNICAS, 2003).

Sendo assim, dos demais dados incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional, identificou-se uma frequência alta (100% dos registros eletrônicos) na presença de dados relacionados à anamnese e exame físico, às intervenções de enfermagem, aos resultados de enfermagem e ao atendimento do paciente/cliente. Contudo, detectou-se a necessidade de que estes sejam adequados ao sistema informatizado, pois os documentos analisados demonstraram baixa frequência na presença de dados incluídos nos elementos de anamnese e exame físico – como revisão de sistemas (36,8% dos registros eletrônicos), exames laboratoriais e imagem (36,8% dos registros eletrônicos), mobilidade e locomoção (31,6% dos registros eletrônicos), lazer (26,3% dos registros eletrônicos), hidratação (21,1% dos registros eletrônicos), sono/repouso (10,5% dos registros eletrônicos), alergias (10,5% dos registros eletrônicos), fatores de risco familiar (10,5% dos registros eletrônicos), frequência respiratória (10,5% dos registros eletrônicos) e glicemia capilar (5,3% dos registros eletrônicos) – e nos elementos relacionados ao paciente/cliente

atendido, como afastado ou não das atividades do trabalho (42,1% dos registros eletrônicos) e perícia médica da previdência social (21,1% dos registros eletrônicos).

Finalmente, os dados incluídos nos itens da saúde ocupacional foram considerados pertinentes (100% dos registros eletrônicos), necessitando de adequação no sistema informatizado especialmente os dados relacionados à história ocupacional e aos fatores de risco ambiental.

Nos documentos eletrônicos analisados, observou-se ainda uma frequência baixa no registro dos dados incluídos nos elementos da história ocupacional e nos fatores de risco ambiental, como tipo de atividade atual (36,8% dos registros eletrônicos), processo de trabalho (15,8% dos registros eletrônicos), tempo na atividade/ocupação (15,8% dos registros eletrônicos), jornada de trabalho (15,8% dos registros eletrônicos), local de trabalho (15,8% dos registros eletrônicos), tipo de atividade anterior (5,3% dos registros eletrônicos) e motivo da consulta (5,1% dos registros eletrônicos).

Considerando os aspectos formais e o alcance dos registros eletrônicos, estes resultados ressaltam que os dados incluídos no Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional podem ser considerados pertinentes e adequados para alimentar o banco de dados destinado a garantir a análise e avaliação das informações para apoiar o cuidado de enfermagem nesta área de atuação.

## ***6. ELEMENTOS E DEFINIÇÕES DO CONJUNTO DE DADOS ESSENCIAIS DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE OCUPACIONAL***

Para concretizar o objetivo geral deste estudo, foi realizada a revisão bibliográfica sobre o tema, foram verificadas pesquisas similares que possibilitassem a utilização (ou adaptação) dos elementos [dados], foram identificados e selecionados os termos utilizados nos registros de enfermagem para a inclusão desses elementos [dados] no conjunto de dados (viabilidade e confiabilidade), foram avaliados os elementos [dados] identificados por um grupo de juízes (validação de conteúdo) e, por fim, foi realizado o teste preliminar do construto, etapa em que ocorreram diversas modificações (dados foram agregados, suprimidos, mesclados e alterados) para se chegar à apresentação da versão final do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional que ora se apresenta.

## 6.1. Elementos Demográficos do Paciente/Cliente

Definição: Características que identificam aspectos básicos individuais e do universo do paciente ou cliente.

Variável	Definição
<b>Número do registro paciente/cliente* e**</b>	Número único designado para cada paciente ou cliente no cartão SUS ou dentro da instituição e que especifica o registro de atendimento no prontuário. [NÚMERO]
<b>Nome paciente/cliente**</b>	Nome do paciente ou cliente registrado em documento de identificação legal. [NOME]
<b>Idade**</b>	Data de nascimento (dia, mês e ano), sendo o ano de nascimento em quatro dígitos, tornando o dado mais preciso no caso de pessoas com mais de 100 anos. [DDMMAAAA]
<b>Raça**</b>	Raça predominante do paciente ou cliente. [BRANCA] [NEGRA] [AMARELA] [MESTIÇA] [INDÍGENA] [OUTRAS]
<b>Sexo**</b>	Sexo do paciente ou cliente. [MASCULINO] [FEMININO]
<b>Procedência**</b>	Local de procedência do paciente ou cliente para fins estatísticos do sistema de referência e contra-referência. [MUNICÍPIO – Tabela IBDE]
<b>Estado civil**</b>	Estado civil do paciente ou cliente. [CASADO] [SOLTEIRO] [VIÚVO] [DIVORCIADO] [SEPARADO] [OUTROS]
<b>Ocupação</b>	Atividades desenvolvidas pelo paciente ou cliente em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho. [Lista adaptada CBO – Classificação Brasileira de Ocupações]
<b>Escolaridade em anos</b>	Rendimento escolar desenvolvido pelo paciente ou cliente em anos. [NENHUM] [IGNORADO] [-1 ANO] [1 – 4 ANOS] [5 – 8 ANOS] [9 – 11 ANOS] [SUPERIOR] [SUPERIOR INCOMPLETO]
<b>Endereço completo**</b>	Designação do principal local onde o paciente ou cliente usualmente reside. [NOME LOGRADOURO], [NÚMERO], [COMPLEMENTO], [BAIRRO], [CIDADE], [ESTADO] [CEP]

OBS: com base nas definições de \* WERLEY e LANG (1988); \*\* DATASUS (1999).

## 6.2. Elementos do Serviço

Definição: Informações que relacionam o profissional com o local que presta o serviço de cuidado em saúde, com destaque para informações específicas ao longo da continuidade deste relacionamento.

Variável	Definição
<b>Nome da instituição**</b>	Identifica a instituição na qual o paciente ou cliente recebe o cuidado de saúde. [LISTA NOMES]
<b>Nome do serviço*</b>	Nome e número do serviço ou programa que identifica a especialidade na qual o paciente ou cliente será atendido. [LISTA NÚMERO E NOME AGENDA]
<b>Tipo de convênio**</b>	Identificação da fonte pagadora do atendimento. [CÓDIGO] [DESCRIÇÃO]
<b>Data de admissão ambulatorial</b>	Data inicial com dia, mês e ano do atendimento ao paciente ou cliente. [DDMMAAAA]
<b>Data de alta ambulatorial</b>	Data de término do atendimento (tratamento) com dia, mês e ano do atendimento ao paciente ou cliente. [DDMMAAAA]
<b>Data da consulta de enfermagem</b>	Data (dia, mês e ano) da realização da consulta de enfermagem. [DDMMAAAA]
<b>Equipe de atendimento*</b>	Perfil demográfico do profissional responsável pelo cuidado de enfermagem prestado. [ENFERMEIRO] [PROFESSOR ENFERMAGEM] [ACADÊMICO ENFERMAGEM]
<b>Profissional de enfermagem do atendimento*</b>	Profissional responsável pelo cuidado de enfermagem prestado ao paciente ou cliente durante o tratamento naquela especialidade. Nome do profissional do atendimento [NOME] Número de registro na instituição [NÚMERO] Número do registro profissional [NÚMERO COREn <sup>1</sup> ]
<b>Tipo de atividade de enfermagem</b>	Tipo de atividade desenvolvida pelo profissional no cuidado prestado ao paciente ou cliente. Consulta de enfermagem [CO] Grupo de apoio [GA] Educação permanente [EP]

<sup>1</sup> COREn Conselho Regional de Enfermagem, órgão competente que regulamenta o exercício profissional de enfermagem

OBS: com base nas definições de \* WERLEY e LANG (1988) e \*\* DATASUS (1999).

