

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA
PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O MODELO DO HCPA**

**Porto Alegre
2016**

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA
PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O MODELO DO HCPA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologia do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Adamy, Edlamar Kátia
FORMAÇÃO EM SERVIÇO ACERCA DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-
SERVIÇO: O MODELO DO HCPA / Edlamar Kátia Adamy. --
2016.
189 f.

Orientadora: Miriam de Abreu Almeida.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Enfermagem. 2. Ensino. 3. Educação Continuada.
4. Processos de Enfermagem. I. Almeida, Miriam de
Abreu, orient. II. Título.

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

Formação em Serviço acerca do Processo de Enfermagem na perspectiva da integração ensino-serviço: o modelo do HCPA

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

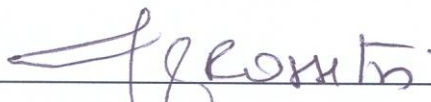
Aprovada em Porto Alegre, 14 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Presidente – PPGENF/UFRGS



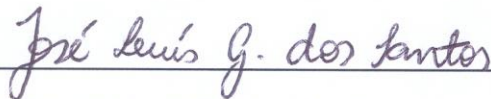
Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Membro – PPGENF/UFRGS



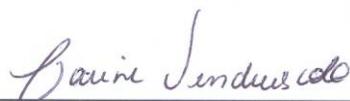
Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos

Membro – UFSC



Profa. Dra. Carine Vendruscolo

Membro – UDESC

Aos meus filhos **Pedro Henrique** e **Bárbara Lorenza**, minhas maiores alegrias e fonte de inspiração para concluir esta etapa da minha vida. Com vocês e para vocês tudo vale a pena.

Ao meu pai **Ivo Pedro Adamy** (in memoriam) que durante a minha caminhada de doutoramento nos deixou. Sua passagem foi breve entre nós, mas suficiente para nos deixar seu legado e o incentivo de que estudar sobrepõe aos desejos da vida: “Você é a estrela mais brilhante lá no céu.”

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por ser fonte de toda inspiração e sabedoria.

Aos **meus pais**, a quem devo minha essência e os valores que tenho da vida.

A minha tia e madrinha **Nadir**, minha fonte de inspiração para a escolha da docência como profissão.

Aos meus filhos **Pedro e Bárbara** por suportarem minhas ausências.

Ao meu esposo **Douglas** pela compreensão, carinho e respeito nos momentos de ausência. Meu amor, minha vida, obrigada pelo apoio, paciência, ajuda e por me amar incondicionalmente. Sem você nenhuma conquista valeria a pena.

Para minha mãe **Elza** pelo apoio nos momentos em que mais precisei. Obrigada, você é a tessela mais preciosa do meu mosaico.

A minha sogra **Loiva** pela hospitalidade, estímulo e paciência em minhas estadias em Porto Alegre.

Minhas eternas amigas **Rafaela, Viviane, Karen e Juci** por acolherem minha pequena Bárbara nas minhas ausências.

Minha amiga e irmã **Fanni**, cada um com seus conhecimentos, sua ajuda foi fundamental para embelezar o meu mosaico. Obrigada.

Minhas colegas de trabalho da **UDESC** pelo companheirismo e compreensão e as que são mais do que colegas, as verdadeiras amigas **Carine, Carla, Maria Luiza** pelo apoio e pelos conselhos nos momentos difíceis.

Minhas colegas de **DINTER** e do grupo de Pesquisa **GEPECADI** pela troca de conhecimentos e de experiências.

Muita colega e amiga **Dra. Denise de Azambuja Zocche** pela (co)orientação mesmo com as adversidades burocráticas encontradas. Obrigada pelo respeito, dedicação, paciência, carinho e, sobretudo, pela sabedoria compartilhada nesta caminhada.

Minha orientadora **Dra. Miriam de Abreu Almeida** pela dedicação e pela oportunidade ímpar de crescimento e amadurecimento. Pela atenção ao aceitar ser minha orientadora contribuindo com sugestões construtivas e valiosas. Meu respeito e admiração pela sua trajetória.

À banca Examinadora, **Dra. Graça Crossetti, Dra. Henriqueta, Dra. Carine, Dr. José Luis**, pela disponibilidade e pelas preciosas contribuições.

À **UDESC** e à **UFRGS** pela oportunidade de doutoramento na modalidade DINTER, essa parceria muito nos beneficiou e contribuiu para que eu pudesse ser melhor enquanto pessoa e profissional.

“Mosaicos são obras de arte. São feitos com cacos. Os cacos, em si, não têm beleza alguma. Mas se um artista os ajuntar segundo uma visão de beleza eles se transformam numa obra de arte.”

Rubem Alves

RESUMO

ADAMY, E. K. **Formação em serviço acerca do processo de enfermagem na perspectiva da integração ensino-serviço: o modelo do HCPA.** 2016. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento que orienta a prática dos cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem que têm, dentre outras, a função de organizar o processo de trabalho, promover um cuidado humanizado, de qualidade, impulsionando a autonomia e dando visibilidade às ações dos profissionais. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem considera que o PE deve acontecer em todas as instituições em que ocorra o serviço de enfermagem. Logo, a formação destes requer o atendimento à legislação e às necessidades dos serviços de saúde. Partindo do princípio que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande Sul, é reconhecido pelo Ministério de Educação como sucesso de modelo de gestão, acreditado nacional e internacionalmente pela qualidade do atendimento em saúde que presta a seus usuários, e realiza o cuidado utilizando o PE, delineou-se o seguinte objetivo: “Compreender a constituição do modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem na perspectiva da Integração Ensino-Serviço”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida sob a orientação metodológica da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) construtivista de Charmaz, analisada à luz do Interacionismo Simbólico e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constituída por um grupo misto de 12 sujeitos representantes do “Prisma da Formação”. O campo de estudo foi o HCPA, RS, Brasil. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de entrevista intensiva, analisados mediante codificação da TFD e utilizando-se do *software* NVivo®. O Modelo foi validado em roda de conversa em outubro e novembro de 2016. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (número 1.283.695). Da análise emergiu a categoria central (fenômeno): Apresentando o modelo de formação em serviço acerca do PE lapidado pela integração ensino-serviço no cenário do HCPA, que foi sustentada por três categorias: 1) Historicizando o PE: conhecendo o mosaico; 2) Construindo o mosaico da formação: ladrilhos da graduação ao serviço; 3) Desvelando a liga que une os ladrilhos no processo de integração ensino-serviço do HCPA; e seis subcategorias. A primeira categoria aborda a história da implantação e implementação do PE no HCPA e a implementação do cuidado visando fortalecer a segurança e qualidade no atendimento, tornando o PE referência para o ensino e o serviço. A segunda categoria aborda a consolidação da integração ensino-serviço para efetivar o modelo de cuidado e a construção da trajetória profissional, envolvendo a prática clínica, as facilidades e fragilidades para o ensino e formação acerca do PE e a qualificação da graduação até a pós-graduação. A terceira categoria aborda os elementos e dispositivos que compõem o modelo de cuidado e de formação do HCPA, os sujeitos envolvidos na formação, as ações educativas para fortalecer o PE e o desenvolvimento do pensamento crítico para o cuidado de enfermagem. Conclui-se que o PE contribuiu para revelar as múltiplas identidades dos profissionais de enfermagem do HCPA, possíveis pela sua estrutura organizacional e por meio dos movimentos instituídos que consolidaram a integração ensino-serviço.

Palavras-chave: Enfermagem. Ensino. Educação continuada. Processos de enfermagem. Desenvolvimento de pessoal.

ABSTRACT

ADAMY, E. K. **In-service training about the nursing process from the perspective of the teaching-service integration: the model of HCPA.** 2016. 199 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Nursing Process (NP) is a tool that guides the practice of the care held by nursing professionals who, among others, have the duty to organize the work process and promote a humanized care, with quality, thereby boosting the autonomy and giving visibility to the actions of the professionals. In Brazil, the Federal Nursing Council considers that NP should happen in all the institutions where the nursing service takes place. Accordingly, the training of these workers requires the compliance with the legislation and the needs of the health services. Assuming that the Clinical Hospital of Porto Alegre (HCPA), academically linked to the Federal University of Rio Grande Sul, is recognized by the Ministry of Education as a successful management model, nationally and internationally accredited because of the quality of the health care provided to its users, and conducts care actions with the use of NP, we outlined the following objective: “To understand the composition of the in-service training model about the Nursing Process from the perspective of the Teaching-Service Integration”. This is a qualitative research developed based on the methodological guidance of the Constructivist Grounded Theory (GT) drew up by Charmaz, analyzed in the light of the Symbolic Interactionism and the National Policy on Permanent Health Education, composed of a mixed group of 12 subjects representing the “Prism of Training”. The field of study was HCPA, RS, Brazil. Data collection took place from November 2015 to February 2016, through in-depth interviews, and the data were analyzed by means of GT coding, using the NVivo® software. The Model was validated in a conversation circle in the months of October and November 2016. The project was approved by the Research Ethics Committee of HCPA (number 1,283,695). The analysis gave rise to the key category (phenomenon): Exposing the in-service training model about NP, which was shaped by the teaching-service integration in the scenario of HCPA, which was underpinned by three categories: 1) Historicizing NP: knowing the mosaic; 2) Building the mosaic of training: tiles from the undergraduate level until the service; 3) Unveiling the alloy that connects the tiles in the teaching-service integration process of HCPA; and six subcategories. The first category addresses the history of the deployment and implementation of NP in HCPA and the implementation of the care with aim at enhancing the safety and quality of the service, turning NP into a reference for the teaching and the service. The second category addresses the consolidation of the teaching-service integration to accomplish the care model and the building of the professional path, thereby involving the clinical practice, the capabilities and weaknesses for the teaching and training about NP and the qualification from the undergraduate level until the graduate level. The third category addresses the elements and devices that compose the care and training model of HCPA, the subjects involved in the training, the educational actions to enhance NP and the development of critical thinking towards the nursing care. We can conclude that NP has contributed to revealing the multiple identities of the nursing professionals of HCPA, made possible by its organizational structure and by means of the established movements that have consolidated the teaching-service integration.

Keywords: Nursing. Teaching. Education continuing. Nursing processes. Staff development.

RESUMEN

ADAMY, E. K. **Formación en el servicio acerca del proceso de enfermería desde la perspectiva de la integración enseñanza-servicio**: el modelo del HCPA. 2016. 199 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

El Proceso de Enfermería (PE) es una herramienta que orienta a la práctica de atención efectuada por los profesionales de enfermería que tienen, entre otras, la función de organizar el proceso de trabajo, fomentar una atención humanizada y de calidad, impulsando la autonomía y dando visibilidad a las acciones de los profesionales. En Brasil, el Consejo Federal de Enfermería considera que el PE debe hacerse efectivo en todas las instituciones en que ocurra el servicio de enfermería. Así, la formación de estos trabajadores requiere el cumplimiento de la legislación y de las necesidades de los servicios sanitarios. Suponiendo que el Hospital Clínico de Porto Alegre (HCPA), vinculado académicamente a la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, es reconocido por el Ministerio de Educación como un modelo exitoso de gestión, acreditado nacional e internacionalmente por la calidad de la atención de salud que ofrece a sus usuarios, y conduce la atención utilizando el PE, se perfiló el siguiente objetivo: “Comprender la constitución del modelo de formación en el servicio acerca del Proceso de Enfermería desde la perspectiva de la Integración Enseñanza-Servicio”. Se trata de una investigación cualitativa desarrollada basándose en la orientación metodológica de la Teoría Fundamentada (TF) constructivista de Charmaz, analizada a la luz del Interaccionismo Simbólico y de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, que se compone de un grupo mixto de 12 sujetos representantes del “Prisma de la Formación”. El campo de estudio fue el HCPA, RS, Brasil. La recopilación de datos tuvo lugar entre noviembre de 2015 y febrero de 2016, por medio de entrevistas en profundidad, y los datos fueron analizados mediante la codificación de la TF, con uso del programa informático NVivo®. El Modelo fue validado en una rueda de conversación en los meses de octubre y noviembre de 2016. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HCPA (número 1.283.695). El análisis generó la categoría central (fenómeno): Presentando el modelo de formación en el servicio acerca del PE lapidado por la integración enseñanza-servicio en el escenario del HCPA, basada en tres categorías: 1) Historicizando el PE: conociendo el mosaico; 2) Construyendo el mosaico de la formación: baldosas desde el pregrado hasta el servicio; 3) Desvelando la aleación que enlaza las baldosas en el proceso de integración enseñanza-servicio del HCPA; y seis subcategorías. La primera categoría trata de la historia de la implantación e implementación del PE en el HCPA y la implementación de la atención con el fin de potenciar la seguridad y la calidad de la atención, haciendo del PE una referencia para la enseñanza y el servicio. La segunda categoría trata de la consolidación de la integración enseñanza-servicio para efectivizar el modelo de atención y la construcción de la trayectoria profesional, involucrando la práctica clínica, las facilidades y las debilidades para la enseñanza y la formación acerca del PE y la calificación desde el pregrado hasta el posgrado. La tercera categoría trata de los elementos y dispositivos que componen el modelo de atención y de formación del HCPA, los sujetos involucrados en la formación, las acciones educativas para potenciar el PE y el desarrollo del pensamiento crítico para la atención de enfermería. Se concluye que el PE contribuyó a revelar las múltiples identidades de los profesionales de enfermería del HCPA, posibles gracias a su estructura organizativa y por medio de los movimientos establecidos que consolidaron la integración enseñanza-servicio.

Palabras clave: Enfermería. Enseñanza. Educación continua. Procesos de enfermería. Desarrollo de personal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Itinerário de um modelo de formação em serviço.....	25
Figura 2 – Fluxograma de seleção dos estudos utilizando o descritor Processos de Enfermagem	31
Figura 3 – Fluxograma de seleção dos estudos utilizando o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem	31
Figura 4 – Prisma da formação proposto por Vendruscolo (2014)	44
Figura 5 – Configuração do grupo misto.....	57
Figura 6 – Modelo esquemático dos níveis de codificação para refinamento dos dados coletados	63
Figura 7 – Codificação inicial versão NVivo®.....	65
Figura 8 – Etapa da codificação pelo <i>software</i> NVivo®	66
Figura 9 – Percurso metodológico da pesquisa	68
Figura 10 – Diagrama das categorias que apresentam o fenômeno do estudo.....	71
Figura 11 – Diagrama de interconexão da codificação focalizada e subcategorias que originaram a categoria 1	72
Figura 12 – Diagrama de interconexão da codificação focalizada e subcategorias que originaram a categoria 2	72
Figura 13 – Diagrama de interconexão da codificação focalizada e subcategorias que originaram a categoria 3	73
Figura 14 – Diagrama das ações educativas que constituem o modelo de formação em serviço	140
Figura 15 – Diagrama do modelo de formação em serviço	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produção dos códigos	64
Quadro 2 – Exemplos da produção de referências e nós	64
Quadro 3 – Categorias do estudo	67

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABEn- Associação Brasileira de Enfermagem
- AD- Ação Diferenciada
- AE- Associação dos Enfermeiros
- ANVISA- Agência nacional de Vigilância Sanitária
- ATP- Atividade Teórico-Prática
- BVS- Biblioteca Virtual em Saúde
- CIES- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
- COAPES- Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
- COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
- COPE- Comissão do Processo de Enfermagem
- COREN- Conselho Regional de Enfermagem
- DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais
- DE- Diagnóstico de Enfermagem
- EAD- Ensino a Distância
- EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EPS- Educação Permanente em Saúde
- GENF- Grupo de Enfermagem
- GTDE- Grupo de Trabalho sobre Diagnóstico de Enfermagem
- HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- IES- Instituição de Ensino Superior
- JCI- *Joint Commission International*
- MS- Ministério da Saúde
- NANDA-I- *North American Nursing Diagnosis Association*
- NHBs- Necessidades Humanas Básicas
- NIC- *Nursing Interventions Classification*
- NOC- *Nursing Outcomes Classification*
- OBJN- *Online Brazilian Journal of Nursing*
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- ONA- Organização Nacional de Acreditação
- OPAS- Organização Panamericana de Saúde
- PE- Processo de Enfermagem
- PICCAP- Programa Institucional de Cursos e Capacitações e Aperfeiçoamento Profissional

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROFAE- Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem
REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem
REEUSP- Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
RI- Revisão Integrativa
RIMS- Residência Multiprofissional em Saúde
RM- Residência Médica
RT- Responsável Técnico
SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEDE- Serviço de Educação em Enfermagem
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TE- Técnico de Enfermagem
TFD- Teoria Fundamentada em Dados
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	PRÓLOGO PARA CONSTRUIR O MOSAICO	17
2	OBJETIVOS	26
3	ESTUDANDO OS ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO MOSAICO	27
3.1	CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM	27
3.2	CONTEXTUALIZANDO O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	30
3.3	MARCOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	36
3.4	DO QUADRILÁTERO AO PRISMA: MOVIMENTOS PARA (RE)DIRECIONAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE	42
4	APROXIMANDO E DIALOGANDO COM O REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	46
4.1	DIALOGANDO COM O INTERACIONISMO SIMBÓLICO	46
4.2	DIALOGANDO COM A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	47
5	TRILHANDO OS CAMINHOS PARA CONSTRUIR O MOSAICO	51
5.1	ESTRUTURANDO A PESQUISA.....	51
5.2	DELINEANDO O CAMPO DE ESTUDO	52
5.2	DEFININDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	54
5.3	CARACTERIZANDO O PERFIL DAS ENTREVISTADAS	56
5.4	COMPARTILHANDO O ITINERÁRIO DA COLETA DE DADOS	58
5.5	CAMINHOS PARA A CODIFICAÇÃO DOS DADOS.....	61
5.6	APRESENTANDO OS ASPECTOS ÉTICOS	69
6	CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO	71
6.1	CATEGORIA 1: HISTORICIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM: CONHECENDO O MOSAICO	73
6.1.1	Subcategoria 1.1: Institucionalizando o Processo de Enfermagem no HCPA	73
6.1.2	Subcategoria 1.2: Implementando o cuidar em enfermagem com segurança e qualidade	93
6.2	CATEGORIA 2: CONSTRUINDO O MOSAICO DA FORMAÇÃO: LADRILHOS DA GRADUAÇÃO AO SERVIÇO	103
6.2.1	Subcategoria 2.1: Consolidando a interação ensino-serviço	103
6.2.2	Subcategoria 2.2: Construindo a trajetória profissional.....	123

6.3	CATEGORIA 3: APRESENTANDO A LIGA QUE UNE OS LADRILHOS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DO HCPA	132
6.3.1	Subcategoria 3.1: Desvelando os elementos e dispositivos que compõem o modelo de formação do HCPA	133
6.3.2	Subcategoria 3.2: Estimulando o pensamento crítico para o cuidado de enfermagem	152
7	COMPLETANDO NOSSO MOSAICO: O MODELO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	160
	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICE A – Protocolo de validação da Revisão Integrativa	179
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados: entrevista intensiva.....	183
	APÊNDICE C – Instrumento de devolutiva e ampliação da coleta de dados: roda de conversa	184
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	185
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento para Fotografia, Vídeos e Gravações	187
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	188

1 PRÓLOGO PARA CONSTRUIR O MOSAICO

“Ensinar exige segurança, competência profissional e generosidade.”

Paulo Freire

A escrita desta tese foi inspirada na configuração de um mosaico, que se tornou relevante a partir da minha caminhada enquanto enfermeira, professora e entusiasta quando se trata da utilização do Processo de Enfermagem (PE). Para o entendimento em profundidade dessa temática, foram anos de estudo em diferentes cenários, de diferentes maneiras, com diferentes pessoas para a compreensão da arte do PE. A materialização desta tese exigiu, além de muito estudo, paciência, dedicação, organização e resiliência, assim como um mosaico que é considerado uma arte decorativa milenar, que consiste na colocação lado a lado de diversos materiais distintos: cerâmica, mármore, marfim, grãos, missangas, azulejos, ladrilhos... que juntos formam uma grande figura. A construção de um mosaico requer organização, combinação de cores e de materiais, criatividade, paciência, entre outros elementos (PROENÇA, 2009).

A minha trajetória em direção ao tema assemelha-se à estrutura de um mosaico, na qual os primeiros contatos com questões relacionadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e ao PE iniciam durante a graduação, de forma incipiente, mas que gradativamente foram tomando forma a partir da minha inserção na vida profissional e mais intensamente com o advento da condição de professora universitária. Atividade esta que desempenho há nove anos e que desde então tenho me dedicado ao ensino em Enfermagem, mais especificamente da SAE e do PE na atenção hospitalar. A possibilidade de me desafiar na concepção dos significados metafóricos da arte, levou-me a pensar que cada etapa da minha vida acadêmica e profissional representa um momento distinto na construção do conhecimento em relação ao PE e que cada etapa representa e reproduz os distintos materiais que compõem a arte de um mosaico.

Durante essa caminhada, nos serviços de saúde e nas instituições de ensino que atuei, deparei-me com algumas situações que me motivaram a refletir sobre o processo de trabalho em Enfermagem, mais especificamente o trabalho do enfermeiro. Entre elas, posso citar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros assistenciais para sistematizar a assistência, a resistência dos profissionais em seguir a legislação proposta pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) quanto à SAE e PE, as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros gestores em dimensionar pessoal para sistematizar a assistência, as dificuldades enfrentadas

pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) no desempenho das funções que o competem quanto à instrumentalização do PE, as dificuldades do enfermeiro assistencial em operacionalizar o PE no seu ambiente de trabalho e principalmente a formação em saúde dos profissionais de enfermagem nesse âmbito.

Nos últimos anos, tenho participado de alguns movimentos em órgão de representação da profissão e do ensino em enfermagem, buscando, assim, contribuir para consolidar as conquistas dos profissionais da área, bem como garantir alguns princípios do exercício profissional, entre eles a prescrição de Enfermagem. Nesse contexto, tenho participado como associada e no momento como parte da gestão da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sessão Santa Catarina, a qual vem desenvolvendo atividades em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Santa Catarina e com as Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado. Nestes espaços, tenho me deparado com uma realidade que me causa inquietações, pois entre meus pares percebo, pelos seus relatos, quer seja em eventos, quer seja em reuniões ordinárias, que ainda estamos muito distantes da efetivação do PE nos serviços de saúde, que há necessidade da (co)responsabilização dos órgãos de classe e a efetiva atuação do enfermeiro fiscal, do enfermeiro RT, dos gestores e das IES para a implantação e implementação do PE, bem como promover os serviços de Educação Permanente em Saúde (EPS) com uma proposta de ação estratégica para se efetivar o PE.

Diante dessa trajetória, decidi focar meu estudo na operacionalização do PE, a partir da formação em serviço, agregando os diferentes sujeitos envolvidos no cenário da atenção hospitalar. Entendo que a inserção desses sujeitos nesse movimento fortalece direta ou indiretamente a implementação do PE.

Desde o surgimento da Enfermagem como profissão e ciência, tem-se desenvolvido e produzido muitos saberes acerca do processo de trabalho nessa área, de forma a torná-lo cada vez mais qualificado e eficiente, possibilitando um cuidado integral às pessoas e à coletividade.