Variável	Definição
<b>Volume do cuidado de enfermagem</b> * e ***	Total de horas e equipe de enfermagem envolvida no cuidado de enfermagem prestado aos pacientes ou clientes. Medidas de quantidade e disponibilidade destes profissionais para o atendimento individual ou coletivo da população. Total de horas do cuidado por semana [4 h] [8 h] [12 h] [20 h] Equipe envolvida: [ENFERMEIRO] [PROFESSOR ENFERMAGEM] [ACADÊMICO ENFERMAGEM] [TÉCNICO ENFERMAGEM] Disponibilidade para atendimento por profissional [Cálculo do número de pacientes ou clientes por tipo de atividade] [Cálculo do número de horas de cuidado por paciente ou cliente, por tipo de atividade]
<b>Complexidade do cuidado de enfermagem***</b>	Medidas de percepção dos fatores internos e externos de impacto no cuidado de enfermagem prestado por ano. Calculado a partir do sistema de informação. Demanda de pacientes/clientes [1] [2] [3] [4] [5] Baixa ..... Alta Heterogeneidade de pacientes/clientes [1] [2] [3] [4] [5] Baixa ..... Alta Reclamações do atendimento [1] [2] [3] [4] [5] Baixa ..... Alta
<b>Custos do cuidado de enfermagem prestado***</b>	Custo direto e indireto do cuidado de enfermagem prestado por ano. Total do custo do profissional por tipo de atividade [VALOR R\$] Total do custo do material gasto com o paciente ou cliente por atividade [LISTAR PROCEDIMENTOS E VALOR R\$] Instalações, equipamentos e pessoal administrativo e de enfermagem compartilhados no ambulatório [VALOR R\$]

OBS: com base nas definições de \* WERLEY e LANG (1988) e \*\*\* DELANEY e HUBER (1996).



### 6.3. Elementos do Cuidado de Enfermagem

Definição: Elementos derivados do processo de enfermagem, neste estudo definido como uma assistência ordenada e sistematizada do cuidado de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente ou cliente.

Variável	Definição
<b>Anamnese e exame físico</b>	<p><u>Anamnese</u>: entrevista com roteiro para coleta ordenada de dados da memória do paciente ou cliente, visando diagnósticos para o atendimento prestado (TURATO, 2003).</p> <p><u>Entrevista</u>: levantamento de dados pessoais do paciente ou cliente e da família relacionados à saúde e necessidades básicas, implicados no diagnóstico, exame físico e laboratorial específicos.</p> <p><u>Exame físico</u>: mensuração de sinais clínicos e uso de técnicas como inspeção, palpação, percussão e ausculta, para identificar evidência física de capacidade e/ou incapacidade funcional apresentada pelo paciente ou cliente atendido.</p> <p>Revisão de sistemas (respiratório, circulatório, neuromuscular e sensorial) [SEM ALTERAÇÃO] [COM ALTERAÇÃO – TEXTO LIVRE]</p> <p>Alimentação [ADEQUADA] [INADEQUADA]</p> <p>Hidratação [ADEQUADA] [INADEQUADA]</p> <p>Sono/repouso [SEM ALTERAÇÃO] [COM ALTERAÇÃO – LISTAR]</p> <p>Atividade física [BAIXA] [MODERADA] [ALTA]</p> <p>Lazer [BAIXA] [MODERADA] [ALTA]</p> <p>Alergias [AUSENTE] [PRESENTE – LISTAR TIPO]</p> <p>Eliminações</p> <p>    Urinárias [SEM ALTERAÇÃO] [COM ALTERAÇÃO – LISTAR]</p> <p>    Intestinais [SEM ALTERAÇÃO] [COM ALTERAÇÃO – LISTAR]</p> <p>Antecedentes mórbidos [AUSENTE] [PRESENTE – LISTAR TIPO]</p> <p>Fatores de risco familiar [AUSENTE] [PRESENTE – LISTAR TIPO]</p> <p>Peso (kg) [NÚMERO]</p> <p>Altura (cm) [NÚMERO]</p> <p>Índice de massa corporal [NUMERO – Cálculo do valor do peso /valor da altura<sup>2</sup>]</p> <p>Pressão arterial (mmHg) [NÚMERO]</p> <p>Frequência cardíaca (bpm) [NÚMERO]</p> <p>Frequência respiratória (mrpm) [NÚMERO]</p>

Variável	Definição
	Exames laboratoriais e imagem [AUSENTE] [PRESENTE – LISTAR] Glicemia capilar (HGT) [TEXTO LIVRE] Condições gerais de corpo e membros [TEXTO LIVRE] Mobilidade e locomoção [INALTERADA] [ALTERADA – TEXTO LIVRE] Estado emocional [TRANQUÍLO][DEPRIMIDO][ANSIOSO][MEDO] Observações adicionais [TEXTO LIVRE]
<b>Diagnóstico de enfermagem*</b>	Descrição do diagnóstico atual com base na análise e interpretação das informações obtidas visando à tomada de decisão sobre a avaliação de saúde do paciente ou cliente. [LISTA DE DIAGNÓSTICOS ATUAIS OU POTENCIAIS]
<b>Intervenções de enfermagem*</b>	Descrição da intervenção da consulta de enfermagem, ações planejadas pelo profissional de enfermagem para beneficiar o paciente ou cliente. Orientações às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional [LISTAR ORIENTAÇÕES] Educação em saúde para auto-cuidado [LISTAR ORIENTAÇÕES] Indicação de exames laboratoriais [LISTAR EXAMES] Encaminhamentos para outros profissionais [LISTAR ESPECIALIDADES] Procedimento de alta ambulatorial [TEXTO – Sumário de Alta]
<b>Resultados de enfermagem*</b>	Medidas de avaliação do estado de resolução dos diagnósticos e intervenções de enfermagem pelo paciente ou cliente. Dificuldade no controle/manejo do tratamento [NÃO] [SIM – TEXTO LIVRE] Necessidades de informação sobre doença ou dano atual e/ou tratamento [RESOLVIDO] [NÃO RESOLVIDO] Comportamento frente às orientações de enfermagem [ADERENTE] [NÃO ADERENTE]
<b>Paciente/cliente atendido***</b>	Características da população atendida no ambulatório na agenda de enfermagem. Situação atual [AFASTADO] [NÃO AFASTADO] do trabalho Desempregado [SIM] [NÃO] Perícia médica da previdência social [SIM] [NÃO] Acompanhamento de especialistas [LISTAR ESPECIALISTAS]
<b>Acessibilidade do paciente/cliente***</b>	Medidas de tempo e distância para justificar o atendimento ao paciente ou cliente e alcançar o ponto de cuidado. Tempo deslocamento até o serviço [15' a 30'] [60'] [120'] [+ de 120'] Meio de transporte até o serviço [TRANSP. INDIVIDUAL] [AMBULÂNCIA] [TRANSP. COLETIVO] Distância geográfica do ponto do cuidado [MUNICÍPIO – Tabela IBDE]

OBS: com base nas definições de \* WERLEY e LANG (1988) e \*\*\* DELANEY e HUBER (1996).

## 6.4. Elementos da Saúde Ocupacional

Definição: Informações básicas e instrumentais na investigação longitudinal da saúde ocupacional para o sucesso do atendimento profissional nesta área de atuação.

Variável	Definição
<b>História Ocupacional****</b>	Identifica os elementos adicionais da história de trabalho percorrida pelo paciente ou cliente atendido, visando compreender a relação saúde-trabalho-adoecimento. Tipo de atividade atual [Lista adaptada CBO <sup>2</sup> ] Tipo de atividade anterior [Lista adaptada CBO] Processo de trabalho (o que e como executa) [TEXTO LIVRE] Tempo na atividade/ocupação [TEXTO LIVRE] Jornada de trabalho [8 h] [16 h] [24 h]
<b>Fatores de Risco Ambiental****</b>	Deve responder as questões qual, onde, quando e como. Completa a investigação sobre os agentes encontrados no ambiente de trabalho. Exposição de fator de risco ocupacional [QUIMICO - listar] [FÍSICO - listar] [BIOLÓGICO - listar] [ERGONÔMICO - listar] [PSICOSSOCIAL - listar] [DURAÇÃO – TEXTO LIVRE] Utilização de equipamento de proteção individual – EPI [SEMPRE] [NUNCA] [ÀS VEZES] Local de trabalho (percepções do fator de risco) [TEXTO LIVRE] Ambiente de trabalho (relações e divisão do trabalho) [TEXTO LIVRE] Aspectos ergonômicos (organização, condições e conteúdo do trabalho) [AUSENTE] [PRESENTE – TEXTO LIVRE]
<b>Saúde e Segurança Ocupacional****</b>	Atende ao índice de morbidade e mortalidade de cada paciente ou cliente trabalhador. Complementa a anamnese com dados laborais e implicados para a elaboração do diagnóstico de saúde. Motivo da consulta [LISTAR SINAIS] Tratamento atual [TEXTO LIVRE] História médica de saúde [TEXTO LIVRE] Diagnóstico atual CID-10 [LISTAR CID-10] Procedimento cirúrgico [LISTAR PROCEDIMENTO] Medicamentos em uso [LISTAR MEDICAÇÕES] Sintomas atuais da doença ou dano ocupacional [LISTAR SINTOMAS] Queixas atuais [LISTAR SINTOMAS] Problemas sociais e/ou familiares que interferem no tratamento [AUSENTE] [PRESENTE – TEXTO LIVRE]

<sup>2</sup> CBO = Classificação Brasileira de Ocupações

OBS: com base nas definições de \*\*\*\* LYNCH (1986).

## **7. CONCLUSÕES**

Neste estudo é apresentado um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na área da Saúde Ocupacional com 31 itens, divididos nas seguintes categorias: elementos demográficos do paciente/cliente, elementos do cuidado de enfermagem, elementos do serviço e elementos da saúde ocupacional. Foi estruturado a partir dos registros sistemáticos de consulta de enfermagem na saúde ocupacional para descrever a diversidade e variabilidade dessa área de atuação.

Este estudo permitiu concluir que:

- é possível a construção de um conjunto de dados essenciais de enfermagem na saúde ocupacional a partir da seleção de termos utilizados nos registros enfermagem para servir como referencial de mudança nos sistemas de informação em saúde no cenário nacional e proporcionar a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde);
- os referenciais do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem e Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem adotados responderam às necessidades teórico-analíticas para a inclusão dos itens e elementos [dados] que descrevessem o cuidado de enfermagem no cenário da saúde ocupacional;

- os testes preliminares permitiram observar que os elementos [dados] do conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional podem ser relacionados a uma base de dados e a um sistema de informação computadorizado para atender as necessidades da prática, da pesquisa, da tomada de decisão e da qualidade da assistência prestada pela enfermagem na especialidade.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A informação documentada é um elemento essencial para a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem. Por isso, os registros precisam traduzir a aplicação do processo de enfermagem, onde a ação e os cuidados prestados ao paciente estão assegurados pelos aspectos éticos e legais.

A adoção do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem na área da Saúde Ocupacional facilitará a análise para identificar a estrutura de determinação do processo trabalho-saúde-adoecimento individual ou coletivo e as características dos grupos sociais em que ocorre, permitindo melhor composição do quadro das condições reais ou potenciais de vida e trabalho. As informações processadas devem conter os elementos para a explicação e entendimento dos processos causais, com o elenco de fatores sensíveis às intervenções, possibilitando também o conhecimento sobre a situação de saúde para a tomada de decisões e o acompanhamento e avaliação dos resultados das medidas implementadas.

A partir dos achados deste estudo, verifica-se que os dados registrados não foram completamente trabalhados e informados (processo de captura, armazenamento e processamento do dado para informação) nas fases do registro da consulta de enfermagem para garantir a transparência deste processo e a produção de um conhecimento que fundamente o cuidado prestado.

Nessa perspectiva, este estudo ressaltou a importância de se determinar um conjunto de dados essenciais que tenha prioridade nos desenhos de formulários que alimentam as bases de dados, para que esses dados possam ser melhor documentados e estruturados nos sistemas de informação. E, a partir disso, permitir que tais dados sejam melhor explorados pela enfermagem, no sentido de produzir a informação correta para desempenhar e descrever suas práticas de cuidado na saúde ocupacional.

Finalizando, destaca-se que este estudo não se encerra neste relatório de tese; na verdade, abre um caminho de possibilidades para que a *“os enfermeiros aprendam a usar os meios tecnológicos NA enfermagem e pensem nestas tecnologias PARA a enfermagem”*. Desse modo, aponta-se a probabilidade de um projeto de desenvolvimento para a implementação e a avaliação do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional, aqui construído, no sistema computacional da instituição local do estudo. Este avanço facilitará a estruturação de elementos do conjunto de dados proposto, pois o protocolo informatizado de coleta de dados para avaliação inicial e posteriores pode ser melhor estruturado ou atualizado para atender as necessidades e benefícios apontados neste estudo.

## 9. REFERÊNCIAS

AXT, M. Ensino e aprendizagem inovadores com tecnologias. **Revista Informática na Educação: teoria & prática**, Porto Alegre, v.3, n.1, p. 56-64, set. 2000.

BRASIL. Secretaria Especial de Informática – Proposta de plano setorial da informática em saúde. Relatório da Comissão de Informática em Saúde. Brasília (DF): 1988.

BRASIL. *Lei nº 8.213*, de 24 de julho de 1991. Planos de benefícios da previdência social e outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 27 set. 1991.

BRASIL. Leis, decretos, portarias, etc. Nova NR-7: programa de controle médico é a grande novidade da norma. *Proteção*, p. 44-47, mar. 1995.

BRASIL. *Portaria nº 1.679*, de 19 de setembro de 2002. Estrutura a rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 set. 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Segurança e saúde: legislação e normas**. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em <http://www.mte.gov.br/temas/segsau/legislação/normas>. Acesso em: 2004.

BULHÕES, I. **Enfermagem do trabalho**. Rio de Janeiro: IDEAS, 1986. v. 2.