Nesse sentido, identifica-se a sistematização do cuidado desde a época de Florence Nightingale, em 1854, quando a Enfermagem iniciou a sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos. No Brasil, as questões relacionadas à sistematização do cuidado surgem na década de 1970, com o PE proposto por Wanda de Aguiar Horta, que enfatizou o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência. Contudo, já nas primeiras tentativas de sua implementação, inúmeros obstáculos se opuseram aos enfermeiros, entre os quais a necessidade de provar a importância de uma atuação sistematizada e a mudança drástica no

processo de trabalho do enfermeiro, que passa a ser focado no paciente e no aspecto clínico (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Cabe destacar que, no Brasil, existem diferenças entre os termos SAE e PE. O COFEN, por meio da Resolução n. 358/2009, definiu SAE como “[...] a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem [...]”, o qual deve ser implementado em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, de modo deliberado e sistemático. O COFEN considera o PE como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

No âmbito nacional, a legislação profissional protege e até exige que os serviços de enfermagem adotem a SAE. No entanto, isso não acontece na maioria dos serviços. O PE ainda não se encontra totalmente implantado e encontra entraves na sua implementação (ARGENTA, 2011; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Considerando a Resolução n. 358/2009 do COFEN, o PE deve acontecer em todas as instituições em que ocorra o serviço de enfermagem. Logo, a formação dos profissionais que executam o PE deve atender à legislação e às necessidades dos serviços de saúde.

Paschoal, Mantovani, Lacerda (2006) compreendem que, no contexto da formação e do desenvolvimento profissional de qualidade, as bases sólidas emergem da formação geral e perpassam a escola dentro do processo evolutivo do ser humano por meio da Educação Permanente. Ainda, acrescentam que a educação em serviço nas instituições é atividade e responsabilidade de todos os envolvidos com a missão de criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os profissionais dominem as situações, a tecnologia e os saberes a seu tempo e em seu ambiente de forma a pensar e buscar soluções criativas para os problemas.

No contexto da educação permanente, cabe ressaltar que o importante educador brasileiro Paulo Freire, em meados dos anos 90, já conceituava a formação permanente como um resultado do conceito da condição de inacabamento do ser humano e a consciência desse inacabamento. Para o educador, a educação é permanente na razão da finitude do ser humano e da consciência que ele tem de finitude, pois ao longo da história incorpora à sua natureza não apenas saberes que vivia, mas saberes que sabia e, desse modo, saber que podia saber mais. Neste contexto, a educação e a formação permanente se fundam (FREIRE, 1997).

Para agregar consistência à formação nos serviços de saúde, no Brasil, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS)

para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Nas discussões que permeiam a EPS, emerge como propósito a mudança nas práticas, modificando as já institucionalizadas nos serviços de saúde, privilegiando o conhecimento em suas ações educativas e favorecendo a reflexão compartilhada e sistemática. São processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento dos direitos à saúde, com metodologias participativas, por meio de processos formais e informais (BRASIL, 2006; 2009).

No setor da saúde, considera-se que a EPS é o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviço, como também entre docência e atenção à saúde. Entendida de uma forma mais ampla como as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009).

Como possibilidade de fomentar os processos de EPS, instituem-se as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes a fim de formular, conduzir e desenvolver a Política de EPS. Dentre as atribuições da CIES, está o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações estratégicas relativas à educação na saúde (BRASIL, 2009). Os hospitais de ensino configuram-se como um lócus para o desenvolvimento de ações de EPS com características que atendam à política nacional, em que a educação permanente configura-se como um recurso estratégico importante para a gestão do trabalho e da educação aos profissionais e um indicador de qualidade das instituições (FERRAZ et al., 2012).

Assim sendo, a aproximação entre ensino e serviço representa um importante avanço na redefinição e valorização dos papéis institucionais na formação em saúde, em que a construção pedagógica emerge de todos os sujeitos responsáveis pela formação, reafirmando que o processo é coletivo e cada sujeito tem um importante papel com distintas responsabilidades (BREHMER; RAMOS, 2014).

E, nessa proposta de (re)organização dos serviços de saúde quanto ao processo formativo, Ceccim, Feuerwerker (2004) sugerem a aproximação do ensino em saúde (universidades) com o serviço e recomendaram a utilização do “quadrilátero da formação” para a área da saúde a fim de construir e organizar uma estrutura educacional responsável por processos interativos e de ação na realidade visando operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções. Propõem que o “quadrilátero” seja representado pelos segmentos ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social.

A gestão colegiada, assim denominada pelos autores, sugere que todos os segmentos sejam convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva. Essa estrutura colegiada apresenta uma dinâmica de roda em substituição ao modelo de organograma. Os autores afirmam que todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam: estudantes, professores, gestores, trabalhadores (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ampliando a ideia do quadrilátero da formação, Vendruscolo (2014) propôs em sua tese de doutorado a utilização do “prisma” para a formação em saúde. O prisma da formação configura-se como uma metáfora que ilustra movimentos para além de um quadrilátero, em que os sujeitos e segmentos representados – educadores, usuários, gestores e trabalhadores – estão implicados em realidades e situações diversas, as quais repercutem na maneira de exercer essa representação e, por conseguinte, deliberar sobre as mais variadas situações.

Na configuração do prisma, esses sujeitos representam um ou mais segmentos, dependendo do olhar atribuído, do envolvimento, da representatividade, ou seja, por exemplo, um professor (educador) enfermeiro pode carregar consigo resquícios de sua atuação como enfermeiro assistencial ou como gestor, ou ao mesmo tempo pode estar representando um segmento do controle social (no papel de usuário ou em órgão de representação da classe trabalhadora). Dessa forma, há uma ampliação do olhar sobre o quadrilátero, em uma perspectiva de que o prisma¹ (sólido geométrico formado pela união de todos os segmentos de reta congruente e paralelos a um segmento dado, com uma extremidade nos pontos de um polígono fixo não paralelo a este; usado para refletir raios luminosos, refratá-los ou separar suas cores) vai para além de um quadrilátero (quatro lados).

Ponderando que a metáfora é uma possibilidade de expansão imaginária do ser humano, mais uma vez nos utilizamos desta para entender o prisma da formação. Imaginamos um mosaico a nossa frente, nele visualizamos o conjunto das tesselas que constituem a estrutura da arte, no entanto essa estrutura pode ter diferentes representações aos olhos de observadores diversos, assim como os integrantes dos segmentos do prisma podem expressar e representar o ensino, o serviço, a gestão e o controle social de acordo com os interesses e a forma de expressão atribuída aos seus posicionamentos.

Assim, os níveis de envolvimento e comprometimento dos distintos sujeitos que compõem o prisma são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas de integração entre o ensino e serviço, com foco na qualidade da atenção à saúde, ou seja, essa

¹ Fonte: dicionário Aurélio (FERREIRA, 2010).

aproximação entre o mundo do ensino e do trabalho permite aos sujeitos se abrirem de diferente forma, olhando sob outros prismas (VENDRUSCULO, 2014; 2016b; 2016c).

No cenário da formação, a educação apresenta-se construída sobre a ideia do diálogo, em que ocorra sempre partes de cada sujeito. A educação não poderia começar com o educador trazendo pronto do seu mundo, do seu saber, o seu modelo de ensino e o material para as suas aulas, baseados apenas na sua cultura e valores. Ainda, o diálogo consiste em uma relação horizontal, e não vertical entre as pessoas implicadas no processo (FREIRE, 2014).

Assim sendo, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) configura-se em um espaço de diálogo, considerando que o hospital é referência para a prestação de serviços de média e alta complexidade para todo o Estado do Rio Grande do Sul e do país, no qual se pode entender que essa referência repercute também em aspectos da gestão hospitalar, por conseguinte há um reflexo de hospital modelo para demais serviços do Estado e do país.

O HCPA é considerado uma instituição única entre os Hospitais Universitários Federais, administrado com base no princípio da autonomia universitária e gestão administrativa moderna e responsável com equilíbrio financeiro, mesclado a um meio acadêmico rico e dinâmico, que questiona, pesquisa e busca o melhor para o paciente, caracterizando-se como um modelo de sucesso há quase 40 anos (CLAUSELL, 2009). Esse modelo de sucesso foi alicerce para o Governo Federal criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado que poderá administrar todos os Hospitais Universitários do país.

Como reconhecimento da qualidade assistencial e de gestão, o HCPA já recebeu diversos prêmios, entre eles se destaca o troféu “Top Ser Humano”, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos - Seção Rio Grande do Sul (ABRH-RS); a premiação no “Concurso Nacional de Experiências Inovadoras de Gestão na Administração Pública Federal” pela atuação dentro das melhores práticas de saúde e gestão; o “Prêmio Responsabilidade Social”, promovido pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul diante da sua preocupação com a sustentabilidade; o selo “A3P”, promovido pelo Ministério do Meio Ambiente pelo reconhecimento das boas práticas de gestão baseadas em conceitos de sustentabilidade implantadas pela administração pública em todo o país; o prêmio “Top of Mind”, considerado um dos melhores hospitais do RS na avaliação Satisfação dos Usuários do SUS da Secretaria Estadual da Saúde. Além destes, o HCPA também é destaque em *rankings* empresariais, como os da revista “Exame”, do jornal “Valor Econômico”, da revista

“Amanhã”, classificando-se entre as maiores e melhores empresas dos mais diversos segmentos de atuação (HCPA, 2016).

Essas conquistas se devem à atuação profissional, de gestão, de ensino e do serviço, a qual envolve todos os segmentos do prisma da formação, nos cenários do HCPA. Considerando os diversos contextos de atenção à saúde e processos de trabalho, o PE se destaca como uma metodologia assistencial de referência nacional e internacional e requer a continuidade na formação dos profissionais.

Ainda, para consolidar o reconhecimento nacional e internacional, o HCPA passou pelo processo de acreditação hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 2006 e mais recentemente em 2013 foi acreditado pela *Joint Commission Internacional (JCI)*. A acreditação é uma ferramenta para avaliar e padronizar a qualidade assistencial capaz de gerar o reconhecimento da qualidade dos serviços prestados pelo HCPA, de forma a contemplar as metas de segurança internacional (FRANCISCATTO et al., 2011).

Nesse contexto, considerando os argumentos históricos e a condição do PE ser uma tecnologia de cuidado que contribuiu para colocar o HCPA nesse cenário internacional e, ainda, reportando-nos aos conceitos, o modelo de formação em serviço acerca do PE implica em os integrantes do Prisma estabelecerem uma relação entre si para que se constitua o modelo a partir dos significados, da interação e da subjetividade de cada sujeito, das ações coletivas da integração ensino-serviço e dos pressupostos da EPS.

O cenário descrito justifica a necessidade de se refletir sobre o modo como vem sendo ensinado o PE no âmbito hospitalar na perspectiva da EPS, considerando que este se configura como estratégia que possibilita mudanças e melhorias na gestão do cuidado de enfermagem quanto à assistência direta ao paciente, família e comunidade. Apresentar o modelo de formação em serviço norteia os caminhos a serem percorridos para que os profissionais de enfermagem orientem o cuidado pautado no PE de forma organizada e efetiva vislumbrando a qualidade na assistência, atendendo aos requisitos da acreditação hospitalar e garantindo a segurança do paciente a partir do cuidado prestado.

Considerando que os enfermeiros representam os segmentos que compõem o prisma da formação (educadores, usuários, gestores e trabalhadores), que estes interagem na construção e organização de uma estrutura educacional e fomentam a integração ensino-serviço, pressupõe-se que:

- o enfermeiro que ocupa cargo de gestão no serviço pode participar da formação em serviço para o PE no ambiente hospitalar;

- o enfermeiro professor universitário e o estudante de enfermagem podem participar da formação em serviço para o PE no ambiente hospitalar;
- o enfermeiro assistencial pode participar da formação em serviço para o PE no ambiente hospitalar;
- o enfermeiro representante dos órgãos de classe pode participar da formação em serviço para o PE no ambiente hospitalar.

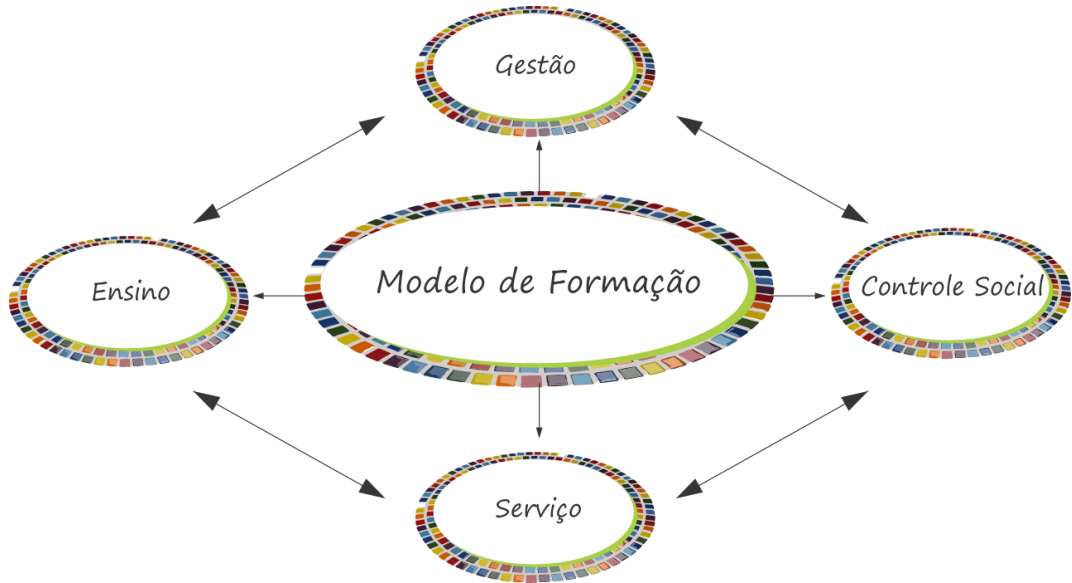
Diante desses pressupostos, a tese deste estudo é de que o modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem institucionalizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre possibilita aos serviços de saúde hospitalar tê-lo como referência de formação, com base em evidência científica, com uso de linguagem padronizada, atendendo às Metas Internacionais de Segurança do paciente, à Política Nacional de Segurança do Paciente, às exigências da Acreditação Hospitalar e à PNEPS, um cenário lapidado pela integração ensino-serviço.

Para compreendermos o modelo de formação em serviço apresentado, inicialmente relembremos o conceito de “modelo” como sendo um desenho ou objeto que serve para ser imitado, molde, exemplo. Um dos conceitos científicos mais importantes que alicerçam a atividade científica permitindo comparar, simular e compreender fenômenos a partir dos seus modelos é uma representação mental compartilhada de um conjunto de relações que definem um fenômeno que visa a sua melhor compreensão (BEHAR; PASSERINO; BERNARDI, 2007; FERREIRA, 2010).

Além de difundir o conhecimento sobre o PE baseado em evidência científica, apresentar o modelo de formação em serviço acerca do PE implica em uma aproximação maior dos enfermeiros com boas práticas do cuidado, treinamento e qualificação profissional e valorização do ensino em serviço, considerando a perspectiva de cada segmento e a sua implicação na formação, considerando a integração ensino-serviço. Além disso, consolida a integração ensino-serviço como estratégia potencial de articulação da formação em saúde com as demandas do serviço, pois resulta em movimentos de aproximação, diálogo e (co)responsabilização entre os sujeitos, repercutindo inclusive na EPS dos mesmos.

Na figura a seguir, apresentar-se-á o Itinerário de um Modelo de Formação em serviço para o ensino do PE no ambiente hospitalar:

Figura 1- Itinerário de um modelo de formação em serviço



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Partindo das considerações até então expostas, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Como tem se constituído o processo de formação em serviço do HCPA acerca do PE a partir dos significados, da relação, da interação e da subjetividade de cada sujeito que representa o prisma da formação na perspectiva da Integração Ensino-Serviço?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender a constituição do modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem na perspectiva da Integração Ensino-Serviço.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender os significados que os integrantes dos segmentos do Prisma atribuem à formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem;
- Identificar as ações educativas dos integrantes dos segmentos do Prisma em relação à formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem.

3 ESTUDANDO OS ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO MOSAICO

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.”

Paulo Freire

Para melhor compreensão deste estudo, fez-se um breve resgate conceitual do PE, apresentar-se-á uma revisão integrativa contextualizando o ensino do PE e por fim um resgate histórico e conceitual da PNEPS e do Prisma da Formação.

3.1 CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O PE teve suas origens nas práticas apresentadas por Florence Nightingale, em 1854, durante a Guerra na Criméia, e deste então vem proporcionando mudanças na sua configuração como instrumento metodológico do cuidado prestado pelo profissional da Enfermagem.

Durante a trajetória histórica, o PE passou-se por três gerações e hoje propõe mudanças no pensamento que impulsionam para a quarta, quinta e sexta geração. Destacamos, na sequência, as principais mudanças ocorridas e as projeções futuras (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004; GARCIA; NÓBREGA, 2009; ALMEIDA et al., 2011; MORAIS, 2014; GONZÁLEZ-CASTILLO; MONROY-ROJAS, 2016).

- Primeira geração: esse período compreende de 1950-1970 e é determinado pela identificação das necessidades de cuidado e a solução dos problemas. Em sua essência, nessa primeira geração, os enfermeiros foram instigados a pensar antes de agir e o PE era composto por quatro etapas: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação.

- Segunda geração: determinada pelas novas necessidades no ensino e na prática assistencial atendendo às lacunas quanto ao julgamento clínico e à habilidade profissional no raciocínio diagnóstico. Período compreendido entre 1970-1990 passa a ter cinco fases com a inclusão da etapa do Diagnóstico de Enfermagem (DE) e tem como marco a preocupação dos enfermeiros em desenvolver uma linguagem padronizada dos problemas de saúde por eles diagnosticados e tratados.

- Terceira geração: compreende o período entre 1990-2010 e determina a especificação e testagem na prática de resultados do paciente que sejam sensíveis à intervenção profissional. Ou seja, o foco está nos resultados a serem alcançados avaliando a eficácia das intervenções realizadas.

Para Pesut (2006), mais três gerações estão previstas e descreve-as como quarta geração, de 2010 a 2020, que tem como foco a organização da construção do conhecimento com base em um sistema de linguagem comum quanto aos diagnósticos, intervenções e resultados; quinta geração, de 2020 a 2035, que tem como foco aprender a ocorrência e a epidemiologia dos diagnósticos, intervenções e resultados em populações específicas, tendo por base um banco de dados; e a sexta geração, de 2035 a 2050, prevê o desenvolvimento de modelos preditivos de cuidados mediante as características dos pacientes.

Na contextualização das gerações, considera-se que os profissionais que prestam assistência pautada no PE na perspectiva da terceira geração, aventuram-se em prestar cuidados de saúde inovadores de forma ativa e explícita, considerando o julgamento clínico, o desenvolvimento de habilidades críticas, metacognitivas e de pensamento crítico, para deliberar sobre os melhores resultados e cuidados específicos baseados nas taxonomias (GONZÁLEZ-CASTILLO; MONROY-ROJAS, 2016).

Acompanhando as mudanças evolutivas necessárias para se efetivar o PE, sinalizo as tendências das futuras gerações do PE com foco no cuidado centrado em práticas que garantem a segurança do paciente, as quais englobam a Política Nacional de Segurança do Paciente, os critérios de Acreditação Hospitalar e a efetiva participação da pesquisa no cenário das práticas assistenciais.

No Brasil, o PE tem seu marco com a atuação de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em uma tentativa de despertar a Enfermagem para a utilização de referências teóricas na assistência prestada, com base em evidências científicas. Para Horta (1979), o PE é um método científico de atuação da Enfermagem de forma eficiente e eficaz, ou seja, é um processo de ações sistematizadas e inter-relacionadas visando assistir ao ser humano.

Autores definem o PE como um instrumento tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem que envolve uma sequência de etapas específicas (obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, considerando suas singularidades e de modo ampliado (GARCIA; NÓBREGA, 2009; CARVALHO; BACHION, 2009).

Na perspectiva da legislação, para solidificar a SAE, e mais especificamente o PE, o COFEN instituiu a Resolução n. 272/2002, que posteriormente foi revogada pela Resolução n. 358/2009, ainda em vigor, a qual define o PE como “[...] um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional [...]”

e o divide em cinco etapas: coleta de dados de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Considerando os termos da Resolução n. 358/2009 que determina o registro formal do PE no prontuário do paciente, o COFEN publicou mais recentemente a Resolução n. 429/2012, a qual reforça essa responsabilidade dos profissionais em registrar as etapas do PE em documentos próprios assegurando a continuidade e qualidade da assistência (COFEN, 2012).

Para Lucena (2013), as informações geradas pelo PE, quando registradas de maneira completa e fidedigna, podem assegurar a continuidade da assistência e promover a segurança do paciente, qualificando a assistência, uma vez que o registro é uma das importantes evidências do cuidado seguro e está em consonância com os requisitos para a acreditação hospitalar. Ainda, para a autora, no cenário de acreditação hospitalar, a busca pela excelência da qualidade da assistência também está pautada pelo registro da informação coerente e considera importante reorganizar os processos de trabalho, capacitar continuamente a equipe para a valorização e adesão aos padrões preconizados e criar instrumentos que se constituam em apoio (e não obstáculo) para o registro do cuidado ao paciente.

O registro foi facilitado e retomado na segunda geração com o uso das classificações de enfermagem, principalmente com o advento da informatização e o uso das linguagens padronizadas *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que passou para NANDA internacional (NANDA-I) em 2002, *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC), auxiliando no gerenciamento das informações sobre os indivíduos e a tomar decisões em ações e intervenções de enfermagem (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

No que tange ao registro das informações, estudos revelam que o PE viabiliza a melhoria nos registros de enfermagem, implicando diretamente no processo de trabalho dos profissionais, visto que as informações escritas refletem o atendimento e tratamento prestado. O registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde (SCHULZ; SILVA, 2011; SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Nesse contexto, o ensino do registro e do PE vem sendo abordado há décadas, acompanhado da preocupação dos registros serem verdadeiros espelhos que refletem a qualidade da assistência, traduzindo o planejamento, a execução e a avaliação do cuidado prestado (CROSSETTI; WALDMANN, 1992). Embora, considerando os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde e da enfermagem, nos dias atuais, ainda permanece a necessidade e a preocupação na formação de profissionais de enfermagem

instrumentalizados para a realização de um cuidado qualificado, fundamentado na arte e na ciência em que o ensino do registro de enfermagem seja voltado à instrumentalização do PE visando reflexos sobre o ensino e a prática profissional. Perpetua a preocupação no que diz respeito ao registro formal da assistência para descrever, documentar e comunicar o cuidado e para contribuir com o processo de uniformização da linguagem de enfermagem (GOUVEIA; FONTES, 2016).

3.2 CONTEXTUALIZANDO O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Com o propósito de contextualizar o ensino do PE, realizou-se uma revisão integrativa (RI) nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME). Para o estudo, elaborou-se um protocolo (APÊNDICE A), validado em março de 2015, o qual seguiu as etapas propostas por Ganong (1987): definir a questão de pesquisa; determinar os critérios de inclusão e de exclusão para o estudo; validar o protocolo com profissionais de *expertise* no tema e metodologia; selecionar e coletar os dados; revisar os dados para detectar pontos que impeçam a inclusão; inserir trabalhos selecionados na matriz do programa *Microsoft Excel*®; observar os resultados, identificar diferenças e conflitos; interpretar e discutir os resultados; apresentar a pesquisa na forma de manuscrito e publicação em formato de artigo científico.