CAMARA, G. R. Sistemas de informações em saúde do trabalhador. In: CARVALHO NETO, A.; SALIM, C. A. (Orgs). **Novos desafios em saúde e segurança no trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Belo Horizonte: Fundacentro, PUC – Minas. 2001. p. 241-258.

CARRIERI, A. de P. A gestão da saúde e da segurança ocupacionais (S & SO) nas organizações como uma possível estratégia competitiva em um mundo globalizado. In: CARVALHO NETO, A.; SALIM, C. A. (Orgs). **Novos desafios em saúde e segurança no trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Belo Horizonte: Fundacentro, PUC – Minas. 2001. p. 221-229.

COLLIÈRE, MF. **Promouvoir la vie: de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers**. Paris: InterEditions, 1982.



COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.496, de 08 de junho de 1987, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Rio de Janeiro, 1990.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

DATASUS. Resposta à solicitação de propostas PCR – SOP 001/99: conjunto mínimo de informações do prontuário para integração da informação em saúde. Documento PCR: PCR – 1999 -02-23. Disponível em: <www.datasus.gov.br/pcr>. Acesso em: 1999

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. The nursing minimum data set, standardized language, and health care quality. **J Nurs Care Qual**, v.10, n.1, p. 16-30, 1995.

DELANEY, C; HUBER, D. **A nursing management data set (NMMDS): a report of an invitational conference**. Monograph. Chicago Ill: Collaborative Project The University of Iowa Nursing Management Minimum Data Set Research Team and American Organization of Nurse Executives, 1996.

DIAS, E. C. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000. p.3-28.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality: assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980. p.1-136.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Méd**, v.114, n.11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

\_\_\_\_\_. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? **Rev Calidad Asistencial**, v.16, n. 1, S80-S87, 2001a. Suplemento.

\_\_\_\_\_. Evaluación de la calidad de la atención médica. **Rev Calidad Asistencial**, v.16, n. 1, S11-S27, 2001b. Suplemento.

FAHRENKRUG, MA. Development of a nursing data set for school nursing. **J Sch Nurs**, v.19, n.4, p. 238-248, Aug. 2003.

FELDMAN, L B. **A análise dos critérios de avaliação do serviço de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional**. 161 f.; il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa do Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade de Guarulhos. Guarulhos, 2002.

FERNANDES, V.R. Vigilância epidemiológica das doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Textos de apoio em vigilância epidemiológica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998. p.131-141.

FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

GOOSSEN, W.T.; EPPING, P.J.; FEUTH, T.; DASSEN, T.W.; HASMAN, A.; VAN DEN HEUVEL, W.J. A comparison of nursing minimal data sets. **J Am Med Inform Assoc**. v.5, n.2, p. 152-163, 1998.

GOOSSEN, W.T.F.; EPPING, P.J.M.M.; VAN DEN HEUVEL, W.J.A.; FEUTH, T.; FREDERIKS, C.M.A.; HASMAN, A. Development of the nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. **Journal of Advanced Nursing**, v.31, n.3, p. 536-547, 2000.

GRAVES, J.R; CORCORAN, S. The study of nursing informatics. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**, v.21, n.4, p.227-231, Winter 1989.

GREENES, R.A.; SHORTLIFFE, E.H. Medical informatics: an emerging academic discipline and institucional priority. **Journal of American Medical Association**, v.263, n.8, p. 1114-1120, 1990.

HANNAH, K.J.; BALL, M.J.; EDWARDS, M.J.A. **Introduction to nursing informatics**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer-Verlag, 1999.

HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. da S. (Orgs). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2.ed. Goiânia: Ed.AB, 2001.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979. 99p.

HUBER, D.G.; DELANEY, C.; CROSSLEY, J.; MEBMERT, M.; ELLERBE, S. A nursing management minimum data set: significance and development. **J Nurs Adm**. v. 22, n. 7/8, p. 35-40, 1992.

HUBER, D.G; SCHUMACHER, L.; DELANEY, C. Nursing management minimum data set (NMMDS). **J Nurs Adm**, v.27, n.4, p. 42-48, 1997.

ICN. International Council of Nurses. **Beta 2 - International classification for nursing practice (ICNP)**. Geneva, 2002. Available at <<http://www.icn.ch>>

LYNCH, J.J. Components of occupational health information systems. **Journal of AMRA**, v.57, n.1, p. 19-22, 1986.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Trad. Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M.J.M. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Orgs). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.43-52.

MARIN, H. de F. **Informática em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1995.

MARIN, H. de F; RODRIGUES, R. J.; DELANEY, C.; NIELSEN, G. H.; YAN, J. (Editors). **Building standard-based nursing information systems.** Pan American Health Organization / World Health Organization, Division of Health Systems and Services Development. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2000.

MARIN, H. de F. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima, AZEVEDO NETO, Raymundo Soares de *et al.* **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p.73-83.

MENDES, R. **Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.

MOTA, E.; CARVALHO, D.M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.605-628.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002.** Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

NELSON, R. Data processing. In: SABA, V. K.; McCORMICK, K. A. (Editors). **Essencial of computers for nurses: informatics for the new millenium.** 3<sup>th</sup> ed. New York: McGrall-Hill, 2001. p. 85-100.

NOHSC. National Occupational Health & Safety Commission. **Possible applications of disease minimum data set: to future activities relating to occupational disease.** Canberra/Austrália, April 2002.

PAULO, A.F.; CURY, R.; FERREIRA JÚNIOR, M. Gestão e gerência de programas preventivos de saúde nas empresas. In: FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores.** São Paulo: Roca, 2000. p. 67-79.

PEREIRA, R.C.J.; GALPERIM, M.R. de O. Cuidando-ensinando-pesquisando. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J. MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 189-203.

POLAK, Y. N. de S.; REICH, S. T. S. Abrindo trilhas, descortinando novos horizontes na educação à distância. **Revista Formação**, Brasília, Ministério da Saúde, v. 2, n. 4, jan. 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RANTZ, M.J.; POPEJOY, L.; ZWYGART-STAUFFACHER, M.; WIPKE-TEVIS, D.; GRANDO, V.T. Minimum data set and resident assessment instrument: can using standardized assessment improve clinical practice and outcomes of care? **J Gerontol Nurs**, v.25, n.6, p. 35-43; quiz 54-5, 1999.

REVISTA DO CLÍNICAS. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, n.1, p. 20-22, dez. 2003.

ROBERTS, J.C., COALE, J.G., REDMAN, M.A. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. **JAMA**, v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

SABA, V. K.; McCORMICK, K. A. **Essencial of computers for nurses**: informatics for the new millenium. 3<sup>th</sup> ed. New York: McGrall-Hill, 2001.

SAFRAN, C.; PERREAULT, L.E. Management of information in integrated delivery networks. In: SHORTLIFFE, E.H.; PERREAULT, L.E.; WIEDERHOLD, G.; FAGAN, L.M. (Eds). **Medical informatics**: computer applications in health care and biomedicine. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Spring-Verlag, 2001. p. 359-396.

SANTOS, N.; FIALHO, F. A. P. **Manual de análise ergonômica no trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995.

SILVEIRA, D.T. **Consulta-ação**: educação e reflexão nas intervenções de enfermagem no processo trabalho-saúde-adoecimento. 154 f.; il. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Expandido, Universidade Federal de Santa Catarina/ Convênio Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

\_\_\_\_\_. Intervenção no processo trabalho-saúde-adoecimento baseada no modelo de sistemas de Betty Neuman. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n. 1, p. 31-43, 2000.

\_\_\_\_\_. Consulta-ação: uma metodologia de enfermagem na saúde do trabalhador. In: HAAG, Guadalupe Scarparo; LOPES, Marta Júlia Marques; SCHUCK, Janete da Silva (Orgs). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2.ed. Goiânia: Ed.AB, 2001. p.44-58.

SILVEIRA, D.T.; MACIEL, D.N.P.; SOUZA, S.B.C. O cuidado de enfermagem ao adulto trabalhador. In: CIANCIARULLO, T. (Org). **O cuidado de enfermagem ao adulto no contexto da atenção básica de saúde**. São Paulo: Editora Manole, 2005. (Projeto Série Graduação em Enfermagem). no prelo.

SILVEIRA, D.T.; MARIN, H. de F. **Nursing documentation in occupational health**. In: The XIX International Congress of European Federation for Medical Informatics, Geneva, 2005. Amsterdam: Proceedings of MIE 2005: Connecting Medical Informatics and Bio-Informatics, IOS, 2005, v.116, p.143-148. ISBN 1-58603-54

TOTH, D.; DiBENEDETTO, D.V. A standardized language for occupational health nursing: the nursing minimum data set. **AAOHN J**, v.51, n.7, p.283-286, July 2003.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. da S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996.

VOLRATHONGCHAI, K.; DELANEY, C.W.; PHUPHAIBUL, R. Nursing minimum data set development and implementation in Thailand. **J Adv Nurs**, v.43, n.6, p. 588-594, 2003.

WAGNER, M.B.; MOTTA, V.T.; DORNELLES, C.C. **SPSS passo a passo: statistical package for the social sciences**. Caxias do Sul: EDUCS, 2004. 172 p.

WEED, L. Medical records, medical education and patient care. **Irish Journal of Medical Science**, Dublin, v. 17, n. 6, p. 271-282, June 1964.

WERLEY, H. H.; LANG, N. M. (Editors). **Identification of the nursing minimum data set**. New York: Springer Publishing Company, 1988.

WERLEY, H. H.; DEVINE, E.C.; ZORN, C.R. The nursing minimum data set: effort to standardize collection of essential nursing data. In: Ball MJ, Hannah KJ, Jelger UG, Peterson H, editors. **Nursing informatics: where caring and technology meet**. New York: Springer-Verlag, 1988. p. 160-167.

---

WERLEY, H. H.; DEVINE, E.C.; ZORN, C.R.; RYAN, P.; WESTRA, B.L. The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. **Am J Public Health**, v. 81, n.4, p. 421-426, 1991.

WHO (World Health Organization). **Informatics and telematics in health: present and potential uses**. Geneva, 1988. ISBN 92 4 156117 3.

**APÊNDICES****APÊNDICE A – Tabelas com elementos dos registros de consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional****Tabela 21 – Dados subjetivos (S.) nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.**

<b>Dados subjetivos (S.)</b>	(continua)	
	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Alimentação	721	93,0
Hidratação	693	89,4
Sintomas da doença atual	670	86,5
Queixas atuais	666	85,9
Atividade física	619	79,9
Comportamento frente orientações de enfermagem	586	75,6
Tratamento atual	490	63,2
Medicações em uso	410	52,9
Nome	232	29,9
Idade	219	28,3
Situação atual do trabalho	195	25,2
Eliminações urinárias	184	23,7
Dificuldade de controle do tratamento	176	22,7
Necessidades de informação sobre a doença atual e /ou tratamento	168	21,7
Tipo de atividade atual	161	20,8
Auto-estima	150	19,4
Eliminações intestinais	148	19,1
Necessidades psicossociais	138	17,8
História médica	129	16,6
Sono / repouso	127	16,4
Revisão sistema de regulação térmico vascular	110	14,2
Diagnóstico médico	87	11,2
Demais sem alterações	87	11,2
Jornada de trabalho	70	9,0
Morbimortalidade familiar	65	8,4
Queixa principal	64	8,3
Motivo consulta	64	8,3
Processo de trabalho	63	8,1

<b>Dados subjetivos (S.)</b>	(conclusão)	
	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Condições de trabalho	62	8,0
Revisão sistema reprodutivo	59	7,6
Relacionamento familiar	58	7,5
Revisão sistema respiratório	52	6,7
Ambiente de trabalho	48	6,2
Ocupação	45	5,8
Lazer	42	5,4
Estado civil	36	4,6
Tempo da atividade	34	4,4
Procedência	34	4,4
Tipo de atividade anterior	32	4,1
Local de trabalho	32	4,1
Revisão sistema neurológico	28	3,6
No. filhos	28	3,6
Acompanhado por familiar	26	3,4
Setor de trabalho	25	3,2
Procedimento cirúrgico	25	3,2
Raça	15	1,9
Alergias	13	1,7
Naturalidade	12	1,5
Álcool /drogas /fumo	10	1,3
Fone contato	7	0,9
Religião	6	0,8
Comunicação acidente trabalho (CAT)	6	0,8
Com quem reside	5	0,6
Sexo	3	0,4



**Tabela 22** – *Dados objetivos (O.)* nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

<b>Dados objetivos (O.)</b>	<b>Freqüência</b>	<b>% (n= 777)</b>
Tensão arterial	749	96,6
Peso	737	95,1
Comportamento	483	62,3
Altura	232	29,9
Exames laboratoriais e outros	223	28,8
Estado emocional	219	28,3
MEMBROS (Superiores – MSs e Inferiores – MIs)	187	24,1
Demais não observado	166	21,4
Comunicação	146	18,8
IMC (Índice de Massa Corporal)	139	17,9
Nível de consciência	136	17,5
Estado geral	130	16,8
Mobilidade	88	11,4
Freqüência cardíaca	74	9,5
Condições de pele	60	7,7
Hemoglicoteste capilar	56	7,2
Locomoção	54	7,0
Fácies	53	6,8
Freqüência respiratória	42	5,4
Condições respiratórias	41	5,3
Pescoço	31	4,0
Mucosas	29	3,7
Ouvido	25	3,2
Equilíbrio	21	2,7
Olhos	18	2,3
Abdômen	17	2,2

**Tabela 23** – *Dados de impressão (I.)* nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2004.

<b>Dados de impressão do enfermeiro sobre o cliente (I.)</b>	<b>Freqüência</b>	<b>(continua)</b>
		<b>% (n = 777)</b>
Aderente ao tratamento proposto	223	28,7
Ansiedade	153	19,7
Demonstra interesse pelo tratamento	143	18,4
Dificuldades em aderir ao tratamento	99	12,7
Não aderente ao tratamento proposto	96	12,4
Interessado (a) nas orientações de enfermagem recebidas	79	10,2
Dor na região afetada	51	6,6
IMC alterado: obesidade	51	6,6
Interessado (a) e estimulado (a) para mudança de hábitos	48	6,2
Dislipidemia	44	5,7
Depressão	40	5,1
Desanimado (a) frente ao estado de saúde	37	4,8
Informado (a) e ciente das orientações e tratamento	36	4,6
Desmotivado (a) a seguir as orientações recebidas	35	4,5
Preocupado (a) com tratamento	29	3,7
Hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada	27	3,5
Déficit de conhecimento sobre patologias apresentadas	26	3,3
Tranquilo (a), receptivo (a)	24	3,1
Comunicativo (a)	23	3,0
Satisfeito (a) com a perda de peso	20	2,6
IMC alterado: sobrepeso	19	2,4
Agitado (a) e ansioso (a)	18	2,3
Consciente do não cumprimento do tratamento dietético e atividade física	18	2,3
Dieta inadequada	18	2,3
Hiperglicemia	16	2,1
Baixa auto-estima	15	1,9
Leve aumento de peso	15	1,9
Desinteressado (a) para mudança de hábitos	14	1,8
Níveis tensionais elevados	14	1,8
Dificuldade cognitiva em apreender orientações	13	1,7
Melhora auto-estima	12	1,5
Hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada	11	1,4