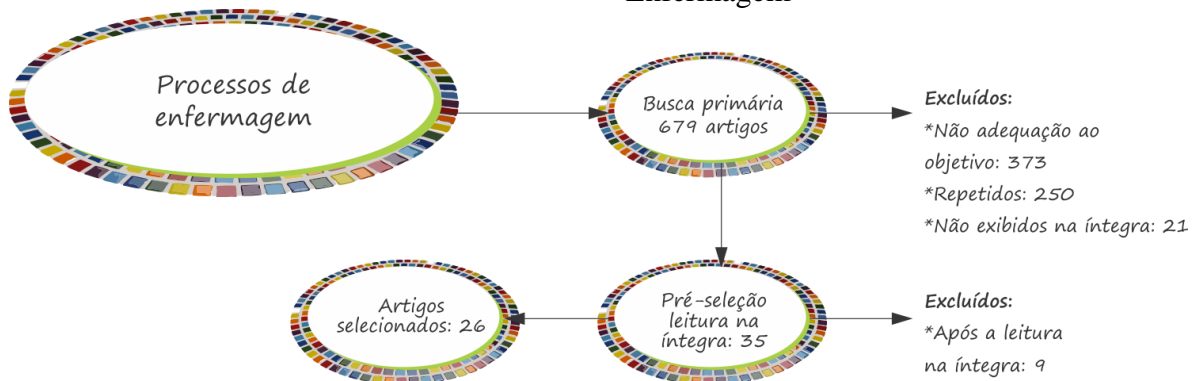
A pergunta norteadora desta RI constituiu-se em descrever do que tratam as produções científicas sobre o ensino do PE. Os descritores e combinações utilizadas para construir a busca estratégica dos trabalhos foram ensino, formação continuada, formação de recursos humanos, educação permanente e educação continuada, combinados pelo operador booleano *and* com o descritor processos de enfermagem; o descritor processo de trabalho em saúde combinado aos descritores processos de enfermagem e enfermagem. Cientes da publicação de artigos que tratavam do objetivo em questão, sentiu-se a necessidade de realizar nova busca, utilizando o termo sistematização da assistência de enfermagem em substituição ao descritor processos de enfermagem e combinando com os descritores acima mencionados. Cumpre destacar que foi utilizado esse termo porque o mesmo é mencionado na legislação brasileira. A busca, organização e análise dos estudos foram efetuadas com auxílio do Programa Sophie, especialmente desenvolvido para esse fim.

Os artigos foram selecionados seguindo critérios de inclusão: trabalhos publicados entre agosto de 2002 (data em que foi publicada a primeira resolução do COFEN que dispõe sobre a SAE) e julho de 2016; disponível nos idiomas português, inglês e espanhol; trabalhos publicados na forma de artigo científico; e disponível *on-line* no formato resumo e trabalho

completo para análise de dados. Foram excluídos dissertações, teses, trabalhos de conclusão de curso e monografias e trabalhos publicados em formato de relatórios de pesquisa, cartas, editoriais, livros, resenhas, publicações governamentais (portarias, leis e outros).

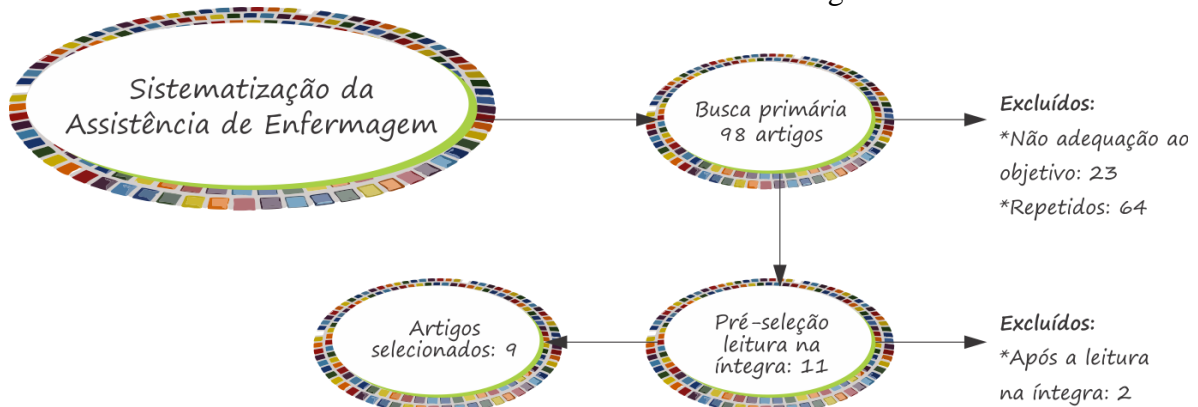
Para a síntese e análise dos dados, foi elaborada uma planilha no programa *Microsoft Excel®*, contemplando os seguintes itens: identificação do artigo, objetivos, características metodológicas, resultados, conclusões e lacunas apresentadas no artigo em relação ao ensino do PE. As discussões dos resultados foram feitas de forma descritiva:

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos estudos utilizando o descritor Processos de Enfermagem



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Figura 3 – Fluxograma de seleção dos estudos utilizando o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Efetuuou-se a leitura dos títulos e resumos de um total de 777 artigos identificados. Desse total, foram pré-selecionados 46 artigos para leitura na íntegra e revisão por pares com o objetivo de constatar a aderência ao estudo, do qual resultaram 35 artigos para análise.

A análise dos artigos resultou em uma concentração de publicações nos anos de 2009 (seis) e 2012 (sete), com predominância pela abordagem qualitativa (29) e a classificação do tipo de estudo exploratório-descritivo (13); relato de experiência (sete); e documental/bibliográfico (cinco).

A publicação dos artigos se deu em 19 diferentes periódicos, com predominância no *Online Brazilian Journal of Nursing* (OBJN), Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REEUSP) e Revista Gaúcha de Enfermagem.

A partir da análise dos artigos, considerando os objetivos propostos e os principais resultados assinalados, foi possível identificar as seguintes dimensões temáticas: A diversidade metodológica empregada no ensino do PE; O processo de ensino permeado pela prática; As etapas do PE: das partes para chegar ao todo; Aplicabilidade do PE na enfermagem: a integração ensino-serviço como estratégia. Das quais, apresento os principais resultados encontrados, porém sem aprofundar a discussão dos dados.

Quanto à diversidade metodológica empregada no ensino do PE, os resultados apontam uma série de 16 artigos que tratam da aplicação de diferentes metodologias para o ensino da SAE/PE em um contexto geral e nas diferentes etapas que compõem o PE.

O uso de metodologias inovadoras e ativas facilita o processo de aprendizagem e atribui significado a este, buscando aproximações constantes com a SAE ao longo da formação com o objetivo de melhor adesão dos enfermeiros ao uso desta (SANTOS et al., 2013; SILVA; GARANHANI; GUARIENTE, 2014). Caracteriza-se como uma possibilidade de recurso didático para uma formação crítica e reflexiva do estudante, uma prática pedagógica inovadora, que traz a participação coletiva democrática como requisito fundamental para uma aprendizagem significativa, que visa por meio da reflexão e do compartilhamento de conhecimento uma formação do indivíduo como um ser que se forma à medida que se relaciona e se apropria da realidade humana (BORGES; ALENCAR, 2014).

Nesse contexto, destaca-se a importância da adoção de práticas pedagógicas mais efetivas, que possam romper com o modelo tradicional de ensino, envolvendo o aluno no processo de aprendizagem e buscando uma nova prática acadêmico-assistencial (PFEILSTICKER; CADÊ, 2009; LEADEBAL et al., 2009; FREITAS; CARMONA, 2011; PESSALACIA et al., 2013; CUBAS et al., 2015). Torna-se evidente a sinergia das abordagens tradicionais, cognitivistas e construtivistas que contribuem positivamente para o ensino do PE em uma perspectiva do ensino baseado em competências, que estimule a construção de sujeitos críticos, reflexivos, interpretativos e dinâmicos no seu meio capaz de

desenvolver uma prática cuidativa que expresse os modos de fazer em sua inteireza e amplitude (LEADEBAL et al., 2009; SILVA; GARANHARI; PERES, 2015).

Sair do modelo tradicional de ensinagem possibilita uma aproximação da teoria com as práticas vivenciadas nos serviços de saúde e facilita a humanização no cuidado, subsidiada pela cientificidade de forma a transcender os aspectos técnicos, rompendo com o paradigma mecanicista de cuidar (MONTEZELI, 2009).

Ainda, destaca-se a adoção de práticas e estratégias de ensino-aprendizagem que dão conta não somente dos aspectos técnicos, mas também os relacionados com os aspectos comportamentais, pessoais, estéticos e da ética. Uma abordagem mais libertadora, criativa, reflexiva, construtiva e questionadora dos conteúdos, capazes de suscitar, aos novos enfermeiros, a instrumentalização de conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam às demandas da sociedade e coerentes com os avanços científicos galgados pela categoria (LEADEBAL et al., 2009, FONTES; LEADEBAL; FERREIRA, 2010; PESSALACIA et al., 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem definem estratégias pedagógicas que articulem o saber, o saber-fazer e o saber-conviver como atributos indispensáveis à formação do enfermeiro visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer, as quais permitem formar profissionais com conhecimentos, habilidades, atitudes e preparados para o mundo do trabalho (BRASIL, 2001a).

Quanto ao processo de ensino permeado pela práxis, os resultados emergem de 12 artigos que constituem essa categoria, evidenciando uma lacuna entre o que se ensina, o que preconiza a lei e o que se vivencia na prática, e ratificam que a SAE ainda é um instrumento recomendado para a qualificação do cuidado da enfermagem e da atenção em saúde (KOERICH et al., 2007; MANGUEIRAL; FONTES, 2008; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; SILVA et al., 2011a). Nesse sentido, urge a necessidade de empreendimento na educação superior para além de reformismos, que perpassa pela experiência e busca frequente de estratégias de aprendizagem ativa que incluam a integração entre teoria e prática (FONTES; LEADEBAL; FERREIRA, 2010).

Ainda, emerge a promoção da aproximação/diálogo entre o saber, o fazer e o legislar colocando como estratégia ou caminho para mudar a realidade, sinalizando a SAE como uma forma de organização do cuidado, bastante acreditada no discurso da Enfermagem, mas que precisa ser adequada à filosofia institucional e pensada a partir da complexidade das suas inter-relações (KOERICH et al., 2007).

É preciso vincular o exercício da profissão ao planejamento do cuidado, no entanto as experiências positivas podem oferecer subsídios para outros cursos e serviços no ensino do PE (COSSA; ALMEIDA, 2012).

Nos estudos que apontam as facilidades e dificuldade do ensino da SAE/PE, destacam-se a necessidade permanente de capacitação do corpo docente e de metodologias de ensino que articulem teoria e prática, ainda que o campo prático precise estar articulado com o processo de formação, principalmente quando se trata de hospital de ensino. O processo de ensinar e aprender é complexo e necessita de contínuo aperfeiçoamento. A vivência do discente, desde o início da sua formação, em ambiente onde a prática cotidiana é pauta na aplicação do PE, é entendida como facilitadora no processo de ensino, bem como um docente qualificado na prática do PE terá melhores condições de agregar conhecimento e habilidade atuando como um facilitador no processo ensino-aprendizagem. Os docentes devem incorporar momentos de escuta e diálogo orientando os discentes no enfrentamento das dificuldades encontradas ao longo da formação acadêmica (SILVA et al., 2011a; COSSA; ALMEIDA, 2012; SILVA; GARANHANI; PERES, 2015).

Sugestões foram apontadas para melhorar o ensino da SAE, dentre elas a necessidade de maior preparo e padronização das atividades de ensino quanto à SAE e desenvolver estratégias que possibilitem articular as bases teóricas com o mundo da prática (LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010; SILVA et al., 2011a).

Ainda, estudos que tratam da formação de TE quanto ao ensino e aplicação do PE evidenciam que, mesmo representando a maior força de trabalho da equipe de enfermagem, na sua formação não há indícios do ensino do PE em nenhuma disciplina e em apenas uma escola mencionam, de forma não articulada, a aplicação do PE. As lacunas apresentam-se durante a formação e ao longo da trajetória profissional, o que dificulta o entendimento e a valorização da SAE, limitando as contribuições do TE na organização das ações de cuidado da equipe de enfermagem. A participação do TE na SAE e o conhecimento atribuído à temática se apresentam como um campo ainda obscuro e podem estar relacionados à inexistência de diretrizes curriculares nacionais para a formação de TE que indique a necessidade de contemplar a SAE na formação desses profissionais (MANGUEIRAL; FONTES, 2008; CRUZ; ALMEIDA, 2010; SALVADOR et al., 2015).

Nesse sentido, pensando nas exigências contemporâneas da Enfermagem enquanto ciência e arte, emerge a necessidade da reavaliação das matrizes curriculares, adequando-as às necessidades da atualidade, acompanhando a evolução do conhecimento da Enfermagem, readequando o ensino para que os TE possam ser melhor capacitados para um cuidado

pautado em bases científicas, cumprindo suas funções de forma crítica e reflexiva (MANGUEIRAL; FONTES, 2008).

Mais especificamente, quando se fala do ensino quanto às etapas do PE, identifica-se o nível de conhecimento dos estudantes referente a cada etapa do PE, no intuito de atingir resultados finais da formação de enfermeiros com habilidades de liderança, científica e de investigação técnica. A identificação e análise dessas lacunas ainda na formação acadêmica permitem corrigir as deficiências para que os estudantes saiam com uma melhor preparação para aplicar o PE refinando as habilidades ainda na graduação (AGUILAR et al., 2015).

No que tange à aplicabilidade do PE na enfermagem e à integração ensino-serviço como estratégia, a experiência relatada por estudo publicado por Almeida et al. (2007) demonstra o crescimento e evolução dos profissionais enfermeiros, professores e alunos quanto à metodologia de trabalho, possibilitando uma parceria rica e integrada e que agrega teoria e prática, resultando em aprofundamento temático e autocrítica sobre o cuidado que vem sendo prestado aos pacientes.

Quanto às mudanças e reestruturações dos modelos de formação, os estudos apontam a necessidade de participação do serviço no processo de mudança da academia e vice-versa. A articulação academia-serviço vislumbra superar a percepção da existência de uma relação dicotômica entre a teoria e a prática, (res)significando o serviço como um espaço de cuidado e educação, reconhecido dentre as demais áreas do conhecimento (CROSSETTI; DIAS, 2002; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; SOUZA et al., 2012).

A formação de profissionais cientes de suas responsabilidades assistenciais e educacionais fornece subsídios para atuarem como multiplicadores de melhores práticas de cuidado em saúde e Enfermagem, possibilitando que a articulação ensino-serviço apresente-se como subsídio ao cuidado de Enfermagem de qualidade, melhoria da assistência e da formação profissional. Nesse contexto, destaca-se a importância de aprendizagem no transcorrer do cotidiano do trabalho para formação das competências para implementar a SAE (CRUZ; ALMEIDA, 2010; SOUZA et al., 2012; BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012).

No contexto da formação em serviço em consonância com os princípios da EPS, a utilização do PE pode ser visualizada como uma estratégia metodológica que possibilita o desenvolvimento de um pensar problematizador com a construção do conhecimento a partir da realidade vivenciada (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012).

A realização dessa RI demonstra a carência de publicações relacionando o PE e suas interfaces com a EPS, formação em serviço e formação continuada. Os artigos até mencionam a necessidade do serviço de EPS, mas não ratificam uma forma ou modelo de ensinar o PE

nos serviços de saúde de forma que se questiona se o modelo do ensino do PE utilizado no HCPA poderia ser replicado aos demais serviços de saúde hospitalar como referência de formação em serviço.

3.3 MARCOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Historicamente, a EPS teve seus primeiros movimentos incitados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Na década de 80, a OPAS/OMS propôs uma nova orientação de cooperação técnica sobre a educação de trabalhadores dos serviços de saúde, uma vez que as preocupações centravam-se na rápida obsolescência do conhecimento e na fragilidade das habilidades dos trabalhadores. Com isso, buscou-se a continuidade no desenvolvimento de novas abordagens metodológicas para facilitar o processo educacional com a organização de uma proposta teórica e metodológica hoje conhecida como EPS. Na mesma época, já se propunha uma mudança no treinamento convencional, tratando a formação como a aprendizagem ao longo da vida, no local do trabalho, orientada para melhorar os serviços de saúde e utilizando-se da problematização das práticas de saúde por meio da aprendizagem significativa (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002).

No Brasil, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n. 198/2004, instituiu a PNEPS, com intuito de articular as necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

Contudo, os registros apontam que, em meados de 2000, países da América do Sul (Brasil, Argentina, Chile, Equador e Peru) e da América Central (El Salvador e Nicarágua) já tinham iniciativas de formação com atividades educacionais para profissionais que se encontravam ativos nos serviços de saúde. No Brasil, os movimentos iniciaram com o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal da Saúde da família no estado do Maranhão e da região sudeste do estado de Minas Gerais (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002).

Nessa trajetória, a PNEPS emerge como um marcador, como uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas

pedagógicas. Implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da EPS. Para a PNEPS, a EPS é o conceito pedagógico para efetuar relações organizadas entre ensino e as ações e serviços; docência e atenção à saúde; gestão e formação setorial; desenvolvimento institucional e controle social em saúde realizam a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004).

As ações de EPS podem constituir-se em formas alternativas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar as atividades educativas inseridas no contexto histórico, social, econômico, político e ético, proporcionando a construção de conhecimentos fundamentados na liberdade individual e coletiva (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Nesse sentido e para melhor compreensão, vamos conceituar e diferenciar a Educação Continuada da Educação Permanente. Para a PNEPS, a Educação Continuada se caracteriza por representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, baseado em técnicas de transmissão com fins de atualização. A Educação Continuada produz uma distância entre a prática e o saber e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática, caracterizada por cursos periódicos sem sequência constante e centrada em cada categoria profissional. Já a abordagem da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, modificando as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer. Coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores, abordam a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar e amplia os espaços educativos para além da sala de aula, adentrando as organizações, comunidade, clubes e associações, em ações comunitárias (BRASIL, 2009).

Em uma visão mais ampla, a educação permanente constitui-se da aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho, onde os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde emergem das necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004). Ainda, a

educação permanente abrange o controle social por meio de processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas através de processos formais e informais que valorizam as experiências e vivências dos sujeitos (BRASIL, 2006).

A organização da PNEPS prevê a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas da gestão da saúde, instituições de ensino, órgãos do controle social e os serviços de atenção à saúde, antevendo o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com os serviços de saúde, disseminando conhecimento por relevância e compromisso (BRASIL, 2004).

Quando se pensa na EPS na perspectiva da transformação, esta ocorre através da articulação entre a teoria e a prática, realizada pelos sujeitos trabalhadores, permeada por políticas institucionais que sustentem essas ações (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006). A PNEPS pretende contribuir com o desenvolvimento de uma estratégia educativa integral orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida com o desenvolvimento permanente de seus recursos humanos (BRASIL, 2009).

Para a PNEPS, trata-se de uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. Implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS. Propõe-se a construir a EPS atrelando o desenvolvimento individual e institucional, as ações e serviços, a gestão setorial, atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004).

A PNEPS propõe estratégias como a integração ensino-serviço para que aconteça a formação. Passada uma década da instituição da PNEPS, os desafios persistem e configuram uma necessidade premente de consolidar as relações que vêm sendo estabelecidas com clareza de objetivos, apropriação do referencial teórico que norteia as práticas educativas e de atenção à saúde, e de estruturação dos serviços de saúde para desempenhar dois papéis, de educar e assistir. No entanto, pode-se observar aspectos potenciais, a exemplo da aproximação da formação com a realidade da atenção à saúde e um efervescente processo de lapidações e estreitamentos nas relações entre os contextos da educação e da saúde (BREHMER; RAMOS, 2014).

Logo, corroboro as colocações de Balduino, Veras (2016) que apontam que a integração entre o ensino e o serviço deve ser facilitada e efetivada de forma a beneficiar ambas as partes, visto que uma instituição necessita da outra. O segmento ensino necessita de

campos para que seus discentes entrem em contato com a realidade social e possam colocar em prática os aprendizados adquiridos com o objetivo de melhorar a capacitação e qualificação profissional, através da experiência vivenciada, a fim de melhorar o cuidado em saúde. Já os serviços de saúde necessitam do compartilhamento de experiências e conteúdo entre os docentes, discentes e os profissionais do serviço para estabelecer um processo de ensino-aprendizagem contínuo entre os segmentos.

Em uma perspectiva transformadora, a EPS transita no sentido contrário ao da reprodução. Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas que são socialmente aceitos. Na perspectiva de transformação, há articulação entre a teoria e prática mediada pelos sujeitos-trabalhadores e permeada por políticas institucionais que sustentem essas ações (SILVA et al., 2010).

No que tange à educação dos profissionais da enfermagem, verifica-se a necessidade de reafirmar a questão educativa como compromisso para o crescimento pessoal e profissional visando melhorar a qualidade da prática profissional (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

No contexto da formação, emerge a necessidade de contextualizar a integração ensino-serviço, pois, para a PNEPS, a integração ensino-serviço apresenta-se como estratégia que compromete o setor saúde e o setor educação e que envolve trabalhadores, docentes, estudantes, pesquisadores, gestão, controle social com o objetivo de construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais que dê conta das peculiaridades e desigualdades do país (BRASIL, 2007).

Sob a ótica da EPS, a integração ensino-serviço constitui-se em uma estratégia de mudança que possibilita transformar a aprendizagem em momentos significativos, capaz de provocar mudanças no trabalho e no ensino, tornando-os cenários de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes (TOMBINI, 2010). É o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado entre o setor ensino e o setor saúde, incluindo-se gestores buscando expandir a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Para Brehmer, Ramos (2014), as experiências de integração ensino-serviço são cenários reais onde se processam vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade, sustentados por um arcabouço teórico legal que orientam os movimentos por mudanças na organização da formação. Para as autoras, os setores saúde e educação estão mobilizados para orientar o processo de formação

profissional para a consolidação do SUS, sustentados por estratégias interministeriais como políticas públicas e programas entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Dentre as estratégias, destacam-se as CIES e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). A CIES é entendida como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. São compostas por gestores municipais e estaduais de saúde e educação e/ou seus representantes, trabalhadores do SUS e/ou entidades representativas Instituições de ensino com cursos na área da saúde por meio de seus distintos segmentos, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS e tem por atribuição propor, elaborar, monitorar e avaliar os projetos de EPS implementados e fornecer informações ao Colegiado de Gestão Regional que possam orientar suas decisões em relação ao Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (FERRAZ et al, 2013).

Para fortalecer a integração ensino-serviço, o MS e da Educação instituíram a Portaria Interministerial n. 1.127 de 04 de agosto de 2015 estabelecendo diretrizes para celebração do COAPES, visando garantindo o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde e estabelecendo atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. O Art. 4º do COAPES define as obrigatoriedades do mesmo, com destaque para a definição dos serviços de saúde que serão campo de atuação das instituições de ensino, para o desenvolvimento da prática de formação, dentro do território; definição das atribuições dos serviços de saúde e das instituições formadoras, em relação à gestão, assistência, ensino, educação permanente, pesquisa e extensão; definição do processo de designação dos preceptores da rede de serviços de saúde e sua relação com a instituição responsável pelo curso de graduação em saúde ou pelo Programa de Residência em Saúde; e previsão da elaboração de planos de atividades de integração ensino-serviço-comunidade para cada serviço de saúde (BRASIL, 2015a).

De forma geral, para Brehmer e Ramos (2014) as instituições de ensino e de serviços de saúde, em iniciativas isoladas, celebram convênios de integração entre ambas, visando estabelecer uma relação que pactue a importância e responsabilidade entre as áreas da educação e da saúde, com vistas a estabelecer um diálogo que fortalece as parcerias.

Neste sentido, a integração ensino-serviço-comunidade induz um movimento de mão dupla, do serviço para o ensino onde os gestores, trabalhadores e usuários aprendem na

interação com estudantes e professores; e do ensino para o serviço, em que as instituições formadoras se comprometem com as metas do serviço para qualificar o cuidado. Neste processo colaborativo, a formação de profissionais se beneficia com a integração e troca de experiências que acontece com os trabalhadores da assistência, da gestão, estudantes, professores, que passam a produzir conhecimentos e práticas diretamente com os gestores, trabalhadores do serviço e os usuários. Nesse sentido, as práticas de ensino-aprendizagem construídas em parceria com as universidades devem estar necessariamente articuladas com o processo de trabalho da equipe que está cotidianamente imersa naquele cenário. E os trabalhadores podem ser encorajados e apoiados para firmarem compromissos com a formação dos estudantes. Por isso, os processos de formação e de trabalho devem estar conectados, tendo como base as necessidades de saúde daquele território e das pessoas que o habitam (BRASIL, 2015b).

Contudo, no Brasil, as reflexões sobre integração ensino-serviço na enfermagem vêm sendo referenciado desde a década de 60, e tomou força na década de 80 com os movimentos pela mudança na formação dos profissionais de saúde e com as propostas da Integração Docente Assistencial que se caracterizou por espaços de discussões e proposições de mudança na saúde contribuindo com a aproximação entre universidade e serviços de saúde (TOMBINI, 2010).

Desde então, os movimentos tem se fortalecido com a instituição de políticas públicas, programas e projetos que estimulem a parceria e aproximação entre o setor ensino e o setor saúde. Ainda, destaca-se, desde a década de 60, a importante contribuição do educador brasileiro Paulo Freire nos movimentos que permeiam a EPS e a integração ensino-serviço.

Com suas obras, Paulo Freire arenga que a mudança, seja na educação, pelo coletivo ou individual, em nível de ser humano acontece pela ação-reflexão-ação. Uma das principais ideias de Freire, em que o alcance da sintonia entre educador e educando para o agir-refletir-agir somente é conquistado a partir do momento em que ambos desenvolvem a conscientização (WATERKEMPER, PRADO, REIBNITZ, 2016).

Freire se permite falar em liberdade porque crê no seu poder de liberdade como instrumento de transformação global do homem e da sociedade. E para isso propõe um diálogo, a partir da reflexão social a partir da criticidade da própria consciência. (FREIRE, 2014). Numa concepção dialógica, o autor propõe uma educação libertadora, problematizadora, que não se configura no ato de depositar, narrar, transferir ou transmitir conhecimentos e valores aos educandos (FREIRE, 2016). O diálogo possibilita ao profissional de saúde ou ao educador ser o mediador da aprendizagem, o responsável por estimular a

curiosidade dos educandos, propor desafios, problemas, incentivar e buscar por soluções, se caracterizando por uma relação de ensino e aprendizagem em que todos aprendem por meio da práxis, da reflexão sobre a ação e a crítica de que o mundo se transforma e as pessoas são transformadas (SOUZA et al, 2016).

Neste sentido, Paulo Freire mobilizou processo de educação trazendo a tona proposições reflexivas sobre o trabalho, impulsionando para transformações nos serviços de saúde, nas práticas formativas, mobilizando os próprios profissionais para se tornassem responsáveis pelas suas atitudes e protagonistas das ações formativas.

Para Freire (2011), a corporeidade, a pedagogia vivencial e o cotidiano são possibilidades de trazer, para a educação, critérios indispensáveis à aprendizagem que nela estão implicados o prazer, o desejo e as histórias de vida. Portanto, a universidade deve ser um espaço de vida, de descobertas para propiciar atividades que possibilitem aos sujeitos o desenvolvimento de atitudes e de ações críticas, reflexivas, sensitivas visando à formação de um ser/cidadão que represente a superação da fragmentação e da linearidade do conhecimento, reencantando o processo educativo no papel do educador (SAMPAIO, 2016).

3.4 DO QUADRILÁTERO AO PRISMA: MOVIMENTOS PARA (RE)DIRECIONAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde foi proposta com o intuito de permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa, efetiva e a capacidade de crítica, além de produzir sentido, autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005). Assim, o autor propôs os componentes do quadrilátero da formação, entendidos como **análise da educação dos profissionais de saúde:** mudando a concepção hegemônica tradicional, entendida como biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão, para uma concepção construtivista de forma interacionista, de problematização das práticas e dos saberes, bem como mudando a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade; **análise das práticas de atenção à saúde:** construindo novas práticas de saúde, considerando os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico; **análise da gestão setorial:** assegurando às redes de atenção às necessidades em saúde e considerando na avaliação a

satisfação dos usuários; **análise da organização social:** verificando a presença dos movimentos sociais, acolhendo a visão ampliada das lutas por saúde e pela construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

No conceito de quadrilátero da formação, representado pela integração ensino – serviço – gestão – controle social, cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, como também construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. Ou seja, cada face desse quadrilátero libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores e configura espaço e tempo com diferentes motivações para a formação.

Nos processos de formação em serviço, a representação dos segmentos do Prisma fortalece as orientações e diretrizes do MS por meio da Portaria n. 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Na referida Portaria, prevê-se as instituições de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (por meio de práticas gerenciais e organização da rede), das instituições de ensino (por meio de práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (por meio de movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (por meio dos profissionais e suas práticas), na busca do compromisso dos gestores com a formação e dos formadores com o sistema de saúde, produzindo e disseminando conhecimento (BRASIL, 2004).

Logo, todo processo de Educação Permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se inserem os movimentos de aproximação da integração ensino-serviço (BRASIL, 2009).

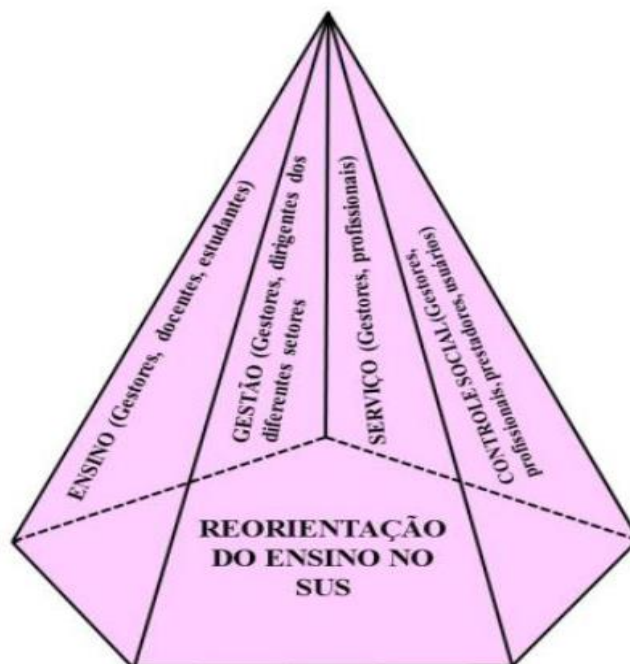
Para Vendruscolo (2014), a transformação do modelo de atenção à saúde somente é possível mediante a reorientação da formação e requer o envolvimento e compromisso de todos os segmentos – gestão, atenção, ensino e controle social – nesse processo. Ainda, propõe reflexões sobre a estratégia de gestão, do processo de formação e EPS, e sobre a maneira com que os sujeitos sociais que integram o quadrilátero proposto por Ceccim, Feuerwerker (2004) se dispõem. Para esses autores, o ideário do “quadrilátero” pressupõe que cada face estabeleça fluxos e interlocutores específicos, em espaços-tempos e com motivações diferentes, em uma trama de conexões.

Vendruscolo (2014) amplia o debate sobre esse quadrilátero, pois acredita que, para a consolidação das ações de reorientação, as instituições de ensino e de serviço, sobretudo, os sujeitos imbricados nesse processo, precisam transcender seus projetos individuais de saber/poder, emergindo em pensamentos profissionais e institucionais, ancorados em novas formas de produzir saúde.

A autora defende a ideia de que o quadrilátero, por vezes, não se configura como tal, uma vez que lhe falta elementos para encaixar os vértices ou, ainda, percebe-se a intervenção de outros elementos em um mesmo segmento, definindo esse efeito como o “prisma da formação”.

Provocar reflexões acerca da estrutura do quadrilátero da formação amplia a visão de uma figura de apenas quatro lados, com representação paritária dos segmentos (ensino - serviço – gestão – controle social), para uma visão de prisma, para além de um quadrilátero. A autora defende a ideia de que os segmentos representados se sobrepõem na sua representação, e se já são perceptíveis os reflexos provocados pela ação do quadrilátero, certamente na visão de um prisma, que reflete raios luminosos. Os espaços de formação e educação em saúde têm gerado oportunidades significativas que traduzem a complexidade, a riqueza e a potência dos processos de educação permanente na saúde.

Figura 4 – Prisma da formação proposto por Vendruscolo (2014)



Fonte: Vendruscolo, 2014.

A autora utiliza a metáfora de que o prisma pode ser utilizado para refletir raios luminosos, supondo que ainda há muitos alinhavos, que precisam ser feitos, e questões para serem ajustadas em relação aos espaços de aprendizado. Afirma que, se já são perceptíveis os reflexos provocados pela ação do quadrilátero na formação, certamente, as discussões entre os segmentos, na perspectiva do prisma, geram oportunidades significativas que traduzem a complexidade, a riqueza e a potência dos processos educativos em saúde.

Vendruscolo (2014), a partir dos resultados do seu estudo, reflete ainda que, no quadrilátero, as IES têm um maior controle do processo de formação e estão fortemente representadas pelos docentes, havendo pouca participação dos discentes e gestores desse segmento. O trabalhador, representado pelos segmentos gestão, serviço e controle social, tem o domínio do cenário das práticas e enfrenta problemas advindos do processo de trabalho, atrelado a uma formação biologicista e a uma comunidade com necessidades de atenção à saúde em que a presença das IES muitas vezes é compreendida como intrusas.

É nessa configuração que há um entendimento do “prisma” para além de um “quadrilátero”, em que os elementos que representam os segmentos podem interferir nos demais segmentos (VENDRUSCOLO, 2014; 2016c). Nesse contexto, ao permitir a justaposição entre os mundos do ensino e do trabalho, os sujeitos se abrem a diferentes possibilidades, olhando sob outros prismas (VENDRUSCOLO et al., 2016b; 2016c).

Ainda, a autora afirma que na área do ensino em saúde a mudança é possível, desde que a integração dos elementos implicados se consolide como parceria no seu sentido mais amplo, sejam os segmentos representados por estudantes, docentes, profissionais, gestores, usuários, sejam outros sujeitos, desde que o foco seja a qualidade da atenção à saúde.

4 APROXIMANDO E DIALOGANDO COM O REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

“Mudar é difícil, mas é possível.”
Paulo Freire

4.1 DIALOGANDO COM O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O interacionismo simbólico tem suas raízes na Sociologia e na Psicologia Social, começou a se delinear entre os anos de 1930 e 1940 e possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; CARVALHO, 2011).

Estudos têm apontado para a necessidade sistemática de análises do comportamento social humano, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de correntes teóricas como o interacionismo simbólico. O interacionismo simbólico, representado pelas obras de clássicos da Escola de Chicago, principalmente por George Mead, propõe que os seres humanos são animais simbólicos, que produzem a sua própria cultura e interpretam a própria história através de arcabouços simbólicos (MEAD, 1972; CARVALHO, 2011; TAROZZI, 2011).

O interacionismo simbólico se focaliza nos modos através dos quais os sujeitos dão significado ao mundo em que vivem, o significado não é um processo individual, acontece por meio da interação entre os sujeitos e é na linguagem que se constrói os significados individuais e sociais que se manifestam na ação. Ou seja, a interação social é um processo que está sendo construído pelos atores, de modo que estes possam interpretar o mundo que os cercam e com o qual interagem. A ordem dos fatos sociais e o sentido das ações estão sujeitos às mudanças e cada ato pode ser considerado uma nova interação, na qual a construção acontece sobre uma constante evolução, em um processo de transformação em que os mecanismos que não são rígidos, nem estruturais, são construídos na interação para regulamentar o desenvolvimento e a mudança dos fenômenos (TAROZZI, 2011; SANTOS, 2008).

A pesquisa de campo à luz do interacionismo simbólico permite ao pesquisador observar o cotidiano das relações estabelecidas pelos atores no cenário social e procurar interpretar o sentido que eles dão a cada ato, no contexto em que se inserem, seja no tempo ou no espaço. O interacionismo simbólico, dentro do paradigma interpretativo, preocupa-se em compreender os aspectos internos experimentais da conduta humana, ou seja, a maneira como

as pessoas percebem os fatos ou a realidade a sua volta e como elas agem em relação às suas convicções. Esse método permite aos pesquisadores e profissionais da saúde estabelecer juízo de valor do fenômeno investigado (SANTOS, 2008).

Na Enfermagem, o Interacionismo Simbólico tem sido utilizado com sucesso, pois o significado é o conceito central em que as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, com o intuito de agir no contexto social ao qual pertencem. Busca ampliar os conhecimentos na construção de ações estratégicas voltadas para um relacionamento interativo e humanizado entre pessoas e na perspectiva Interpretativa configura-se por ser um referencial teórico-metodológico que possibilita a avaliação de resultados em saúde, indo além da compreensão dos significados e construção de atitudes das pessoas a partir das relações interpessoais (LOPES; JORGE, 2005).

4.2 DIALOGANDO COM A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, apresentada originalmente na obra *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, em 1967 (SILVA et al., 2011b). A proposta nasceu de um modo indutivo de encarar a pesquisa, buscando no campo empírico o fundamento de uma teorização emergente a partir das observações e classificações sistemáticas dos dados (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2013).

A TFD é um método de pesquisa qualitativa que viabiliza a construção de uma teoria assentada em dados que podem ser provenientes de diferentes fontes e é elaborada a partir de uma dada vivência social. Seu foco é compreender as experiências e interações em um determinado contexto social. A compreensão do fenômeno se dá a partir da realidade na qual ele se insere pela identificação, desenvolvimento e relação de conceitos, por meio de uma minuciosa análise comparativa, estritamente relacionada com a coleta de dados, da qual emergirá a teoria. A construção da teoria requer a interação entre o fazer induções (indo do específico para o amplo) para produzir conceitos a partir dos dados e o fazer deduções (indo do amplo para o específico) para gerar hipóteses sobre as relações entre os conceitos derivados dos dados, a partir da interpretação (GOMES et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

A TFD compreende a análise minuciosa dos dados que emergem da coleta de informações sobre o fenômeno de estudo identificando as categorias e suas inter-relações, tendo como foco a busca de significados.

A TFD apresenta três principais vertentes ou perspectivas metodológicas, considerando a TFD de abordagem clássica (Glaser); TFD relativista ou subjetivista, abordagem *full conceptual description* (Strauss e Corbin); e a TFD construtivista (proposta por Charmaz). Cada uma dessas concepções apresenta especificidades que viabilizam modos de operar diferentes, baseados em concepções e paradigmas epistemológicos próprios, frutos da própria evolução do processo de construção do conhecimento científico (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011; SANTOS et al., 2016).

Na primeira vertente representada pela abordagem clássica o paradigma epistemológico é positivista, em que a identificação do problema de pesquisa emerge sem a necessidade de aprofundamento na revisão inicial da literatura, a condução da investigação e do desenvolvimento da teoria centra-se na emergência dos dados por meio do processo de indução e da criatividade do pesquisador, a relação com o participante é independente, a coleta de dados enfatiza a observação e a entrevista, a codificação dos dados é classificada em aberta, seletiva e teórica, há uma intensificação no uso de memorandos e a avaliação da teoria centra-se na aplicabilidade, operacionalidade, relevância e modificabilidade (SANTOS et al., 2016).

Na segunda vertente, Straussiana, a TFD é o desejo de entender uma determinada situação (pós-positivista). A identificação do problema de pesquisa emerge da experiência, pragmatismo e da literatura, a condução da investigação e o desenvolvimento da teoria centra-se no modelo paradigmático de verificação no qual a relação com os participantes é ativa. Proporciona certa liberdade para lidar com os dados coletados e a teoria emerge destes a partir da sistematização, observação, comparação, classificação e análise de similaridade e dissimilaridade. Na TFD clássica e Straussiana, propõe-se que o pesquisador vá a campo liberto de pré-noções, livre de hipóteses e conceitos e, a partir da sua vivência empírica e do processo do método, elabore as hipóteses e preceitos teóricos. A codificação dos dados é classificada como aberta, axial e seletiva, há uma valorização dos diagramas e memorandos e a avaliação da teoria centra-se no ajuste, compreensão, generalidade teórica e no controle (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008; FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2013; SANTOS et al., 2016).

Dessa forma, a TFD busca compreender a forma como os seres sociais vivem suas experiências, extraindo os significados, o que sentem, pensam e como interagem esses seres, considerando a atenção na dimensão humana e nos aspectos sociais relacionados, nos contextos mais variados, por meio de um conjunto de procedimentos e técnicas de coleta e análise de dados sistematizados. O método explora a riqueza e a diversidade da experiência

humana e consiste em uma forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. O resultado desse processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos (GLASSER, 2002; STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

Na terceira vertente, construtivista, a TFD é um método que pode gerar possibilidades para a construção de conhecimentos confiáveis na enfermagem cujos objetos de estudos envolvam as interações humanas constantes, na busca do desenvolvimento do cuidado interativo e complexo diante das problemáticas que demarcam a contemporaneidade. A identificação do problema de pesquisa ocorre pela sensibilização de conceitos específicos de cada disciplina, a condução da investigação e desenvolvimento da teoria é de coconstrução (em relação aos participantes) e reconstrução de dados em direção à teoria, a coleta de dados centra-se em entrevistas intensivas com o uso de múltiplas fontes de dados. A codificação classifica-se em inicial e focalizada, os diagramas e memorandos são flexíveis e a avaliação da teoria tem congruência e consistência em relação ao contexto com uma interpretação reflexiva do pesquisador (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016).

Cabe destacar que Charmaz foi aluna de Glaser e propôs, a partir da segunda vertente, uma interpretação da TFD construtivista que aceita certo relativismo do conhecimento, que deriva de uma concepção da realidade múltipla e plural. Para a autora, a TFD construtivista assume que o conhecimento é fruto de uma construção recíproca entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa propondo que o centro da investigação seja a dimensão do significado (TAROZZI, 2011).

Na abordagem construtivista, estabelece-se a prioridade dos fenômenos do estudo e vê-se tanto os dados quanto a análise como tendo sido gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Uma abordagem construtivista significa mais que observar como os indivíduos percebem as circunstâncias, ela teoriza o trabalho interpretativo realizado pelos participantes da pesquisa e reconhece que a teoria resulta de uma interpretação (CHARMAZ, 2009).

Nesse sentido, a TFD construtivista parte do pressuposto que o pesquisador não descobre uma teoria que se encontra escondida ou que ela seja verdadeira, mas, sim, que o conhecimento é fruto de uma (co)construção entre pesquisador e sujeito e considera que o pesquisador é parte do processo que observa e assume o próprio ponto de vista com dados da pesquisa; os dados não são coletados, e sim produzidos (construção ou geração de dados); os dados mais ricos não são fatos, mas, sim, significados que os sujeitos atribuem àqueles fatos.

São pesquisados os significados tácitos atribuídos aos fatos, eventos, relações, dos quais os sujeitos não têm consciência, mas que os guiam em suas ações; o pesquisador é indistinguível dos mecanismos analíticos com os quais elabora os significados emergentes no campo. A negociação dos significados acontece em todos os momentos do processo analítico; a definição das categorias deve ser flexível e ativa utilizando termos que sejam aderentes aos objetos do fenômeno e que mantêm conformidade com a experiência; a relação entre as categorias são complexas e multidimensionais e não são definíveis uma vez por todas; o texto final é parte integrante da análise e o texto constitui-se de uma linguagem clara, comunicativa, prazerosa para a construção teórica (TAROZZI, 2011).

Para Charmaz (2009), os pesquisadores que usam a TFD construtivista pressupõem que tanto os dados quanto as análises são construções sociais que refletem aquilo que é determinado pela produção deles. O construtivismo promove a reflexividade dos pesquisadores em relação as suas próprias interpretações, bem como as interpretações dos participantes da pesquisa.

Seguindo essa linha de pensamento, é necessário abordar o interacionismo simbólico para melhor compreender a escolha do uso do referencial metodológico TFD para este estudo, uma vez que me proponho a compreender os significados e identificar as ações e relações nesse processo ocorrido no HCPA.

Nesse contexto, a teoria fundamentada construtivista demonstra potencialidades para um caminho investigativo que podem oferecer para as investigações a exploração dos processos sociais e psicossociais, considerando os preceitos com base no interacionismo simbólico, que valoriza fortemente o processo de interações e trocas entre o pesquisador e o sujeito para que as construções interpretativas sejam pautadas nas experiências sociais (LEITE et al., 2012).

Considera-se que o interacionismo simbólico e a TFD como referencial teórico metodológico tornaram-se adequados para o presente estudo, pois a produção científica acerca da formação nos serviços de saúde sobre o PE no ambiente hospitalar apresenta-se de forma insipiente e essa lacuna existente poderá ser preenchida com uma visão construída a partir dos significados e das vivências dos sujeitos que compõem o prisma da formação.

Aliado a esse contexto, foram incorporados os preceitos teóricos de Herbert Blumer, sustentados por Mead, para desenvolver as etapas de análise propostas por Charmaz por reforçar a ideia de que o significado é um produto social, uma atividade que emana dos indivíduos à medida que este interage (BLUMER, 1998).

5 TRILHANDO OS CAMINHOS PARA CONSTRUIR O MOSAICO

“Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”

Paulo Freire

Para ser possível o artefato desse mosaico, fez-se necessário definir os caminhos, o material utilizado, os elementos e a liga que une esse material, sua composição e construção. Metaforicamente falando, o objetivo do mosaico é preencher algum tipo de plano, é uma técnica de representação artística e como tal exige o conhecimento de composição e o exercício da mesma. Para sua composição são usadas tesselas (cubos utilizados para denominar as peças com que são executados os mosaicos), existentes em diferentes materiais, diversos tipos, tais como pedra, seixos rolados, vidro, sementes, argila, madrepérola, conchas, louças quebradas, azulejos, entre outros. No entanto, a composição da arte se define quando entra em um contexto formal considerando os elementos - linha, superfície, volume, luz, cor - distribuídos na área para compor a arte. Assim, os fragmentos na composição, os caquinhos (tesselas) passam a ter significado quando se unem formando um mosaico (DACÓL, 2008).

Desse modo, assim como minha trajetória de formação e profissional foram representadas pela arte de um mosaico, o reconhecimento do modelo de formação em serviço do HCPA será apresentado metaforicamente a partir dos fragmentos, dos elementos formais, das tesselas, para dar significado à formação dos profissionais de enfermagem acerca do PE, concebidos por meio dos dados históricos, significados e sentidos das ações educativas, constituindo, dessa forma, a arte do mosaico da formação em serviço.