<b>Dados de impressão do enfermeiro sobre o cliente (I.)</b>	<b>Freqüência</b>	(continua)
		<b>% (n = 777)</b>
Quadro clínico lesão por esforço repetitivo (LER) ativo	10	1,3
Relato confuso e contraditório	10	1,3
Emocionalmente fragilizado (a)	9	1,2
Preocupado (a) com afastamento do trabalho	8	1,0
Tendência a manipular os fatos relatados	8	1,0
Afeto triste	7	0,9
Aagitado (a) e taquilálico (a)	7	0,9
Bom entendimento do estado de saúde	7	0,9
Desinformação e uso irregular de medicações	7	0,9
Leve perda de peso	7	0,9
Melhora humor	7	0,9
Postura corporal incorreta	7	0,9
Quadro clínico da patologia ocupacional estabilizado	7	0,9
Risco vascular aumentado	7	0,9
Sinais clínicos indicativos de infecção urinária	7	0,9
Alterações neurolocomotoras	6	0,8
Bom estado geral	6	0,8
Déficit de conhecimento em relação ao autocuidado	6	0,8
Estressado (a) situacional	6	0,8
Nutrição alterada mais do que as necessidades corporais	6	0,8
Idéias desorganizadas	5	0,6
Melhora do quadro clínico ocupacional	5	0,6
Obesidade persistente	5	0,6
Pouco comunicativo (a)	5	0,6
Problemas de relacionamento e organização no local de trabalho	5	0,6
Quadro clínico cervibraquialgia recidiva	5	0,6
Quadro clínico síndrome do túnel do carpo (STC) recidiva	5	0,6
Tabagismo	5	0,6
Angustiado (a) por não conseguir realizar tarefas diárias	4	0,5
Desconhece dieta adequada	4	0,5
Diabetes (DM II) descompensada	4	0,5
Ingesta hídrica diminuída	4	0,5
Melhora angústia e depressão	4	0,5
Não adaptado (a) ao processo de luto familiar	4	0,5
Quadro clínico fibromialgia ativo	4	0,5
Repouso prejudicado	4	0,5
Sinais clínicos indicativos de climatério	4	0,5
Sinais clínicos indicativos de disfunção renal	4	0,5

<b>Dados de impressão do enfermeiro sobre o cliente (I.)</b>	(continua)	
	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Adaptado ao processo de luto familiar	3	0,4
Diabetes (DM II) compensada	3	0,4
Edema devido efeito colateral da medicação antidepressiva	3	0,4
Exames laboratoriais alterados	3	0,4
Insatisfeito (a) com o tratamento medicamentoso	3	0,4
Mobiliário de trabalho inadequado	3	0,4
Risco para complicações diabéticas e hipertensivas	3	0,4
Sinais clínicos indicativos de infecção vaginal	3	0,4
Sintomas adversos com administração de medicação	3	0,4
Adaptado a dieta	2	0,3
Atividade física ineficiente	2	0,3
Aumento de peso relacionado ao não cumprimento do tratamento dietético e atividade física	2	0,3
Confuso (a) sobre tratamento e equipe de atendimento	2	0,3
Consciente e fortalecido (a) no manejo das situações	2	0,3
Demonstra quadro psicótico, risco para suicídio	2	0,3
Dieta e atividade física adequada	2	0,3
Dificuldades de comunicação	2	0,3
Melhora relacionamento no local de trabalho	2	0,3
Não utiliza equipamento de proteção individual (EPI)	2	0,3
Níveis tensionais e glicemia elevados	2	0,3
Níveis tensionais limítrofes	2	0,3
Paciente nervosa, não demonstra quadro psicótico	2	0,3
Peso inalterado	2	0,3
Quadro clínico fibromialgia recidiva	2	0,3
Satisfeito (a) com a possibilidade de retornar ao trabalho	2	0,3
Satisfeito (a) com resultado do tratamento	2	0,3
Sem atividade física e/ou lazer	2	0,3
Sintomas clínicos de verminose	2	0,3
Alterações nas eliminações relacionadas a pouca ingestão hídrica e alimentos ricos em fibra evidenciados pela constipação	1	0,1
Alterações sistema urinário	1	0,1
Atividade física adequada	1	0,1
Ausência de acompanhamento ginecológico	1	0,1
Cefaléia sem diagnóstico definido	1	0,1
Cefaléia sem diagnóstico definido relacionado à toxicidade por chumbo	1	0,1

(continua)		
<b>Dados de impressão do enfermeiro sobre o cliente (I.)</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Colesterol elevado relacionado à dieta	1	0,1
Comprometimento psiquiátrico importante	1	0,1
Conforto alterado relacionado a dor em membros superiores	1	0,1
Conforto alterado relacionado à patologia pulmonar	1	0,1
Crise pós-situação traumática	1	0,1
Dermatite de contato ocupacional ou devido ao aumento de ácido úrico	1	0,1
Desmotivado (a) com o retorno do trabalho	1	0,1
Edema devido às alterações nos níveis de Albumina ou compressão nervo /circulatório por hérnia de disco	1	0,1
Exames laboratoriais estáveis	1	0,1
Exames laboratoriais inalterados	1	0,1
Falta de ar devido a crises de ansiedade	1	0,1
Hepatomegalia	1	0,1
História de alcoolismo	1	0,1
Incapacidade funcional definitiva	1	0,1
Intolerância a medicação	1	0,1
Intolerância alimentar	1	0,1
Labilidade de humor	1	0,1
Má perfusão tissular relacionada ao quadro patológico	1	0,1
Medo da cirurgia	1	0,1
Melhora autocuidado	1	0,1
Mobilidade física prejudicada relacionada a dor	1	0,1
Não demonstra quadro psicótico, sem risco para suicídio	1	0,1
Níveis tensionais e glicemia capilar estabilizados	1	0,1
Perda auditiva induzida por ruído (PAIR)	1	0,1
Quadro clínico asma ativo	1	0,1
Quadro clínico de conjuntivite	1	0,1
Quadro clínico lesão por esforço repetitivo (LER) estabilizado	1	0,1
Risco de mobilidade física prejudicada relacionada a dor em membros superiores	1	0,1
Risco para alteração na glicemia relacionado a períodos longos de jejum	1	0,1
Risco para anemia	1	0,1
Risco para doenças cardíacas aumentado	1	0,1
Risco para saúde ocupacional	1	0,1