5.1 ESTRUTURANDO A PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem metodológica orientada pela TFD interpretativa e construtivista, norteada pelo referencial teórico do interacionismo simbólico.

Entende-se por pesquisa qualitativa a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, na qual a interpretação gera produtos a respeito de como os humanos vivem, fazem, constroem seus artefatos, sentem e pensam. Permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias (MINAYO, 2014).

A vertente teórica da TFD escolhida para esta pesquisa centra-se na perspectiva metodológica construtivista proposta por Charmaz, que a determina como um método que se

concentra na criação de esquemas conceituais por meio da construção indutiva e dedutiva a partir os dados. Mais especificamente na teoria interpretativa, que exige uma compreensão imaginativa do fenômeno estudado, pressupondo realidades múltiplas e emergentes; indeterminação; fatos e valores quando associados; a verdade como algo provisório; e a vida social como processo. A autora considera que o modo de fazer a TFD construtivista apoia-se em diretrizes flexíveis, defendendo a ideia de que nem os dados, nem as teorias são descobertas, mas, sim, construídos por meio do envolvimento e das interações com as pessoas, as perspectivas e as práticas da pesquisa. Defende que os significados e as expressões dos participantes são construções da realidade e que, portanto, a teorização interpretativa resulta de pressupostos construcionistas sociais que permeiam o interacionismo simbólico seguindo o que Blumer (1998) propõe (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016).

5.2 DELINEANDO O CAMPO DE ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no HCPA, caracterizado por ser uma instituição pública, geral, de grande porte, universitária, vinculada ao Ministério da Educação e de forma acadêmica à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O HCPA tem como visão ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde e como missão prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania (HCPA, 2013).

Caracteriza-se como um espaço para a formação de estudantes de diversos cursos da universidade, especialmente da área da saúde. Além do ensino de graduação, o Hospital sedia atividades de pós-graduação, onde a formação de recursos humanos qualificados para atender à saúde também se dá através de Programas de Residência Médica (RM) e Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS). Dispõe de uma estrutura diferenciada para atender aos estudantes de graduação da UFRGS e de outras instituições que atuam em estágios obrigatórios e não obrigatórios (HCPA, 2015).

Atualmente, o HCPA conta com uma capacidade instalada de 843 leitos e 6.396 colaboradores; destes, 2164 profissionais de enfermagem, e ainda conta com o apoio de 34 professores da Escola de Enfermagem da UFRGS. Referência em alta e média complexidade, suas ações estão voltadas à assistência, ao ensino e à pesquisa em saúde (HCPA, 2013; 2015; 2016).

O HCPA adotou o PE como modelo de assistência da prática profissional da enfermagem em 1972 e passou por várias fases ao longo dessas três décadas, tornando-se referência para diversas instituições nacionais e internacionais no modelo de cuidado de enfermagem pela excelência de seus processos assistenciais e do processo de trabalho da Enfermagem (ALMEIDA et al., 2011).

Historicamente, dentre as fases que compuseram a implementação e efetivação do PE, cabe destacar que iniciou com o modelo de consulta de enfermagem proposto por Horta no atendimento a pacientes com enfermidades crônicas. Posteriormente, seguiu o sistema de registro orientado para problemas (sistema de Weed) contemplando registros sobre anamnese e exame físico, evolução de enfermagem e folha de controle. Em 1977, o Grupo de Enfermagem (GENF) adotou como marco referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBS) propostas por Horta passando a conter as etapas de anamnese e exame físico de enfermagem, lista de problemas, prescrição e evolução de enfermagem. Em 1990, após um crescente interesse e produção de conhecimento de um grupo de enfermeiros, implantou-se a etapa de diagnóstico de enfermagem com base em linguagem padronizada em substituição a etapa de lista de problemas. Outro destaque centra-se na informatização do PE que iniciou em meados de 2000 passando pelo desenvolvimento de etapas singulares a cada movimento de modernização e que até os dias atuais requer constantes atualizações (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011).

A partir da informatização, iniciou-se o uso de sistemas de classificação de enfermagem atrelado ao modelo de Horta para as etapas de DE e prescrição de enfermagem. A etapa da avaliação da efetividade das intervenções ainda encontra-se em fase de estruturação (PRUINELLI et al., 2011).

Dessa forma, para que o PE aconteça de forma efetiva possibilitando a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes, o GENF/HCPA assume o compromisso de manter os profissionais atualizados. No que se refere à formação em serviço dos profissionais de Enfermagem, o hospital dispõe do Serviço de Educação em Enfermagem (SEDE) e mais especificamente quando se trata do PE, conta com a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE).

O SEDE foi criado em 2010, seus projetos educativos são realizados na perspectiva da PNEPS e está em consonância com a Política de Educação de Enfermagem do HCPA. Tem por objetivos ativar, desenvolver, acompanhar e avaliar as ações educativas de formação e desenvolvimento no âmbito do trabalho da enfermagem na instituição, com foco na formação e na educação em serviço para os trabalhadores do HCPA (HCPA, 2013).

A COPE foi precedida pelo Grupo de Trabalho sobre Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), em 1990, motivado por um grupo de enfermeiros e por docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com o objetivo de estudar os referenciais teóricos que orientavam a assistência de enfermagem, bem como verificar as etapas do PE em desenvolvimento nas diferentes áreas de atuação dos enfermeiros. A constante necessidade da atualização do conhecimento, buscando aperfeiçoamento das etapas do PE e capacitação profissional, culminou com a reorganização do GTDE na configuração da COPE (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011; PRUINELLI et al., 2011).

Ao longo dessa trajetória, para que o PE se efetivasse e mantivesse, fez-se necessária a sustentação por este grupo responsável, diretivo, executivo, que planejasse que perpetuasse essa filosofia de trabalho, o referencial teórico das NHBs que foi construído ao longo do tempo. A forma de organizar o PE foi se modificando para chegar nessa configuração e a COPE tomando corpo no HCPA.

A COPE tem por objetivo coordenar a implementação, atualização e avaliação do PE; produzir e divulgar conhecimento sobre as etapas do PE e sistemas de classificação de linguagem padronizada, em parceria com enfermeiros do HCPA, professores e alunos da Escola de Enfermagem da UFRGS e da RIMS (HCPA, 2013).

Na estruturação da COPE, os enfermeiros desenvolvem as atividades mencionadas na modalidade de Ação Diferenciada (AD), que compreende a complementação da carga horária assistencial de seis horas semanais da sua jornada de trabalho destinadas para as atividades dessa comissão (PRUINELLI et al., 2011).

5.3 DEFININDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A definição dos participantes desta pesquisa foi realizada com base no conceito de amostragem teórica proposta pela TFD. A amostragem teórica implica em obter os dados, construir ideias provisórias para os dados e, então, analisar essas ideias por meio de uma nova investigação empírica (CHARMAZ, 2009).

Os segmentos do “prisma da formação” foram representados por:

- enfermeiro assistencial que realiza assistência direta ao paciente internado e que desenvolve AD na COPE. No prisma da formação, este representa o segmento serviço;
- enfermeiro professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, que ministra disciplina cujo conteúdo aborda o PE, discente do penúltimo semestre do curso de graduação

em Enfermagem da UFRGS e enfermeiro da RIMS vinculado ao HCPA. Estes, no prisma da formação, representam o segmento ensino;

- enfermeiro Responsável Técnico (RT), que responde pelo serviço de enfermagem do HCPA, representante enfermeiro do SEDE e representante enfermeiro da COPE; e que no prisma da formação compreendem o segmento gestão. Responde por cada um desses setores apenas um enfermeiro, que foi convidado a participar da pesquisa;

- enfermeiro representante da Associação dos Enfermeiros do HCPA (AE/HCPA). No prisma da formação, este representa o controle social.

Cumpre destacar que, no contexto do prisma, esses sujeitos, embora representantes de um segmento, são indivíduos que carregam concepções próprias acerca do tema proposto, assim como significados oriundos das suas vivências como seres humanos sociais, enfermeiros, professores, estudantes, gestores e que podem interferir nos demais segmentos e entre si.

Por se tratar de uma pesquisa baseada na TFD, o número de participantes não foi inicialmente predeterminado. Os resultados foram oriundos do processo de amostragem e saturação teórica que determinou o momento de finalizar a coleta dos dados. Para Charmaz (2009), as categorias estão saturadas quando a coleta de dados novos não mais desperta novos *insights* teóricos, nem revelam propriedades novas dessas categorias teóricas centrais, ou seja, não existe nada novo acontecendo. Estes foram representados por cada um dos segmentos do prisma da formação.

Embora Charmaz (2009) determine que não haja necessidade de predeterminar um número de participantes, definiu-se por saturação a participação de cada segmento que compõe o prisma. Foram definidos como critérios de inclusão para cada grupo representativo que caracteriza o prisma:

- Para o enfermeiro assistencial: estar vinculado a um setor que desenvolve o PE diariamente, ter experiência com AD na COPE e ser colaborador do hospital há pelo menos três anos.

- Para o professor: ser enfermeiro, atuar ativamente na docência há pelo menos um ano e em disciplina que o tema PE conste na ementa.

- Para o estudante de Enfermagem: estar devidamente matriculado no penúltimo semestre do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS e ter realizado aulas práticas e estágio por um período mínimo de quatro semestres no HCPA.

- Para o enfermeiro da RIMS: estar devidamente matriculado na residência oferecida no HCPA e estar vinculado a um setor onde a prática do PE seja rotina diária.

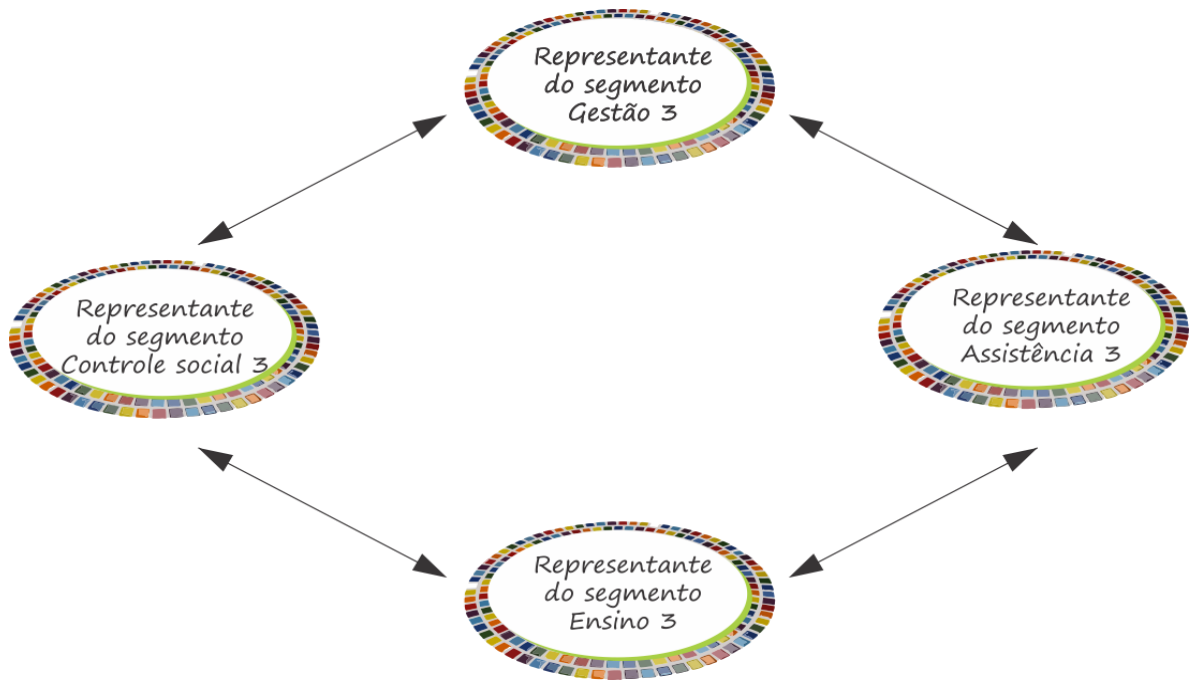
- Para o enfermeiro RT: ser enfermeiro RT devidamente registrado no COREN/RS, responder por este cargo há pelo menos um ano.
- Para o enfermeiro da COPE e do SEDE: responder por este setor em cargo de gestão, com vínculo no HCPA.
- Para o enfermeiro da AE/HCPA: ser membro da diretoria desta associação há pela menos um ano.

Para este estudo, foram critérios de exclusão: estar em período de férias, afastados por licença-maternidade ou para tratamento de saúde e em período pré-aposentadoria.

5.4 CARACTERIZANDO O PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Esta pesquisa foi realizada com um grupo misto composto por 12 entrevistados que representam o prisma da formação, compreendidos pelos quatros segmentos a seguir: três enfermeiros representando a gestão; três enfermeiros assistenciais representando a assistência; três enfermeiros membros da diretoria da AE/HCPA representando o controle social; e um enfermeiro professor da Escola de Enfermagem da UFRGS, um enfermeiro residente da RIMS do HCPA, um estudante do penúltimo semestre da graduação em enfermagem da UFRGS representando o segmento ensino. A representação do prisma de formação está expressa na Figura 5:

Figura 5 – Configuração do grupo misto



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Na caracterização do perfil, destaca-se que todos os entrevistados são do gênero feminino. Quanto ao estado civil, cinco são casadas, três divorciadas, três solteiras e uma vive em união estável. Com relação à idade, seis encontram-se acima dos 50 anos, sendo a mais velha com 55 anos e a mais jovem com 22 anos.

No que diz respeito ao tempo decorrido após a formação na graduação, esse tempo variou entre um e 33 anos de formado, sendo que uma entrevistada ainda está cursando a graduação.

Referente ao tempo de atuação no segmento que representa o prisma, o maior tempo de atuação refere-se a uma enfermeira da assistência com 30 anos de experiência. Cabe salientar que a entrevistada “EE4” encontra-se em formação, mas desenvolveu todas as atividades teórico-práticas (ATP) e de estágio no HCPA.

Quanto à titulação, destaca-se que seis entrevistadas possuem doutorado e uma está cursando doutorado. Cumpre destacar que o fato de tal formação pode ser justificado pela relação com a Escola de Enfermagem e do hospital ser universitário; nesse cenário, naturalmente, há uma tendência de incentivo à capacitação profissional, além do incentivo no plano de cargos e salários institucional.

5.5 COMPARTILHANDO O ITINERÁRIO DA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizou-se da técnica de entrevista intensiva (APÊNDICE B). A entrevista intensiva obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, facilitando a abordagem e assegurando que os pressupostos serão cobertos na conversa. A entrevista intensiva analisa em profundidade, de forma minuciosa, as características e opiniões de uma problemática em vários ângulos e pontos de vista, em uma abordagem direta no contexto da interação, ou seja, promove o esclarecimento da interpretação de cada participante sobre a sua própria experiência (FACHIN, 2006; CHARMAZ, 2009; POLIT; CHERYL, 2011; MINAYO, 2014).

Para Charmaz (2009), a entrevista intensiva permite que o entrevistador vá além das aparências da experiência descrita, interrompa para explorar um determinado enunciado ou tópico, solicite mais detalhes ou explicações, questione as ideias, sentimentos, ações, volte a um ponto anterior, reformule uma ideia para checar a precisão, reduza ou acelere o ritmo, utilize habilidades sociais e de observação para promover a discussão, respeitando e valorizando o participante.

Quanto às entrevistas, 10 foram realizadas pessoalmente com o participante da pesquisa, de forma individual em ambiente que propiciou o sigilo, sendo o tempo médio de uma hora. Com relação ao local dessas entrevistas, seis tiveram como sede uma sala da Escola de Enfermagem da UFRGS e quatro entrevistas foram realizadas nas dependências do HCPA, em sala ocupada para os trabalhos laborais dos entrevistados, por opção dos mesmos. Duas entrevistas foram realizadas utilizando-se das tecnologias da informação por meio do *software* Skype, que possibilita comunicações de voz e vídeo via internet entre usuários de qualquer parte do mundo. Optou-se por essa modalidade de comunicação por haver incompatibilidade presencial, mas disponibilidade entre entrevistada e pesquisadora. As entrevistas via Skype mantiveram os mesmos critérios éticos e de sigilo das presenciais e foram avaliadas positivamente pelos envolvidos.

As datas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, em horário que antecederesse o turno de expediente; posterior ao expediente; ou durante o intervalo de forma que não prejudicassem as atividades laborais e cada entrevista teve duração de aproximadamente uma hora.

A TFD não exige validação dos dados, no entanto para reforçar a significatividade do processo descritivo e conceitual empreendido, bem como verificar a pertinência do estudo confirmando os resultados, envolver o participante em uma discussão para gerar novas

propriedades de uma categoria ou um conjunto de categoria, para atingir aquilo que eles omitiram ou minimizaram, buscando informações para desenvolver uma explicação mais completa, o que permite prosseguir na pesquisa ou corrigi-la a tempo, sugere-se a validação dos dados (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011). Assim sendo, a validação visa comprovar que o modelo teórico é representativo da realidade investigada, além de discutir sua aplicabilidade a outros contextos de tempo e espaço, admitindo modificações e incorporações de novos elementos que apontem o aprimoramento dos conhecimentos em relação ao fenômeno investigado (SANTOS et al., 2016)

Para este estudo, optou-se pela validação dos dados e do diagrama do modelo de formação e foi realizada por meio de roda de conversa, sendo o diálogo guiado por questões norteadoras (APÊNDICE C). A roda configura-se como um espaço no qual emerge a fala como significados de valores, normas, cultura, prática e discurso. Os participantes que integram a roda são dispostos de forma circular, em uma postura ético-política, constituindo uma relação de produção do conhecimento e transformação social que se efetiva a partir da negociação entre eles. A roda de conversa permite encontros dialógicos que possibilitam a produção e ressignificação de sentidos e saberes sobre as experiências dos participantes. O espaço da roda tenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, em um movimento contínuo de perceber-refletir-agir-modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação (FREIRE, 1987; SAMPAIO et al., 2014).

A roda de conversa, quando utilizada como instrumento de pesquisa, apresenta-se como uma conversa em um ambiente propício para o diálogo, em que todos possam se sentir à vontade para partilhar e escutar, de forma que o falado, o conversado, seja relevante para o grupo e suscite a atenção na escuta. Na roda, o diálogo é um momento singular de partilha por ser um exercício de escuta e de fala, onde tem a participação de vários interlocutores, sendo que os momentos de escuta são mais numerosos do que os de fala. As impressões de cada sujeito são construídas por meio da interação com o outro, seja para complementar, discordar ou concordar com a fala, pois as conversas nos espaços da roda permitem a compreensão do diálogo com mais profundidade, reflexão e ponderação, no sentido de compartilhar as informações (MOURA; LIMA, 2014).

Para Freire (2014) a noção de círculos e redes está presente nas formulações em educação/aprendizagem, pois o círculo se constitui em um grupo de trabalho e de debate. Neste sentido, a roda configura-se como uma estratégia de EPS, pois a disposição de roda vai ao encontro dos seus pressupostos, favorecendo o encontro e o diálogo entre os sujeitos. Permite reafirmar os movimentos provocados como impulsionadora do processo de EPS construindo o

conhecimento de forma coletiva. Na perspectiva da EPS, a roda potencializa o pensamento, excita para processos de formação que acionam movimentos de estranhamento, de desacomodação, de perguntação e de implicação (CECCIM. FERLA, 2008).

Nessa construção dialógica, as rodas produzem conhecimentos coletivos e contextualizados ao privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível (SAMPAIO et al., 2014), possibilitando o entrosamento entre os participantes e o compartilhamento de informações, favorecendo a apresentação do modelo de formação em serviço do HCPA acerca do PE.

Na lógica da roda de conversa, as discussões permitiram validar os dados que emergiram das entrevistas intensivas realizadas com representantes do prisma da formação que compuseram o grupo misto e o diagrama do modelo de formação. A partir das discussões provocadas no espaço da roda, mostrou-se como um instrumento metodológico eficaz, pois provocou a aproximação e as percepções dos sujeitos inseridos nesse processo.

A validação foi estabelecida por meio de dois encontros de roda de conversa com integrantes que representaram o prisma da formação (enfermeiro assistencial, gestor, representante da AE/HCPA, estudante de enfermagem) em consenso com a orientadora. Porém, esses representantes não fizeram parte do cenário da pesquisa.

Os participantes dessa etapa foram convidados via *e-mail* e os encontros foram previamente agendados, sendo o primeiro encontro realizado nas dependências da escola de enfermagem e o segundo nas dependências do HCPA, ambos com duração de aproximadamente uma hora, em ambiente que propiciou o sigilo e comportou o número de participantes.

Participaram da validação quatro sujeitos que representam os segmentos do prisma da formação (um do segmento ensino, um do segmento assistência, um do segmento gestão, um do segmento controle social). Ambas com conhecimento e vivência acerca do PE, o que possibilitou o processo de validação.

A validação contou com a presença da orientadora. No primeiro encontro foram explicados os objetivos da roda de conversa e deste estudo. Apresentou-se os caminhos percorridos, realizou-se a leitura do TCLE e apresentou-se o documento norteador da roda (APÊNDICE C). Os sujeitos foram motivados a participar a partir da exposição das questões norteadoras e por fim foi solicitado o posicionamento acerca dos dados e da composição do modelo de formação em serviço. Momento este em que os participantes sugeriram um novo encontro apontando fragilidades e a necessidade de ampliar o diagrama representativo do modelo de formação em serviço. Contudo, as discussões que emergiram da primeira roda de conversa sustentaram o fenômeno e as categorias.

Destaca-se que no cenário do HCPA, as múltiplas identidades foram consenso na validação dos dados durante a roda de conversa. Os participantes acreditam que o PE dá o tom da identidade dos profissionais de enfermagem do HCPA e do próprio hospital.

No segundo encontro, reapresentou-se o fenômeno, as categorias e o diagrama representativo do modelo de formação em serviço. Neste encontro ainda foram sugeridas pequenas alterações na estrutura do diagrama do modelo de formação e o diagrama representativo das ações educativas, de forma que ambos representassem, a partir dos diagramas, a tese em questão.

Após se confirmar a validação do modelo de formação em serviço, finalizou-se a roda de conversa agradecendo a participação, destacando que o modelo mobiliza para que os profissionais enfermeiros do HCPA assumam a sua identidade por meio do PE. Ainda é possível consolidar a integração ensino-serviço na expectativa de contribuir com os serviços de EPS nos cenários hospitalares.

O período de coleta dos dados para as entrevistas intensivas ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. A roda de conversa aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2016. Todas as entrevistas e informações da roda de conversa foram transcritas a partir de gravação em áudio sob consentimento dos participantes da pesquisa.

5.6 CAMINHOS PARA A CODIFICAÇÃO DOS DADOS

A análise das entrevistas seguiu a orientação metodológica da TFD, a qual utiliza um processo de codificação visando à redução dos dados que, inicialmente, constituem códigos preliminares, passando a códigos conceituais e, posteriormente, a categorias que podem convergir em fenômenos (CHARMAZ, 2009).

Os dados foram analisados conforme a categorização da TFD descrita por Charmaz (2009), a qual propõe que a coleta e análise dos dados aconteçam simultaneamente, codificando-se os dados e considerando o referencial teórico do interacionismo simbólico. Para a análise dos dados, foi realizada a escuta atenta e transcrição das entrevistas pela pesquisadora, de modo que na TFD a condução das entrevistas acontece simultaneamente à análise dos dados. Após cada entrevista transcrita, a mesma foi codificada utilizando-se do *software* NVivo® versão 10, que permitiu organizar, analisar e compartilhar dados compatíveis com a abordagem da TFD. Para Tarozzi (2011), a transcrição é entendida como um trabalho interpretativo, integrante da codificação, que abre o texto fazendo emergir todas as direções interpretativas possíveis, identificando as unidades mínimas de significado.

A codificação foi feita de dois tipos: codificação inicial (induziu o estudo dos dados rigorosamente e a conceitualização das ideias) e a codificação focalizada (permitiu separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados). A codificação na TFD exige uma parada para que possamos questionar de modo analítico os dados que coletamos. Esses questionamentos favorecem a compreensão da vida estudada e contribuem para a orientação da coleta de dados subsequente voltada para as questões analíticas que se define. Durante todo o processo, comparamos dados com dados e a seguir dados com códigos. A codificação é o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Pela codificação, define-se o que ocorre nos dados e começa-se a debater o que isso significa.

A codificação inicial orienta-nos para as decisões posteriores relativas à definição das principais categorias conceituais. Dá-nos ideia do que nossos participantes de pesquisa veem como problemático e começamos a tratar disso de modo analítico. Permite a percepção das áreas nas quais faltam dados indispensáveis e a constatação de que os dados apresentam lacunas faz parte do processo analítico. É realizada palavra por palavra, linha a linha ou incidente por incidente e estas nos orientam para a realização de dois critérios para a condução de uma análise de TFD: ajuste e relevância (CHARMAZ, 2009).

Na codificação focalizada (segunda fase principal da codificação), esses códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais. É o momento para sintetizar e explicar segmentos maiores de dados e significa utilizar os códigos anteriores mais significativos e/ou frequentes para analisar minuciosamente grandes montantes de dados. Exige a tomada de decisão sobre os quais os códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os seus dados de forma incisiva e completa (CHARMAZ, 2009).

A codificação na TFD é flexível, se necessário pode-se voltar aos dados e fazer uma nova codificação. Ainda, utilizamo-nos da redação dos memorandos e diagramas que se relaciona ao desmembramento dos códigos e análise dos memorandos. São consideradas anotações analíticas informais escritas ao longo de toda a pesquisa. Os memorandos fornecem formas de comparar os dados e a redação dos mesmos incentiva a análise dos dados e códigos no início do processo de pesquisa. Redigir memorandos sucessivamente em todas as partes do processo de pesquisa permite uma melhor análise e ajuda a elevar o nível de abstração das ideias. É uma etapa intermediária fundamental entre a coleta de dados e a redação dos relatos da pesquisa. Os memorandos determinarão a essência da TFD (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

Para Charmaz (2009), os pesquisadores que utilizam a TFD param e escrevem as ideias que lhe ocorrem, sendo que estas podem acontecer em fases posteriores e atrair-nos de volta ao campo para obter uma perspectiva mais aprofundada. Na busca de uma direção analítica, podemos nos concentrar em determinadas ideias primeiro e concluir, posteriormente voltar aos dados e às análises inacabadas em outra área.

Nesse contexto, esse percurso exigiu a leitura minuciosa e detalhada de todas as entrevistas para se extrair o máximo de referências. Foram codificados 717 referências que condizem aos códigos preliminares; destes, originaram-se 374 nós, ambos representam a codificação inicial, que por sua vez deram origem a 24 códigos conceituais (codificação focalizada) por meio do processo de agrupamento:

Figura 6 – Modelo esquemático dos níveis de codificação para refinamento dos dados coletados



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Para Charmaz (2009), a codificação de cada linha dos dados permite a obtenção de *insights* sobre qual o tipo de dados deve ser coletado a seguir, refinando esses dados e direcionando a investigação posterior. A codificação linha a linha fornece indicações a serem buscadas.

Na medida em que se foi avançando na realização das entrevistas, em suas transcrições e análises, os memorandos foram sendo registrados. Para Tarozzi (2011), estes possibilitam reflexões a partir das observações e das entrevistas nos momentos interpretativos.

O Quadro 1 apresenta a produção dos códigos corroborando com Charmaz (2009) no que tange à codificação nas sucessivas coletas de dados de forma mais focalizada, em que as perguntas das entrevistas são mais estruturadas e direcionadas a partir do olhar do observador mais sensível e centrado nos temas relevantes. A codificação se põe em um nível analítico mais elevado.

Quadro 1 - Produção dos códigos

Entrevista	EG 1	EG 2	EG 3	EE 4	EE 5	EE 6	EA 7	EA 8	EA 9	ECS 10	ECS 11	ECS 12	Total
Referências	193	61	101	23	57	20	57	53	75	37	18	22	717
Nós	190	16	23	11	18	10	20	21	29	19	6	11	374

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Na fase de codificação inicial, o uso do gerúndio facilita o entendimento do processo, da sequência, da ação que a TFD como processo social representa (GLASER, 1978; CHARMAZ, 2009). O Quadro 2 ilustra esta etapa da pesquisa, em que agrupamos dados brutos dando origem à codificação inicial.

Quadro 2 - Exemplos da produção de referências e nós

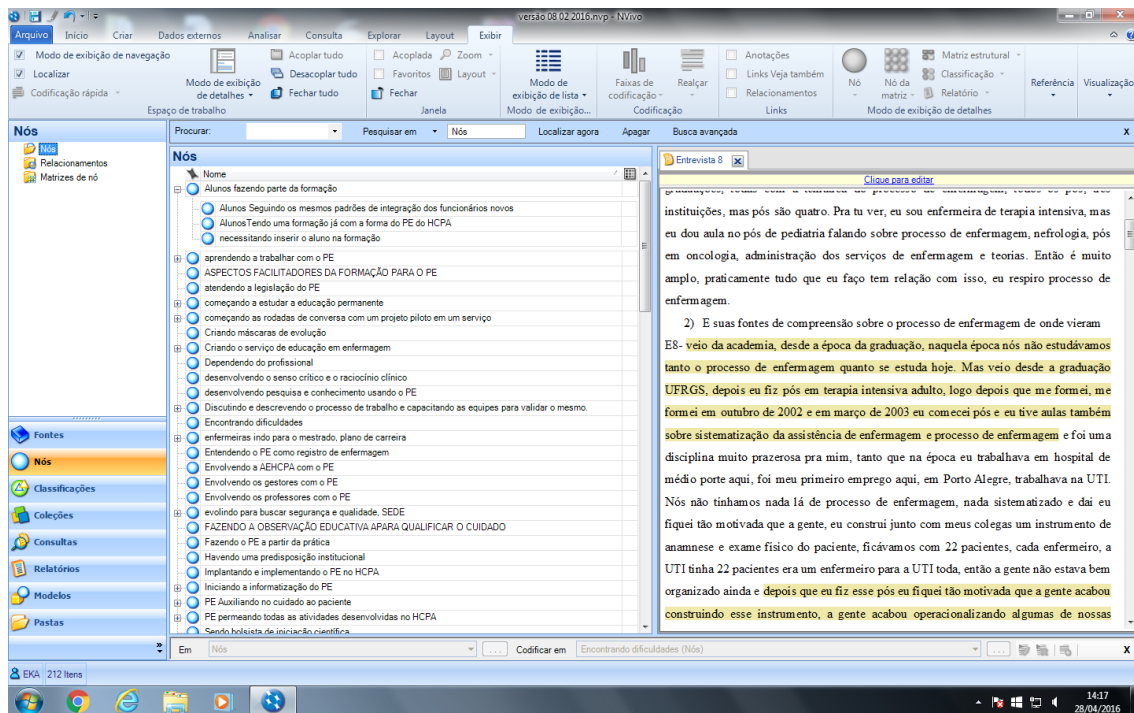
Entrevista	Referências (dados brutos da pesquisa, incidente por incidente)	Nós (código preliminar)
EG3	O conhecimento da enfermagem verdadeiramente avançou quando a gente foi se empoderando daquilo que sempre foi nosso, mas que a gente nunca deu nome.	Desenvolvendo pesquisa e conhecimento usando o Processo de Enfermagem
EE5	Atualmente tem vários enfermeiros do serviço com trabalhos de pesquisa em andamento, com questões da pesquisa que nasceram da prática e que nós estamos junto com eles para fazer a condução desse projeto.	
EA8	É fundamental nós estudarmos o processo de enfermagem e desenvolver pesquisa com o processo de enfermagem.	
EA9	A gente começou a pensar isso de outro modo e eu comecei a ser multiplicadora, então a gente começou a pensar no primeiro diagnóstico específico pros pacientes que a gente atendia pra poder implantar, aí se estudou esse diagnóstico, se fez toda uma revisão em cima da literatura e se atualizou na realidade, já existia no nosso sistema, mas a gente atualizou e adicionou novos fatores relacionados, sinais e sintomas.	
ECS10	Acredito que é uma forma de aliar a prática clínica do enfermeiro com a parte científica do processo.	
EG3	A gente tem um sistema de integração para novos	Tendo um

EE5	<p>funcionários muito bem organizado, onde o novo funcionário, a primeira semana praticamente passa recebendo informações a respeito de tudo da instituição, onde o Processo de Enfermagem é um capítulo que ele recebe informações e capacitação.</p> <p>O hospital de clínicas dá condições para logo que as pessoas de fora entram passar por uma capacitação do processo e enfermagem, as pessoas que não conhecem o sistema, como é que faz o diagnóstico, em essa capacitação, os enfermeiros aprendem muito em serviço, são orientados, os colegas ensinam.</p>	funcionário novo
-----	--	------------------

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Ainda, para melhor entendimento, ilustramos a etapa da codificação inicial no Microsoft NVivo® versão 10:

Figura 7 - Codificação inicial versão NVivo®

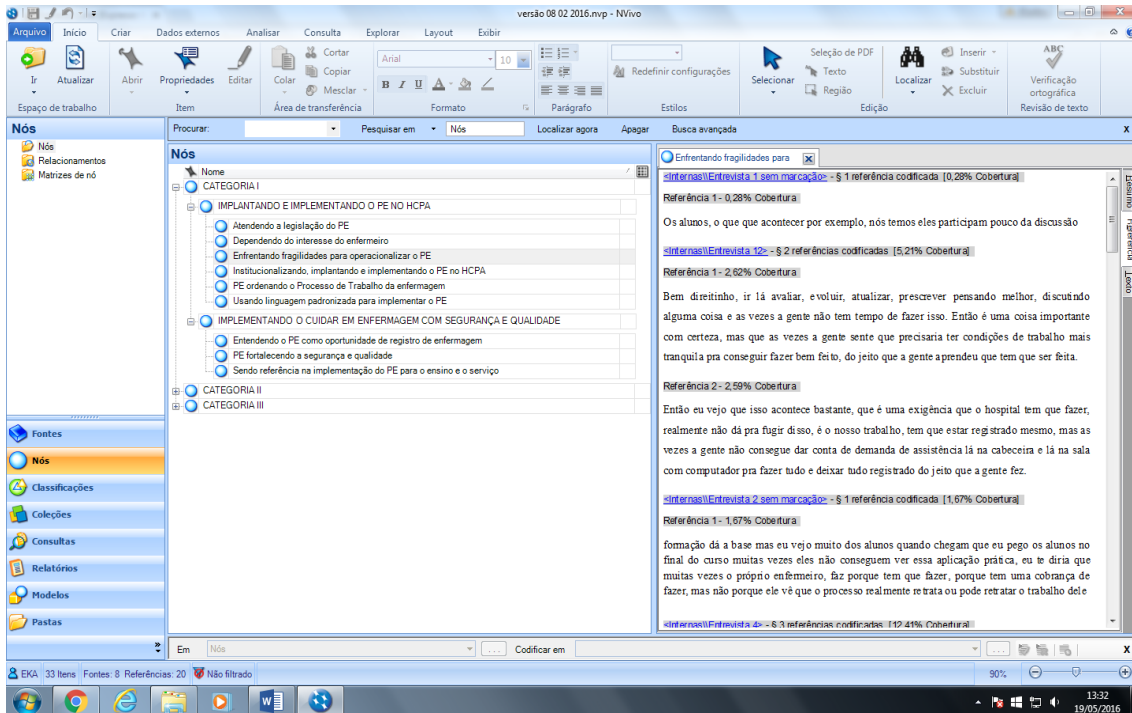


Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Para Charmaz (2009), a codificação focalizada significa utilizar os códigos anteriores mais significativos e ou frequentes para analisar minunciosamente grandes montantes de dados. Para Tarozzi (2011), a codificação focalizada identifica as recorrências e os temas que emergem com mais frequência e com mais força.

A Figura 8 ilustra essa etapa pelo *software* NVivo® versão 10:

Figura 8 – Etapa da codificação pelo *software* NVivo®



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Diante dessas afirmativas e em consequência do agrupamento da codificação inicial, surgiu a codificação focalizada, que gerou seis subcategorias e três categorias das quais emergiu o fenômeno desta pesquisa.

A codificação focalizada, por meios das suas interconexões, geraram as subcategorias e categorias, que por sua vez revelaram o fenômeno central deste estudo.

A categoria central representa o conceito organizador central mais potente analiticamente. A identificação da categoria central depende da percepção do pesquisador e se impõe como o tema mais relevante na área investigada (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

O Quadro 3 apresenta o percurso da codificação focalizada, subcategorias, categorias até a apresentação do fenômeno deste trabalho:

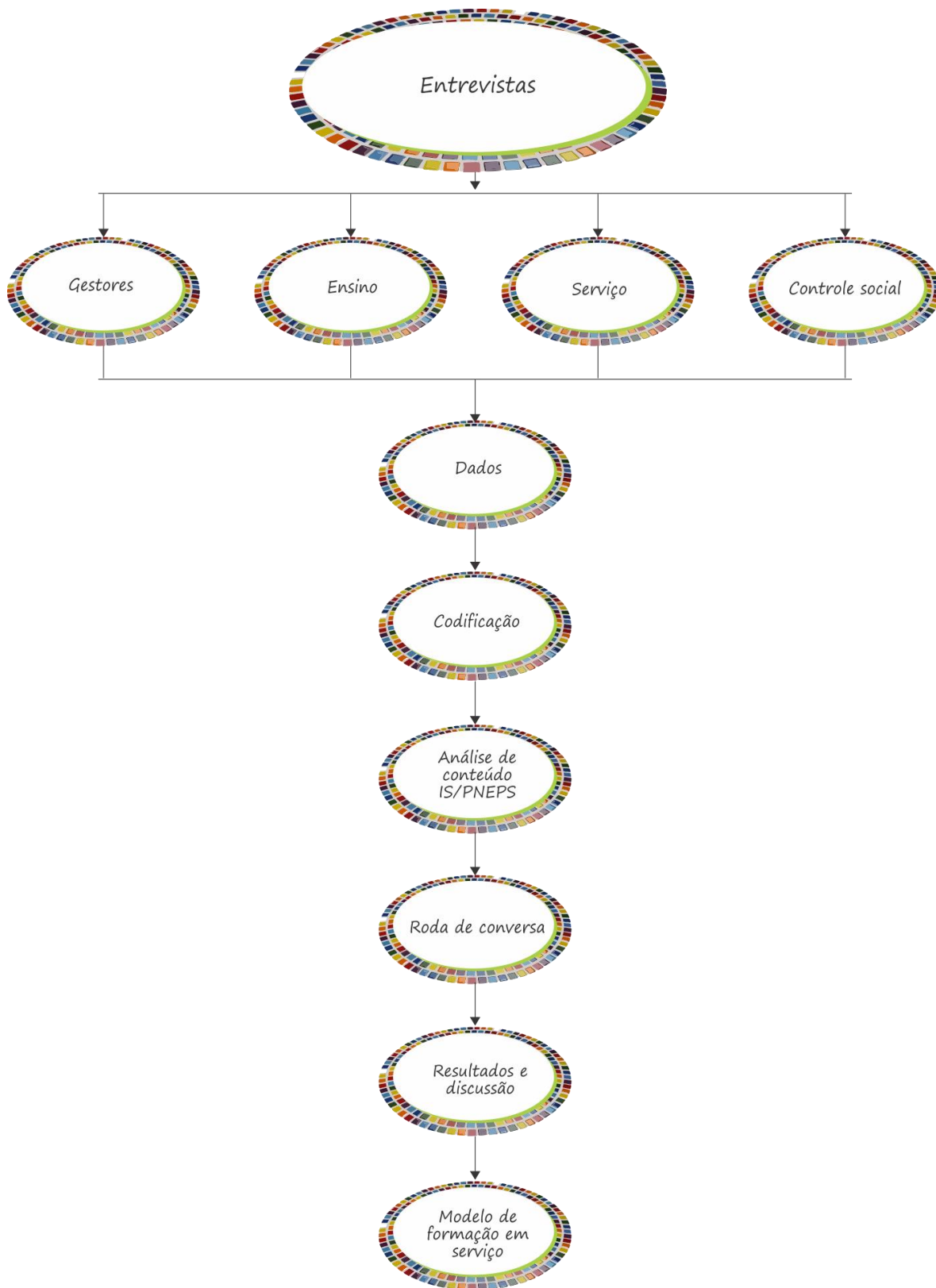
Quadro 3 – Categorias do estudo

Codificação focalizada	Elementos	Subcategorias	Categorias	Categoria central Fenômeno
Atendendo à legislação do PE	1.1.1 Conhecendo a base do mosaico	1.1 Institucionalizando o Processo de Enfermagem no HCPA	1-Historicizando o Processo de Enfermagem: conhecendo o mosaico	Apresentando o Modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem lapidado pela integração ensino-serviço no cenário do HCPA
Dependendo do interesse do enfermeiro	1.1.2. Buscando caminhos para cimentar o mosaico			
PE ordenando o Processo de Trabalho da enfermagem	1.1.3. Forjando e lapidando os caminhos			
Institucionalizando, implantando e implementando o PE no HCPA	1.1.4. Apresentando a construção do mosaico			
Enfrentando fragilidades para operacionalizar o PE				
Usando linguagem padronizada para implementar o PE				
Entendendo o PE como oportunidade de registro de enfermagem	1.2.1 Moldando a forma do mosaico	1.2 Implementando o cuidar em enfermagem com segurança e qualidade		
PE fortalecendo a segurança e qualidade	1.2.2 Contornando as formas do mosaico			
Sendo referência na implementação do PE para o ensino e o serviço		2.1 Consolidando a integração ensino- serviço	2-Construindo o Mosaico da formação: ladrilhos da graduação ao serviço	
Preparando e criando o serviço de educação permanente	2.1.1 Preparando e criando os componentes para dar origem ao mosaico			
Integrando o ensino e o serviço na efetivação do modelo de cuidar do HCPA	2.1.2 Apresentando as ligas que constituem a base do mosaico			
Tendo a COPE para fomentar a manutenção do PE				
Conhecendo e aprendendo sobre a cientificidade do PE		2.2 Construindo a trajetória profissional		
Sensibilizando para o PE desde a graduação	2.2.1 Harmonizando os caminhos para construir o mosaico			
Implementando a educação permanente e continuada para os trabalhadores	2.2.2 Preenchendo as superfícies do mosaico			
Buscando a qualificação profissional pela Pós-graduação	2.2.3 Acompanhando a construção do mosaico			
Implementando o PE a partir da prática clínica				
Aspectos facilitadores da formação para o PE		3.1 Desvelando os elementos e dispositivos que compõem o modelo de formação do HCPA	3-Apresentando a liga que une os ladrilhos no processo de integração ensino-serviço do HCPA	
Identificando fragilidades no ensino do PE	3.1.1 Conhecendo os sujeitos envolvidos na construção do mosaico			
Envolvendo os atores na formação para o PE	3.1.2 Apresentando as tesselas que revestem o mosaico			
Integrando o trabalhador novo		3.2 Estimulando o pensamento crítico para o cuidado de enfermagem		
Produzindo ações educativas para fortalecer o PE	3.2.1 Entendendo a cientificidade e complexidade do mosaico			
Ampliando o pensamento crítico e o raciocínio clínico com o PE	3.2.2 Assentando os artefatos que constituem o mosaico			
Refletindo sobre o modelo de cuidado do HCPA				

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Sumarizo o percurso trilhado por meio da Figura 9:

Figura 9 – Percurso metodológico da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

5.6 APRESENTANDO OS ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo as orientações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, dentre eles o consentimento livre esclarecido dos participantes da pesquisa (APÊNDICE D); consentimento para gravação em áudio (APÊNDICE E); a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A), assegurando a liberdade do sujeito da pesquisa de recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (sob número 1.283.695, CAAE: 48658015.1.0000.5327 de 16 de outubro de 2015).

Trata-se de uma pesquisa de caráter científico, em que os riscos dos procedimentos foram mínimos, por não envolver medições ou procedimentos invasivos, mas apenas questionamentos. Os participantes podem ter sido expostos a riscos.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo foram as informações que podem nortear estratégias para implantar e implementar o Processo de Enfermagem em demais serviços onde ocorre o cuidado de Enfermagem, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, proporcionando maior segurança para o paciente e sua família quanto às orientações e procedimentos realizados na consulta de Enfermagem e um atendimento pautado em evidências científicas.

Aos participantes da pesquisa foi explicado o objetivo, a justificativa e os procedimentos utilizados e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para concordância, garantindo o anonimato e o sigilo em caráter confidencial das informações.

Na apresentação dos resultados, para a identificação das falas transcritas, utilizou-se o codinome “E”, que significa “entrevistado”, seguido da letra inicial que representa o segmento do prisma e do numeral ordinal conforme ordem cronológica da entrevista, considerando: EG (entrevistado do segmento gestão); EE (entrevistado do segmento ensino); EA (entrevistado do segmento assistência) e ECS (entrevistado do segmento controle social). Exemplo: para a primeira entrevista do segmento gestão foi utilizado o codinome “EG1”, para a segunda entrevista “EG2” e assim sucessivamente.

Os dados serão armazenados e ficarão sob responsabilidade do autor principal por um período de cinco anos a contar da conclusão do estudo. Após esse período, o material será descartado.