<b>Dados de impressão do enfermeiro sobre o cliente (I.)</b>	<b>Frequência</b>	(conclusão)
		<b>% (n = 777)</b>
Sinais clínicos de edema relacionado ao processo inflamatório devido à cirurgia em punho	1	0,1
Sinais clínicos indicativos de disfunção neurológica	1	0,1
Sinais clínicos indicativos de distúrbio ginecológico	1	0,1
Sinais clínicos indicativos de hipoglicemia	1	0,1
Sinais clínicos indicativos de infecção ferida operatória (F.O.)	1	0,1
Tensão nas atividades de trabalho	1	0,1
Transfere a culpa das atitudes erradas	1	0,1
Utiliza equipamento de proteção individual (EPI)	1	0,1

**Tabela 24** – *Dados de conduta (C.)* nos registros da consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2004.

<b>Dados de conduta de enfermagem (C.)</b>	(continua)	
	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Agenda consulta de retorno	612	78,8
Oriento reeducação alimentar	315	40,5
Reforço orientações anteriores	297	38,2
Oriento caminhada diária com exercícios leves	274	35,3
Solicito exames laboratoriais	205	26,4
Encaminhamento ao posto de saúde para avaliação conforme especialidade médica	86	11,1
Oriento exercícios de reabilitação	79	10,2
Oriento utilização de chás terapêuticos	74	9,5
Reforço importância da dieta adequada	74	9,5
Oriento medidas terapêuticas para alívio da dor	70	9,0
Orientado riscos à saúde causada pela patologia ou dano apresentado	65	8,4
Encaminhamento ao ambulatório conforme especialidade médica	63	8,1
Oriento sobre o tratamento	56	7,2
Encaminhamento ao ambulatório conforme especialidade de enfermagem	43	5,5
Reforço esquema terapêutico proposto pela fisioterapia: exercícios de alongamento e relaxamento, banho de água morna e corrente na região afetada	38	4,9
Solicito medidas regulares de pressão arterial no posto de saúde	37	4,8
Oriento sobre administração de medicamentos	36	4,6
Estimulado (a) perda de peso	33	4,2
Reforço importância das caminhadas e fisioterapia	32	4,1
Oriento ingestão hídrica	29	3,7
Reforçado e elogiado condutas do paciente frente ao tratamento	27	3,5
Aconselho retomada do tratamento medicamentoso	26	3,3
Incentivado leitura ou outra atividade para melhorar /manter concentração e auto-estima	24	3,1
Oriento medidas de correção postural para adequação das condições de saúde	23	3,0
Estimulo atividades de lazer	22	2,8
Esclareço resultados de exames	21	2,7
Oriento medidas posturais e ergonômicas para adequação das condições de trabalho	20	2,6
Solicito lista alimentar diária	20	2,6
Encaminhamento ao ambulatório de nutrição para avaliação	19	2,4
Oriento diminuir consumo de cigarros	18	2,3
Converso sobre encaminhamento ao especialista psiquiatra	17	2,2
Estimulo autocuidado	17	2,2

<b>Dados de conduta de enfermagem (C.)</b>	(continua)	
	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Oriento medidas terapêuticas para membro afetado	16	2,1
Alta ambulatorio de enfermagem de reabilitação (EDR)	15	1,9
Oriento sobre condutas no relacionamento familiar	12	1,5
Oriento medidas terapêuticas para alívio da ansiedade	11	1,4
Realizado histórico de enfermagem	11	1,4
Encaminhamento ao grupo LER/DORT	10	1,3
Oriento banho de imersão para punhos com água morna e sal grosso	10	1,3
Estimulado (a) trazer a família na consulta	9	1,2
Oriento sobre o procedimento cirúrgico	9	1,2
Oriento usar bolsa de água morna para alívio da dor	9	1,2
Converso sobre situação, oriento que se adapte e acolha cuidado com familiares	8	1,0
Converso sobre readaptação funcional, oriento medidas para adequar condição de saúde alterada	6	0,8
Converso sobre situação de trabalho, oriento medidas para adequar organização e relacionamento no local de trabalho	6	0,8
Orientado sinais de hipoglicemia	6	0,8
Apoio emocional	5	0,6
Oriento utilização de geoterapia e aplicação de compressas nos locais de dor durante 1h/dia, 30 dias	5	0,6
Encaminhamento ao pronto-atendimento para avaliação	4	0,5
Estimulo hidroginástica / natação como atividade física regular	4	0,5
Oriento utilização de equipamento de proteção individual (EPI) nas atividades de trabalho	4	0,5
Reforço esquema terapêutico proposto pelo neurologista: exercícios de alongamento e relaxamento, banho de água morna e corrente na região cervical	4	0,5
Solicito medidas regulares de glicemia capilar no posto de saúde	4	0,5
Oriento medidas preventivas para risco de queda	3	0,4
Oriento medidas terapêuticas para alívio da insônia	3	0,4
Oriento sobre grupos de apoio para situação de alcoolismo familiar	3	0,4
Oriento uso de compressas quentes no caso de dor	3	0,4
Solicito medidas regulares de pressão arterial e glicemia no posto de saúde	3	0,4
Encaminhamento ao ambulatório de fisioterapia para avaliação	2	0,3
Encaminhamento ao hospital especializado para avaliação oftalmologia	2	0,3
Encaminhamento ao serviço de emergência	2	0,3
Oriento medidas terapêuticas para prevenir problemas circulatórios	2	0,3
Oriento uso de creme hidratante nas áreas ressecadas da pele	2	0,3
Realizado testes glicemia capilar	2	0,3



<b>Dados de conduta de enfermagem (C.)</b>	<b>(conclusão)</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>% (n = 777)</b>
Converso sobre medidas para adequar o relacionamento familiar	1	0,1
Converso sobre processo de luto	1	0,1
Converso sobre readaptação funcional, oriento medidas para adequar relacionamento no local de trabalho	1	0,1
Encaminhado ao serviço especializado de planejamento familiar	1	0,1
Encaminhado ao serviço social da comunidade	1	0,1
Orientada sobre importância do tratamento psiquiátrico	1	0,1
Orientado sinais de hipoglicemia e hipotensão	1	0,1
Oriento auto-exame de mamas	1	0,1
Oriento cuidado com ferida operatória (F.O.)	1	0,1
Oriento familiar sobre verificação regular da pressão arterial	1	0,1
Oriento sobre grupos de apoio para perda de peso	1	0,1
Oriento uso de gelo local	1	0,1
Realizado sumário de alta	1	0,1
Solicito plantão da psiquiatria	1	0,1

**ANEXOS*****ANEXO A – Questionário de Avaliação*****Pesquisa de Avaliação****Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na área da  
Saúde Ocupacional**

Este instrumento tem o objetivo de avaliar os dados essenciais para construção de um conjunto de dados mínimos para a consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional. Faz parte da tese de doutorado desenvolvido pela Profa. Ms Denise Tolfo Silveira sob orientação da Profa. Dra. Heimar de Fátima Marin junto ao Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

O ideal é que o questionário seja totalmente preenchido; na falta de alguma informação não há problemas em deixar o campo em branco e continuar a avaliar o restante. Qualquer problema, dúvida ou sugestão - E-mail : dtolfo@denf.epm.br Fone: (51) 92883680

Sua colaboração é muito importante para o sucesso deste estudo e desde já agradecemos toda a colaboração prestada!

**Instruções:** para cada elemento listado abaixo, por favor, indique na coluna sua resposta de acordo com a legenda. Grau de Pertinência como qualidade de pertencer ao conjunto de dados. Grau de Relevância na qualidade de importância de pertencer ao conjunto de dados. Grau de Prioridade na qualidade 1º lugar, no caso do valor da pertinência.