Não foi previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não teve nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. A participação não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

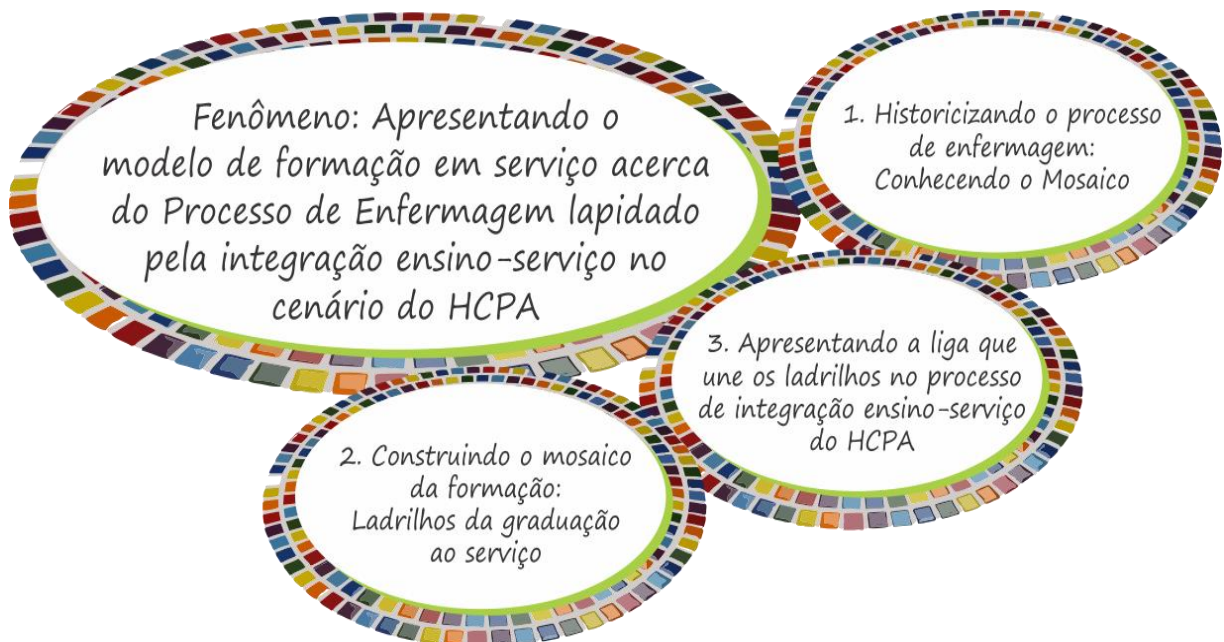
6 CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

A partir da coleta e análise dos dados, evidenciou-se o fenômeno “**Apresentando o modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem lapidado pela integração ensino-serviço no cenário do HCPA**”, no qual a integração ensino-serviço contribuiu para a formação e o desenvolvimento do PE no HCPA. Resultado da interação, conforme expressos nas categorias, usando os princípios simbólicos do interacionismo, realizada a partir dos significados da formação para os integrantes do prisma. Na Figura 10 estão as três categorias que apresentam o fenômeno desta pesquisa:

Figura 10 – Diagrama das categorias que apresentam o fenômeno do estudo



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

A partir das três categorias apresentadas, surgiram seis subcategorias, que estão representadas pelos seguintes diagramas que facilitam a compreensão da análise em profundidade dos códigos focalizados (Figuras 11, 12 e 13):

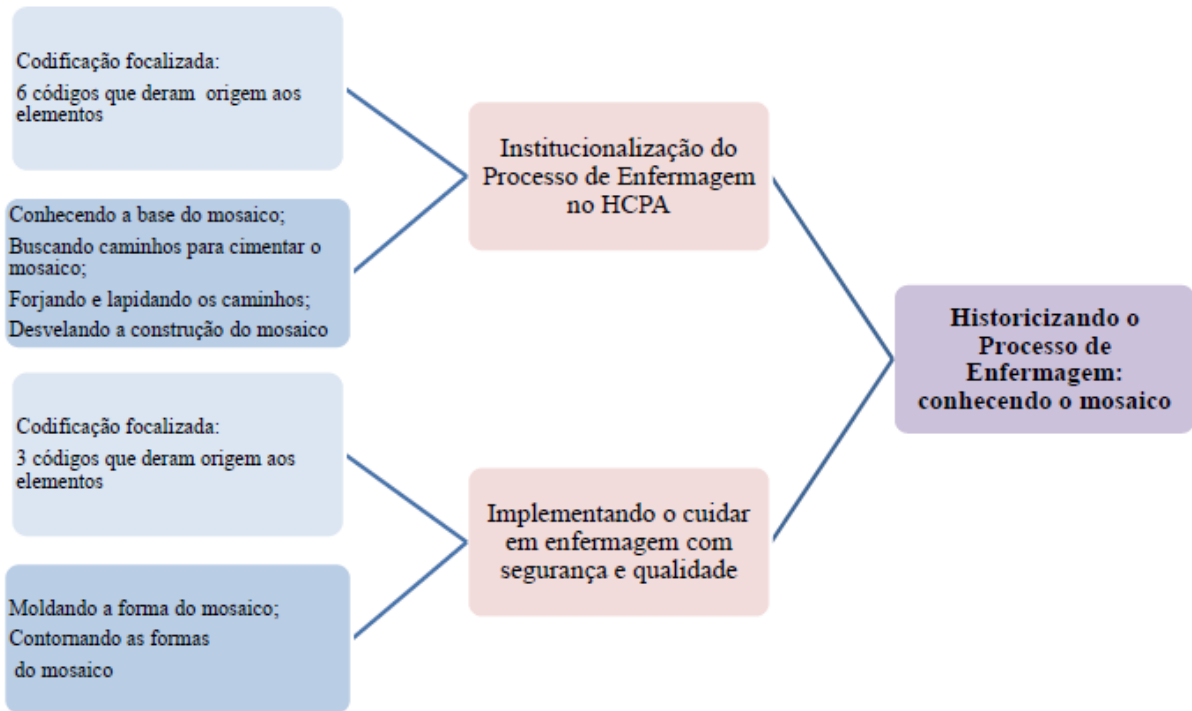


Figura 11 - Diagrama de interconexão da codificação focalizada e subcategorias que originaram a categoria 1



Figura 12 - Diagrama de interconexão da codificação focalizada e subcategorias que originaram a categoria 2

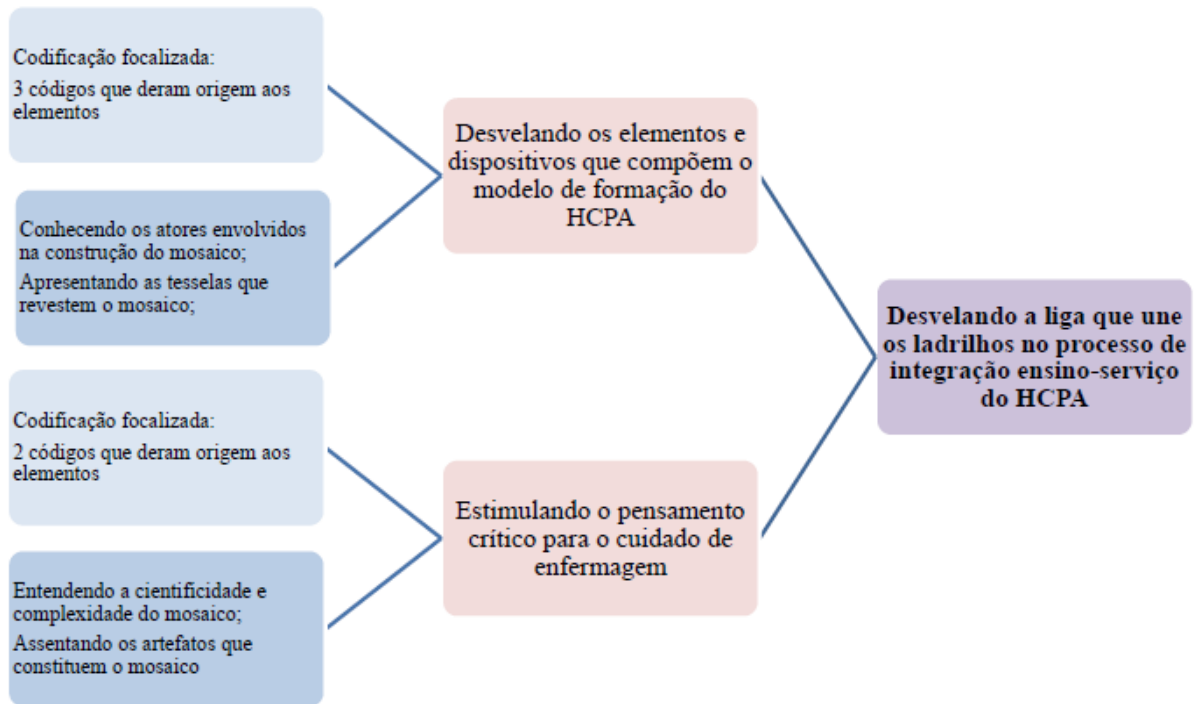


Figura 13 - Diagrama de interconexão da codificação focalizada e subcategorias que originaram a categoria 3

Utilizando a metáfora da construção de um mosaico e a inter-relação de seus códigos, aqui representados como elementos, nesta construção teórica, apresenta-se as subcategorias e categorias que revelaram o fenômeno.

6.1 CATEGORIA 1: HISTORICIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM: CONHECENDO O MOSAICO

Esta categoria revela a perspectiva dos integrantes do prisma, resultado da interação provocada pelas vivências e experiências em relação à formação para o PE no HCPA.

Esse processo envolveu o reconhecimento dos contextos locais e externos submersos nesta realidade, considerou a objetividade e subjetividade dos envolvidos a fim de compreender os seus significados e assim apresentá-los pela inter-relação entre as seguintes subcategorias:

1.1 Institucionalizando o Processo de Enfermagem no HCPA

1.2 Implementando o cuidar em enfermagem com segurança e qualidade

6.1.1 Subcategoria 1.1: Institucionalizando o Processo de Enfermagem no HCPA

Esta subcategoria apresenta a contextualização histórica da implantação do PE no HCPA, os aspectos relacionados à história da implantação e implementação, suas relações e interfaces dentro da instituição e fora dela, ou seja, com a Universidade e com as histórias de vida profissional de cada participante desse processo, aqui representados pelo prisma.

A arte da formação em serviço está representada pelos seus elementos (oriundos dos códigos focais) que revelaram os sentidos e significados desse processo, são eles:

Conhecendo a base do mosaico:

Apresenta os eventos, situações e decisões institucionais que influenciaram na decisão de adotar o PE como método de trabalho. Abrangeu os seguintes códigos:

- atendendo a legislação do PE;
- dependendo do interesse do enfermeiro;
- PE ordenando o Processo de Trabalho da enfermagem.

Buscando caminhos para cimentar o mosaico:

Apresenta e descreve os caminhos/meios e processos internos que foram necessários para subsidiar o grupo de enfermagem a adotar o PE como ferramenta no seu processo de trabalho. Seus códigos são:

- enfrentando fragilidades para operacionalizar o PE;
- institucionalizando, implantando e implementando o PE no HCPA.

Forjando e lapidando os caminhos:

Apresenta a modelagem, o polimento e o aprimoramento necessário para cimentar os caminhos/meios e o processo de trabalho necessário para adotar o PE como ferramenta, e abrangeu os seguintes códigos:

- enfrentando fragilidades para operacionalizar o PE;
- usando linguagem padronizada para implementar o PE.

Desvelando a construção do mosaico:

Reconhecer e tornar visível os caminhos/meios e o processo de trabalho necessário para adotar o PE como ferramenta, seus códigos são:

- institucionalizando, implantando e implementando o PE no HCPA;
- PE ordenando o Processo de Trabalho da enfermagem.

Para fins de apresentação do manuscrito, optou-se por discorrer em um texto único motivado pela inter-relação desses elementos que foram sendo estabelecidos entre si, a partir da revelação dos significados produzidos pelas diversas subjetividades dos sujeitos envolvidos, quer seja nas ações individuais ou coletivas. Diante desse processo, não teria sentido fragmentar a discussão dos elementos individualmente, pois só há significado e potencialidade nos achados deste estudo quando os elementos são analisados de forma articulada entre si.

Cabe ressaltar que muitas reflexões foram se revelando por relatos de situações de ações individuais e coletivas de resistência e principalmente por meio de narrativas sobre o fortalecimento e a potencialização do PE para a efetivação desse modelo de cuidado. Nesse sentido, ganhou destaque os processos de institucionalização e suas interfaces com o trabalho da enfermagem.

É importante destacar que um dos fatores que impulsionou o HCPA no cenário nacional e internacional centra-se na estrutura do modelo assistencial adotado pelo GENF/HCPA, que tem como norteador a metodologia do PE na prática profissional, atendendo à filosofia, aos objetivos e à missão de prestar assistência de excelência e ser referência com responsabilidade social, formando recursos humanos e gerando conhecimentos, atuando de modo decisivo na transformação da realidade e no desenvolvimento pleno da cidadania.

Nesse cenário, evidencia-se ainda o modelo de atenção do GENF/HCPA que tem se caracterizado como um diferencial no cuidado de enfermagem pela excelência de seus processos assistenciais (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011).

O HCPA é também considerado um modelo pelo governo e por ter inspirado a criação da EBSEH, visto que se tornou referência devido à reforma que o Governo Federal promoveu nos 46 hospitais universitários existentes no Brasil, no que tange à assistência em saúde, assim como no ensino e na pesquisa (BONES, 2013).

Esse modelo pode ser reconhecido como um espaço que foi sendo conquistado e construído e para isso uma série de fatores foi relevante, dentre eles a metodologia de cuidado adotada com o PE. Os dados deste estudo revelaram momentos e significados importantes da história da implantação e implementação do PE, e que, com o passar do tempo, tornou-se um método de trabalho institucionalizado:

O hospital de clínicas tem 42 anos e o PE também, desde que abriu as portas (EG3).

Isso veio na raiz de quem pensou esse hospital, das **precursoras** e claro que com o **ensino de enfermagem** porque para fazer consulta de enfermagem, para ensinar os alunos tinha que ter um campo de prática onde os enfermeiros exercitassem isso, fizessem isso (EG2). (Negrito: nota da autora)

O uso do termo “*precursora*” pode ser interpretado como a grande responsável pelas iniciativas da implantação do PE, como o método de trabalho para o GENF/HCPA auxiliou no processo de pensar e idealizar o cuidado, a partir da aplicação de um método científico e de forma sistematizada, além de contribuir no cumprimento das questões legais relacionadas às funções assistenciais do enfermeiro. Outro destaque é a menção ao “*ensino de enfermagem*”, que pode ser percebida como um elemento articulador entre o modelo idealizado e o que efetivamente se concretizou, no intuito de se criar e cultivar a cultura de que aquilo que se ensina deve ser praticado.

Nesse sentido, identifica-se que a institucionalização desse método de trabalho refletiu sobre as práticas do cuidado, em que esse movimento intensificou o envolvimento dos profissionais de enfermagem – sejam eles assistenciais ou gestores -, aliado a isso a (co) participação da Escola de Enfermagem da UFRGS nos cenários do HCPA, resultando na estruturação do PE, que culminou com a qualidade no atendimento prestado e no fortalecimento da identidade profissional.

Esse método de trabalho, refletido nas práticas cuidadoras, produziu um modelo de cuidado edificado a partir da interação entre a Escola de Enfermagem e o HCPA, fomentado e sendo fomentado pela integração ensino e serviço. Nesse cenário, visualiza-se a produção do cuidado e as mudanças nas práticas assistenciais ocorridas ao longo do tempo, reflexo do envolvimento e dos diversos movimentos dos trabalhadores, gestores, professores e estudantes:

Conseguí entender um pouco mais, entendendo, colocando na prática, experienciando, testando e melhorando, foi uma construção (EG1).

Esse movimento vislumbra a inserção do ensino no contexto do trabalho e sua contribuição para a formação profissional a partir da prática vivenciada no cotidiano do serviço, tornando-se um coadjuvante da EPS, promovendo a satisfação dos trabalhadores da equipe para transformar as práticas de enfermagem e de saúde. Assim, ao mesmo tempo em que é uma diretriz das políticas de educação e da saúde para a formação dos trabalhadores da área, torna-se uma estratégia de qualificação do ensino na saúde (MARIN et al., 2014; FERLA et al., 2015).

As interfaces da formação em serviço para o PE no cenário da integração ensino-serviço serão melhor exploradas e aprofundadas na categoria 2.

Em um contexto histórico, os dados apontam como ocorreu esse caminho para a implementação do PE e os desafios enfrentados para que hoje o HCPA seja reconhecido como referência para a área da saúde e para o ensino do PE. Dificuldades foram encontradas e superadas, outras ainda perduram, mas corroboram para que os profissionais ampliem seu campo de atuação e visão neste processo de cuidar, como indicam os relatos abaixo:

A coordenação de enfermagem do hospital teve por um longo período a profa. Maria da Graça Crossetti que desenvolveu muito a questão do PE e das prescrições de enfermagem e também dos diagnósticos de enfermagem ela foi a precursora do que ela chamava grupo de estudos (EG2).

[...] o que acaba acontecendo, **a evolução, a mexida**, hoje **ninguém mais se incomoda** com o diagnóstico, isso é uma coisa que está lá, claro tem um tempo isso, mas hoje quando tu fala em diagnóstico **já não é mais o bixo**, mesmo as pessoas mais velhas, a gente tem enfermeiras com 30, tem as de 35, eu já sou uma exceção porque eu fiz a transição na academia, eu absorvi o diagnóstico mais fácil que muitas contemporâneas da minha idade que não transitaram, mas estas estão evoluindo, prescrevendo normal e entendendo o significado daquilo, mas foi um exercício, foi coisa de 15, 20 anos para que elas entendessem, algumas entenderam mais hoje ... olha **dá gosto de ver** [...] Eu tenho a **felicidade** de trabalhar numa instituição **que faz tu mudar**, então tu sai da zona de conforto (EA9).

As expressões “*ninguém mais se incomoda*”, “*a evolução*”, “*a mexida*”, “*já não é mais o bixo*” e “*dá gosto de ver*” podem ser interpretadas como referências que demarcam a maturidade profissional desde a implantação até a consolidação do PE nos dias atuais. O tempo foi um marcador, revelado nas expressões como um elemento que auxiliou no processo de compreensão do significado do PE para os profissionais e para a instituição, como também ajudou a consolidar e ordenar essa metodologia de cuidado e de trabalho.

Outro destaque foi o sentimento de realização, expresso pela menção a um estado de “*felicidade*”, significando que ao longo do tempo essa experiência, esse cenário, proporcionou satisfação aos profissionais por fazerem parte de uma instituição de saúde reconhecida e que tem a preocupação de prestar cuidados com excelência, ou seja, há uma identidade desses profissionais com a instituição e a metodologia de cuidado adotada. Essa identidade tomou uma proporção que reflete o cuidado de enfermagem em um cenário local, nacional e internacional. A maneira como os enfermeiros absorveram e constituíram a metodologia de cuidado interferiu na construção dessa identidade.

Analisando do ponto de vista do interacionismo simbólico, de acordo com Blumer (1998), os seres humanos agem em relação ao mundo fundamentando-se nos significados que

estes lhe oferecem. Para Hall (2005), a identidade pós-moderna é formada e transformada continuamente. O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, a identidade não é unificada, fixa, permanente ao redor de um “eu” coerente. Dessa forma, os dados indicam que para o cenário do HCPA podemos ter múltiplas identidades, a exemplo da identidade do enfermeiro que atua no HCPA; a identidade do enfermeiro que acredita no PE como metodologia de cuidado; a identidade do enfermeiro que não acredita no PE como metodologia de cuidado; e a identidade do enfermeiro que atua na lógica da integração ensino-serviço. Por vezes, as expressões revelaram sinais de crise de identidade e ou sentimento de não pertencimento às identidades reveladas.

Para Silva (2011), as identidades são frutos da construção social, na qual estas são construídas, e não dadas e acabadas. As identidades nos ajudam a compreender o nosso eu, a nossa subjetividade que envolve a psique humana. A identidade tende a ser representada e a partir dessa representação adquire sentido.

A partir do pensamento de Silva (2011) e de Blumer (1998), os dados revelam que o PE auxiliou os profissionais de enfermagem a assumirem múltiplas identidades e contribuiu na construção da identidade institucional do HCPA, pois transformou as práticas do cuidado, produzindo movimentos que levaram o HCPA a ser reconhecido em um cenário nacional e internacionalmente.

Cabe destacar que esses movimentos transformadores, além de produzirem múltiplas identidades, produziram relações de poder que contribuiriam para o desenvolvimento da autonomia desta categoria profissional. Essas identidades não foram dadas, nem estão acabadas, estão sendo preenchidas, (re)construídas e (trans)formadas ao longo do tempo. Esse processo de construção identitária foi sendo alimentado pela interação e inter-relação entre a Escola de Enfermagem e o HCPA, representadas pelos segmentos do prisma da formação, majoritariamente pelo ensino, serviço e gestão e, de forma incipiente, o controle social. Nesse cenário, as múltiplas identidades, individual, coletiva e institucionalizada, são fomentadas por movimentos de construção, desconstrução e reconstrução que compuseram esse modelo de cuidado, proporcionando a criação de uma cultura de valorização do PE como método de trabalho no HCPA.

Nessa relação, as várias formas identitárias podem ser interpretadas a partir dos modos como os sujeitos imbricados nesse processo articulam as transações objetivas e subjetivas culminando com uma identidade herdada ou visada, mas também de negociações externas entre identidades atribuídas por outrem e identidade incorporada por si. As múltiplas identidades reveladas nesta pesquisa alinham-se com as ideias de Dubar (2005), ao afirmar

que as identidades subjetivas são construídas nos moldes da continuidade nos quais os indivíduos mobilizam trajetórias contínuas, constroem uma identidade profissional projetando-se em um plano de qualificação que implica reconhecimento de profissionalidade estruturante, bem como podem ser construídas por projeção no espaço de poder hierárquico implicando em reconhecimento de responsabilidades para estruturar essa identidade. Ainda, em uma transação objetiva, as identidades podem levar a um reconhecimento social pela instituição que legitima essa identidade, em que as pretensões de reconhecimento são alcançadas, o futuro da instituição coincide com o futuro do indivíduo construído em continuidade com o seu passado.

Do ponto de vista interacionista, o reconhecimento das diversas identidades dos profissionais do HCPA são frutos de uma interação que resultou em ações positivas entre os pares que constituem o prisma e que foi legitimada pela instituição.

Ainda para Dubar (2005), as identidades profissionais e sociais estão associadas a configurações específicas de saberes (práticos, profissionais, de organização e teóricos) que são constituídos por meios de processos de socialização ao longo da sua trajetória. Diante disso, afirma que as identidades estão em constante movimento, em uma dinâmica de (des)estruturação/(re)estruturação e que por vezes pode assumir uma aparência de “crise de identidade”. Nesse sentido, para o autor, as identidades não são nem expressões psicológicas de personalidades individuais, nem produtos de estruturas ou de políticas econômicas impostas, mas, sim, construções sociais que implicam a interação entre trajetórias individuais e sistemas de emprego, trabalho, formação do cenário em que se está inserido.

Para Ennes (2013), os processos identitários são expressos pela relação de poder a partir de uma perspectiva relacional com o interacionismo simbólico, na qual ocupam um lugar central na dinâmica de produção das diferenças e do sentimento de pertencimento.

Os dados revelam que os profissionais de enfermagem que atuam no HCPA possuem um sentimento de pertencimento em relação ao PE, expresso no reconhecimento de sua participação na história da construção e moldagem do PE e representado pela imagem social do modelo de cuidado.

Esse modelo emergiu do processo de implantação e implementação do PE, colocando a enfermagem do HCPA em um cenário diferente dos demais na realidade brasileira, ou seja, o PE deu a identidade da enfermagem do HCPA que elevou o hospital ao posto de referência nacional e internacional.

Diversas foram as situações, os eventos e as decisões institucionais que contribuíram e que constituíram essa história e influenciaram na construção dessa identidade institucional. Os

dados revelaram como os caminhos foram ladrilhados nesses 42 anos de fundação do hospital, corroborando Macedo Neto (2013) sobre a história do HCPA, pontuando que é nos modos como contamos e falamos do passado que se encontram nossas raízes, nossas origens, a memória de nossas conquistas e derrotas, e sem os pioneiros, desbravadores, mestres, o HCPA não seria hoje um dos mais bem-sucedidos estabelecimentos públicos de assistência, formação de recursos humanos e pesquisa em saúde no país. Ainda, reforça que o HCPA tem responsabilidades como a de prestar assistência ao paciente, ensinar, formar, educar, orientar, produzir e reproduzir modelos e padrões, planejar, inovar, dentre outras, e que são construídas com um olhar no presente e outro no futuro para assegurar que haja excelência hoje e que esta seja a marca da instituição amanhã também.