VARIÁVEIS	Grau de pertinência					Grau de relevância					Grau de prioridade	
Intervenções de enfermagem												
Orientações às medidas de promoção, proteção e reabilitação ocupacional											[ ]	
Educação em saúde para autocuidado											[ ]	
Indicação de exames laboratoriais											[ ]	
Encaminhamentos para outros profissionais											[ ]	
Procedimento de alta ambulatorial											[ ]	
Resultados de enfermagem												
Dificuldade no controle/manejo do tratamento											[ ]	
[Sim][Não][Encaminhado para]												
Necessidades de informação sobre doença ou dano atual e/ou tratamento											[ ]	
[Resolvido] [Não Resolvido]												
Comportamento frente às orientações de enfermagem											[ ]	
[Aderente] [Não Aderente]												
Intensidade do cuidado de enfermagem												
Total de horas do cuidado de enfermagem											[ ]	
Equipe de enfermagem envolvida no cuidado oferecido											[ ]	

VARIÁVEIS	Grau de pertinência				Grau de relevância		Grau de prioridade
Paciente/cliente atendido [Afastado] [Não Afastado] do Trabalho							[ ]
Desempregado [Sim] [Não] Perícia médica da previdência social [Sim] [Não]							[ ]
Acompanhamento de especialistas [Lista de Especialistas]							[ ]
Acessibilidade do Paciente/Cliente							[ ]
Tempo deslocamento até o serviço [até 15'] [15' a 30'] [60'] [120'] [+ de 120']							[ ]
Tempo de atendimento da consulta de enfermagem [30'] [40'] [60']							[ ]
Volume do cuidado de enfermagem							[ ]
Disponibilidade para atendimento							[ ]
Número paciente/cliente por profissionais							[ ]
<b>Itens da saúde ocupacional</b>							[ ]
História ocupacional							[ ]
Tipo de atividade atual							[ ]
Tipo de atividade anterior							[ ]
Processo de trabalho							[ ]
Tempo na atividade/ocupação							[ ]
Jornada de trabalho							[ ]





## *ANEXO B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nome do estudo: A Construção de um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Área da Saúde Ocupacional

Pesquisador Responsável: Doutoranda Denise Tolfo Silveira  
Pesquisador Orientador: Profa. Dra. Heimar de Fátima Marin

Telefones para contato com Denise Tolfo Silveira: (51) 92883680 / (51) 3339-6487.  
E-mail: dtolfo@denf.epm.br

Nome do participante (preencher com letra de fôrma por extenso):

---

#### **1. OBJETIVO DESTE ESTUDO**

Construir um conjunto de dados essenciais de enfermagem na área da saúde ocupacional.

#### **2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

Prezado Especialista, você deverá responder o questionário de avaliação de um modelo de coleta de dados essenciais na área da saúde ocupacional, para fins de subsidiar a realização do trabalho de conclusão de tese da aluna Denise Tolfo Silveira, regularmente matriculada no Programa de Doutorado da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

#### **3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS**

Conforme ciência e concordância de instâncias superiores na instituição, um possível desconforto poderá estar relacionado com o tempo dispensado e a necessidade de realização deste procedimento.

Sua participação é voluntária.

#### **4. DIREITO DE DESISTÊNCIA**

Você poderá encerrar a participação em qualquer fase do estudo, sem que sofra qualquer penalidade como consequência desse ato.

#### **5. SIGILO**

Todas as informações obtidas neste estudo, poderão ser publicadas com finalidade científica, preservando-se a completo anonimato dos participantes.

#### **6. CONSENTIMENTO**

Declaro ter lido as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## *ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA*



### **HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE** **Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação** **COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

#### **RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 04-036

**Pesquisadores:**

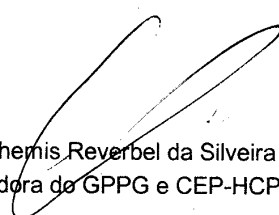
DENISE TOLFO SILVEIRA

HEIMAR DE FÁTIMA MARIN

**Título:** A CONSTRUÇÃO DE UM CONJUNTO DE DADOS ESSENCIAIS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE OCUPACIONAL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 24 de março de 2004.

  
Profa. Themis Reverbél da Silveira  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

## **ANEXOS D - Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP**



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 7 de maio de 2004.  
CEP 0441/04

Ilmo(a). Sr(a).  
Pesquisador(a) DENISE TOLFO SILVEIRA  
Disciplina/Departamento: Enfermagem/Enfermagem da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "A construção de um conjunto de dados essenciais para a consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional".

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **03/novembro/2004**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **02/maio/2005**.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Ressaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

## *ANEXOS E – Termo de Compromisso para Utilização de Dados*



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

### **Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

#### **Título do Projeto**

<b>A construção de um conjunto de dados essenciais para a consulta de enfermagem na área da saúde ocupacional</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2004.

<b>Nome dos Pesquisadores</b>	<b>Assinatura</b>
HEIMAR DE FÁTIMA MARIN	
DENISE TOLFO SILVEIRA	

**ANEXOS F – Elementos incluídos na base de dados de saúde ocupacional**

<b>Elementos incluídos na Base de Dados de Saúde Ocupacional</b>			
<b><u>História Ocupacional</u></b>	<b><u>Exposição do Local de Trabalho</u></b>	<b><u>Agentes Ambientais</u></b>	<b><u>Saúde e Segurança</u></b>
Nome do empregado	Data do exame	Agentes biológicos,	História médica
Número do empregado	Tipo de agente: biológico,	químicos ou físicos	Exame físico
Número Seguro Social	químico ou físico	Sinônimos	Dano ou doença clínica
Idade	Número CAS*	Número CAS*	Imunizações
Raça	Método da amostragem	Tipo	Resultados Laboratoriais
Gênero	Instrumento de coleta	Como é usado ou	Resultados Raios-X
Estado Civil	Unidades usadas na coleta	produzido, e como	Eletrocardiograma
Escolaridade	Tipo de método de análise	é descartado	Audiometria
Data admissão	Medida e duração	Quantidade usada	Avaliação visual
Ocupação	Tempo duração exposição	Local	Avaliação pulmonar
Código da ocupação	Processo de produção	Propriedades químicas e	Alergia
Classificação da ocupação	Local do departam./setor	físicas	Medicação
Local de Trabalho e tempo	Descrição de trabalho	Componentes	Relato de incidente
Processo e atividade de	Executado	Informação toxicidade	Queixas sobre Seguro
trabalho	Proteção Individual	Procedimentos de	Queixas sobre excesso
Atividade atual	fornecida ao trabalhador	emergência	de trabalho
	Limite exposição permitido	Data de introdução e	Atestado de óbito
	OSHA**	interrupção	
		Limites de exposição	
		Ação do Controle de	
		Proteção Ambiental	
		de Subst. Tóxicas	
		Referência ou regulação	

\* CAS = Chemical Abstract Service

\*\* OSHA = Occupational Safety and Health Act

**Quadro 2** – Elementos incluídos na base de dados de saúde ocupacional (Extraído de: LYNCH, J.J. Components of occupational health information systems. *J Am Med Rec Assoc*, v.57, n. 1, p.19-22, 1986.)