Para a construção do mosaico, aqui representado como a instituição HCPA, reconhece-se o esforço necessário, além do intenso envolvimento por parte dos profissionais e o comprometimento com o estudo das etapas que permeiam o PE, como revela a fala abaixo:

[...] a gente começou a pensar isso de outro modo e eu comecei a ser a multiplicadora, então a gente começou a pensar no primeiro diagnóstico específico para os pacientes que a gente atendia para poder implantar, aí se estudou esse diagnóstico, se fez toda uma revisão em cima da literatura e se atualizou na realidade, já existia no nosso sistema, mas a gente atualizou e adicionou novos fatores relacionados, sinais e sintomas e assim a gente foi indo para cada unidade (EA9).

Os polígonos, aqui representados pelos elementos que constituíram a arte do PE do HCPA, ou seja, o conhecimento sobre a legislação, as dificuldades com a operacionalização, entre outros, exigiram mudanças comportamentais da equipe de enfermagem. A forma de pensar e executar o cuidado exigiu modificações na maneira de registrar os dados do paciente e a capacitação dos enfermeiros sobre a aplicação teórica e prática do PE (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011).

Nesse contexto, destaca-se em especial a transição do registro do PE do meio tradicional (manuscrito) para o sistema informatizado. Os dados sugerem por meio das identidades “*escrito a mão*”, “*peguei a época*” e “*lista de problemas*” que a implantação dessa ferramenta informatizada significa a evolução tecnológica, facilitando, assim, o processo de trabalho da enfermagem.

A informatização veio bem adiante, acho que uns 10, 12 anos depois que eu estava formada e no CTI a gente fazia todo o processo, tínhamos uma prescrição de enfermagem imensa, **escrita a mão**, então isso faz com que hoje tenha mais facilidade, os Diagnósticos, assim tem um grupo maior de estudo. [...] participei desta equipe, a UTI que foi a primeira a ser informatizada (EG1).

Então tive experiência em unidade de internação com o processo de paciente internado, **peguei a época** em que a prescrição era **escrita a mão** aqui no clínicas, que a gente tinha a **lista de problemas**, ao invés de diagnóstico de enfermagem e evolução e os controles e depois peguei a época da implementação dos diagnósticos com a informatização de todo o processo, peguei essa parte também nas unidades de internação e a gente usa tanto o processo para pacientes internados como pra paciente de ambulatório (ECS12).

Percebe-se que embora a informatização do prontuário tenha sido um marco para os profissionais dando sentido e significado singular ao PE, a organização e os princípios inovadores antecedem a informatização do prontuário. Na época, o registro de enfermagem seguiu o mesmo sistema, orientado por problemas, e compreendia anamnese e exame físico de enfermagem, evolução de enfermagem e folha de controle, os quais posteriormente foram repensados de modo a contemplar as etapas de prescrição e DE proporcionando mais visibilidade ao trabalho do enfermeiro na instituição (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011).

Conforme Bones (2013), desde a década de 70, o registro no prontuário teve seu diferencial, em vez do prontuário tradicional, o registro era feito com hipóteses de diagnóstico, orientado para problemas a partir da avaliação global do paciente. Chamado de “sistema Weed”, o paciente era avaliado e tratado de acordo com os problemas que apresentava.

Contudo, isso não significa que os problemas foram solucionados no momento em que se informatizou o sistema ou que o mesmo estaria pronto para dar conta do registro das informações no prontuário eletrônico dos pacientes. O registro informatizado do PE está em constante construção e modificação, adequando-se à realidade do serviço, pois existem setores que não possuem o sistema informatizado ou ele encontra-se parcialmente informatizado. Os dados apontam que o registro de enfermagem informatizado surgiu oportunamente, pois as ocasiões proporcionaram e levaram à informatização.

[...] Iniciativa do hospital de informatizar as prescrições médicas e ai a enfermagem junto com a informatização das prescrições medicas informatizou as prescrições de enfermagem (EG2).

Segundo Crossetti, Dias (2002), o modelo informatizado está vinculado à trajetória da enfermagem no hospital, a qual foi registrada como uma tarefa desafiadora que se propôs a estruturar os processos que retratavam a prática clínica da enfermagem, em um cenário no qual modelos semelhantes que subsidiassem essa iniciativa eram inexistentes na realidade brasileira. Corroborando a ideia de Crossetti, Pruinelli et al (2011) que reforçam que a informatização do PE constitui-se em uma ferramenta de auxílio à agilidade e qualidade do trabalho dos

enfermeiros, não substitui o raciocínio clínico do enfermeiro, mas sim oferece opções aos profissionais na tomada de decisões a partir dos dados colhidos, das informações teóricas e do raciocínio clínico.

Ainda para Barra, Dal Sasso, Almeida (2015), o PE informatizado pode ser considerado uma fonte de informação e conhecimento, bem como um ambiente permanente de aprendizado e de reflexões que incentiva a pesquisa, o diálogo entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde e a tomada de decisão segura quanto ao cuidado de Enfermagem. Sobre o registro eletrônico do PE, as autoras destacam que o mesmo é estruturado e alicerçado em terminologias e sistemas de classificação, além de ser um caminho de comunicação entre os usuários que garante a qualidade do usuário-computador como tecnologia na prática para promover a continuidade do cuidado.

Diante do exposto, percebeu-se um movimento de processos educativos como uma oportunidade de qualificar os profissionais, aqui manifestados pelos relatos relacionados com a necessidade de conhecimentos específicos sobre o PE e sobre a informatização destes. Destaca-se que essa transição exigiu dedicação e muito estudo para evoluir do sistema tradicional (manuscrito) para o sistema informatizado. Expressões como “*discutir*”, “*estudou*” e “*grande aprendizado*” indicam que esse período de transição foi uma oportunidade de promover a interação do uso de linguagem padronizada com o uso do sistema informatizado, configurando-se como uma estratégia de formação no serviço, conforme a fala abaixo:

[...] um período de **grande aprendizado** pra nós porque a gente tinha que sentar **discutir**, ver como faria, então a gente **estudou** os diagnósticos, foi um aprendizado realmente bem grande instituir essa parte toda informatizada (EG1).

[...] durante este período se consolidou a comissão do PE que não existia até a gestão passada, da profa. Henriqueta, a comissão existia, mas ela não existia como uma entidade que ela tem uma estrutura própria, sempre era um professor que junto com suas atividades assumia essa comissão e por muitos anos foi a a própria coordenadora de enfermagem que esteve à frente desta comissão (EG2).

A necessidade de atualização fez com que os enfermeiros do HCPA se organizassem em grupos de estudo a fim de viabilizar a operacionalização do PE na instituição. A consolidação da comissão do PE consagrou-se como um movimento que contribuiu para a formação em serviço. O grupo, inicialmente denominado GTDE, passou a ser chamado de COPE e tem por função desenvolver atividades em busca de aperfeiçoamento das etapas do PE e capacitar os profissionais que utilizam esse modelo (PRUINELLI et al., 2011). Em uma linguagem interacionista da socialização profissional nas sociedades contemporâneas, Dubar

(2012) afirma que “o trabalho pode ser formador, fonte de experiências, de novas competências, de aprendizagens para o futuro”.

A informatização exigiu dos profissionais de enfermagem a adaptação a um novo modo de registrar o cuidado e de comunicação tecnológica, o que significa para os representantes do prisma a organização do tempo e do processo de trabalho vislumbrando a qualidade no atendimento. Os termos “*manualmente*”, “*receber um suporte*”, “*padrão*” e “*joint commission*” emergem como referência que fortalece a afirmativa de que a transição dos registros do meio tradicional (manual) para o informatizado e os processos de padronização qualificaram as informações registradas acerca dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem do HCPA:

[...] perdia mais tempo naquela época porque a gente tinha que fazer tudo escrito, **manualmente** (EG1).

[...] estamos tendo, passando pela implementação de um novo módulo do sistema informatizado que são dos controles de sinais vitais, balanço hídrico, enfim, que são aquelas anotações que basicamente o técnico que utiliza, que executa, por ser da sua função na nossa instituição e onde a gente percebe também que eles também precisam **receber um suporte** para melhor fazer essas anotações, mas a gente precisa ter um **padrão**, o que registra, o que não registra, como tem que ser o registro e aí vem a história da **joint commission** (EG3).

Essa transição fortaleceu a documentação da prática assistencial e configura-se como um espaço de diálogo multiprofissional onde as informações são armazenadas de forma permanente e que requer atualização constante dos profissionais.

Isso não significa que as dificuldades foram brandas ou inexistentes, atualmente ainda existem lacunas e fragilidades que são apontadas e reforçadas pelas expressões “*escraviza*” e “*prende*” e que podem significar essa necessidade constante de atualização do sistema informatizado e dos profissionais que operacionalizam o mesmo, como indica o relato abaixo:

O sistema faz com que tu fique muito tempo presa, ele não é pra isso, tu acaba servindo o sistema e o sistema acaba não te servindo e isso é um esforço que a gente tem feito, mas está bem difícil nesse sentido, apesar ter todo um registro, de ser muito bacana, o sistema **escraviza**, o sistema de informatização **prende** muitas horas, mas esse é um exercício que temos combatido (EA9).

A partir desse relato, percebe-se que o serviço de informática do HCPA tem a inópcia de ampliar e avançar constantemente com uso das tecnologias para um registro mais eficaz. Os dados revelam que houve dificuldades iniciais e resistência por parte de alguns profissionais

em relação ao uso do computador, no entanto foram implementadas estratégias para superar essas dificuldades e avançar na implantação do sistema informatizado. O sistema se mantém em constante construção e atualização a fim de atender às necessidades apontadas pelos enfermeiros que o operacionalizam (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011).

De acordo com as necessidades, o sistema informatizado do HCPA passa por momentos de transição, modificando-se e adequando-se às demandas do serviço. A informatização do sistema de registro do PE foi um grande marco e que, para além de registrar o cuidado efetuado, atende à legislação de enfermagem quanto à resolução n. 429/2012 do COFEN que trata do registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos da enfermagem, seja ele por meio tradicional ou eletrônico. Ainda, a mesma resolução, em seu Art. 2º, determina que deva ser registrado no prontuário do paciente todo processo de cuidar, em atenção ao que está disposto na Resolução n. 358/2009 do mesmo conselho (COFEN, 2012).

Destaca-se, nesta subcategoria, que embora a questão legislação e PE não fossem um objetivo prioritário neste estudo, foi relevante a importância dada à mesma, pois os dados apontam que o HCPA atende à legislação que norteia o cuidado de enfermagem:

[...] Conselho federal e regional de enfermagem a legislação está muito bem posta, então a gente tem uma legislação de 2009 que era muito clara e que foi corroborada agora em 2012 onde fala inclusive de prontuário eletrônico (E3).

Eu percebo que cada vez mais está se implantando a sistematização da assistência de enfermagem, muito estimulado também pela questão legal, com a resolução 358/2009, [...] as pessoas estão muito interessadas em como implementar naqueles locais que já não tem e como melhorar naqueles que já tem (EA8).

No relato acima, atender às prerrogativas do COFEN significa que a legislação estimula os serviços a implementarem o PE. Embora, a lei do exercício profissional tenha sido promulgada para atender à necessidade econômica e política diante de questões sociais que atravancavam o progresso do país, a lei n. 7.498, em 1986, representou um grande avanço em termos de autonomia profissional, de maior clareza na definição de papéis, e uma aceitação da SAE como parte das atividades privativas dos enfermeiros. Estes se sentiram responsáveis pela busca de subsídios que fornecessem o referencial para a implementação do PE, que hoje se faz presente no cotidiano de trabalho dos profissionais, seja na concepção, implementação ou realização. Entende-se que a lei do exercício profissional e a prática têm relação de reciprocidade (KLETEMBERG et al., 2010).

No entanto, uma lei apenas não assegura a implementação do PE e a continuidade dos cuidados a partir dessa metodologia de assistência. As expressões e termos “*depende muito do profissional*”, “*interesse*”, “*aprimorar os conhecimentos*” e “*refletir*” são reveladoras no sentido de (co)responsabilizar o profissional na busca de conhecimento e capacitação para a operacionalização do PE, atentando que o seu (in)sucesso depende da atuação do profissional e configura-se como um dos elementos para a implementação e manutenção dessa metodologia de cuidado conforme revelam os dados abaixo:

O processo de enfermagem **depende muito do profissional**, ele tem que ter **interesse** também em **aprimorar os conhecimentos**, porque o que a instituição oferece vai ser igual para todos, o mesmo tipo de capacitação (ECS10).

Pra muitos enfermeiros as coisas são separadas, porque dependendo da formação do enfermeiro, muitos fazem o cuidado de enfermagem legal, mas eles não exercitam o conhecimento, eles não sabem fazer o exame físico completo e às vezes fazem registro mal feito também consequência, porque assim, a enfermagem acaba entendendo que o trabalho dela é responder telefonema, é trocar o curativo, mas não pensa a respeito, não estuda a respeito. O registro vai **refletir** isso, falta aprofundamento, falta conhecimento e falta principalmente exercício do conhecimento. Quando tu tá na universidade tu tá estudando, quando tu entra pra prática se tu não tem esse hábito, porque os enfermeiros não têm esse hábito, eles vão reproduzir o seu trabalho, mas eles não vão refletir sobre o trabalho, eles não vão estudar sobre aquilo que eles fazem (EA9).

[...] o quanto tu tem de autonomia e de poder isso faz diferença também quando tu que implantar um modelo, não vamos ser hipócritas de achar que não que é só porque o enfermeiro que ou ele não que, tem que haver uma predisposição institucional também para que as coisas aconteçam, tem que ter o mínimo de condição, mas eu acho que os enfermeiros têm que buscar esse jeito de ter condições de fazer acontecer. [...] então tem 15 anos de sistema informatizado e tem quase 30 de processo feito à mão em todas as suas etapas. Acho que querer é a primeira coisa, tem que haver essa disponibilidade do enfermeiro (EG3).

A maneira como o PE do HCPA apresenta-se repercutiu nacional e internacional. Esse processo pode ser oriundo do comprometimento profissional e de como este se inter-relaciona com a construção histórica e a institucionalização do PE. Esse comprometimento é peculiar a cada profissional, contudo a universidade vem contribuindo de maneira significativa para lapidar a formação de profissionais de enfermagem visando atender às exigências do mercado de trabalho, bem como garantir a saúde individual e coletiva, assumindo, assim, as responsabilidades inerentes à profissão. Blumer (1980) reforça essa ideia afirmando que a vida de qualquer sociedade humana consiste em um processo contínuo de ajustes das atividades de seus membros e é derivada da maneira pela qual os homens agem uns em relação aos outros.

Neste ladrilhamento do processo de construção do modelo de cuidado institucionalizado, fez-se necessária a congruência entre a teoria e a prática, ou seja, a relação da academia com o serviço, no sentido de formar o enfermeiro para trabalhar a partir das necessidades do serviço. Esse movimento reflete diretamente no serviço, já que os enfermeiros que possuem em sua formação conteúdos teóricos e vivências práticas do PE atuam com maior facilidade no HCPA e em qualquer serviço que utiliza essa metodologia de trabalho:

[...] depende da formação, de onde eles são formados, tem uns que vão conseguir se expressar melhor, tem uns que não, vai depender muito de onde eles são egressos e também da facilidade de aprender (ECS10).

Essa relação teórica e prática nos remete a integração ensino-serviço que requer clareza do papel dos diferentes sujeitos para a consolidação das atividades propostas. Para Vendruscolo (2014), é um casamento de saberes próprios, em que o diálogo e o respeito às diferenças são fundamentais, em que precisam ser respeitados os tempos e os espaços de cada sujeito no mundo da educação e no mundo do trabalho.

Ainda, os dados revelam que o PE significa ordenar o processo de trabalho da enfermagem, pois é visto como um instrumento metodológico e de gestão que possibilita quantificar e qualificar o cuidado:

[...] ele é o grande diferencial, a grande **bandeira** da enfermagem do hospital de clínicas é o processo de enfermagem, tanto que ele é visto por outras instituições, é repassado esse modelo de trabalho para outras instituições, então o grande marco com certeza foi a entrada no hospital com esse processo de trabalho de metodologia de trabalho (ECS10).

Sempre uso o processo de enfermagem, acredito muito nele, que ele organiza a maneira que o enfermeiro tem de avaliar o paciente você consegue claramente teus planos (EE5).

Entender que o processo de enfermagem como metodologia de trabalho **agrega valor** no fazer do enfermeiro (EA7).

A descrição da prática do PE como metodologia de trabalho é enaltecida pelas expressões “*bandeira*” e “*agrega valor*”, em que apreendemos sentimentos de valorização quanto ao desenvolvimento das atividades de enfermagem. Para o dicionário Aurélio, a palavra bandeira é definida como o símbolo visual representativo de um estado soberano reconhecido por outras entidades ou tradições (FERREIRA, 2010). Nesse contexto, as falas apontam para o sentimento de pertencimento institucional, o qual é representado pelo PE.

Destaca-se, também, que nesta subcategoria se revela a visibilidade que o modelo de cuidado adotado provoca, além da satisfação dos profissionais de enfermagem para o exercício de suas funções, e o quanto isso contribuiu para a qualificação da estrutura e da organização no processo de trabalho, impulsionando a imagem pública da enfermagem do HCPA.

Tais constatações vêm ao encontro do que propõe a legislação no que tange à resolução n. 358/2009 ao afirmar que a operacionalização do PE evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009). Em se tratando de visibilidade, Hoeve, Jansen e Roodbol (2014) defendem a ideia de que os enfermeiros deveriam ter um autoconceito da identidade profissional a partir da imagem pública, do ambiente de trabalho, da valorização do trabalho e da educação, das implicações sociais e culturais, trabalhar mais a comunicação profissional e usar a mídia social para mostrar ao público o que realmente é essa profissão, pois isso contribui para o aumento da visibilidade.

A visibilidade da enfermagem certamente traz reflexos positivos para a saúde da população. Rodrigo Martins Cardoso, em seu livro “Se a enfermagem falasse...”, discute a visibilidade social da enfermagem instigando os profissionais a mudar o sistema de saúde, aumentar a qualidade do trabalho e a segurança dos pacientes, e afirma: “Consultas de enfermagem são sinônimos de menos doença e mais poupança. Fixe isto. E se no local onde recebe cuidados de saúde não existirem consultas de enfermagem, procure saber por quê. A resposta poderá ajudar a melhorar a saúde de todos!” (CARDOSO, 2014, p. 153).

Portanto, a visibilidade da enfermagem do HCPA, por meio da imagem pública aqui representada, traduz a competência dos profissionais do prisma da formação e a capacidade destes em produzir métodos de trabalho e modelo de cuidado. Os avanços e a visibilidade do cuidado de enfermagem no cenário do HCPA foram criados e disseminados sob a responsabilidade dos próprios integrantes do prisma da formação, mais especificamente os enfermeiros e professores da escola de enfermagem, por meio da organização do serviço – e exemplo do SEDE e da COPE -, das ações educativas desenvolvidas, da participação em eventos, da apresentação de trabalhos e publicação de manuscritos. Nesse contexto, os elementos aqui indicados apresentam-se como movimentos determinantes na forma física do mosaico, ou seja, o modelo de formação do PE. Considerando que a configuração do mosaico pode mudar mediante a orientação dos materiais que o compõem e as formas visuais podem ser influenciadas mutuamente, a configuração do modelo de formação do PE vem sofrendo

influências ao longo do tempo, sendo este um marcador importante na solidificação da identidade e da visibilidade da enfermagem e da instituição HCPA.

Cardoso (2014) corrobora esse processo ao afirmar que estratégias são necessárias para aumentar a visibilidade da enfermagem, no entanto o caminho é longo e somente a soma das iniciativas individuais e de grupo poderá determinar onde vamos chegar. A Enfermagem terá voz própria, desde que se disponha a propagá-la. Para o autor, cada um de nós é peça fundamental que compõe a engrenagem necessária para aumentar o reconhecimento social da enfermagem.

Como todo processo de formação, existem elementos que fragilizam a operacionalização do PE, principalmente no que tange ao técnico de enfermagem (TE). Destaca-se que dentre as etapas do PE, o exame físico e o DE são de competência exclusiva do enfermeiro, as demais etapas contam com a participação de outros profissionais de enfermagem conforme o Artigo 5º da Resolução n. 358/2009 do COFEN, que afirma que o Técnico e o Auxiliar de enfermagem participam da execução do PE, naquilo que lhes couber sob a supervisão e orientação do enfermeiro. Essa prerrogativa pode ser evidenciada no depoimento seguinte:

O PE não é do enfermeiro, o PE é da enfermagem, cada um na sua competência (EG3).

Na atual conjuntura, os cursos de formação técnica para a enfermagem não possuem Diretrizes Curriculares que as orientem. Dessa forma, as grades curriculares dos cursos técnicos são propostas de acordo com a instituição formadora e de forma geral não contemplam a formação para o PE. A expressão “*muito pobre*” dá a conotação da fragilidade da formação dos TE e a necessidade emergente de construir diretrizes que orientem a formação desses profissionais para que possam acompanhar as mudanças no modelo de cuidar a partir do PE, bem como a formação em serviço, no sentido de que os mesmos compreendam esse processo, e não apenas executem o que a eles cabe:

[...] eu não sei como isso é tratado, desenvolvido a nível técnico, de formação técnica, eu conheço a formação da graduação, a graduação vem desenvolvendo isso e mais especificamente aqui dentro da escola de enfermagem, mas o técnico de enfermagem eu acho que ele ainda tem uma formação **muito pobre** em relação ao que é o registro de enfermagem, a valorização do registro de enfermagem e o que é a taxonomia de enfermagem que eles vão encontrar aqui no hospital de clínicas. Então eu acho que a gente precisa ir para as bases pra poder atingir os técnicos de uma maneira em que se tenha um nível melhor do entendimento deles a partir do que se trabalha na prática (EA7).

Em estudo realizado no próprio HCPA sobre as competências desenvolvidas na formação para implementar a SAE, considerando a perspectiva de TE, os resultados revelaram que a participação dos TE ainda é limitada, pois existem lacunas na sua formação inicial e ao longo da sua trajetória profissional. Menciona que o aprendizado ao longo do processo de trabalho são fragmentados, as oportunidades de discussão e reflexão são poucas, favorecendo a desvalorização dessa metodologia de trabalho e contribuindo com práticas individualizadas. Ainda, revela que os TE têm dificuldades em vislumbrar a contribuição da SAE na organização das ações de cuidado da equipe de enfermagem (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

Para Dubar (2012), a formação continuada, ligada ao trabalho, deve se tornar tão importante quanto a formação inicial, pois a identidade profissional, a construção de si pela atividade de trabalho possibilita a aquisição de competências relacionais, da aprendizagem da reflexividade no trabalho conduzindo a uma carreira qualificante.

No contexto brasileiro das categorias profissionais de enfermagem, compreendidas por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, a formação quanto ao PE, por vezes, é percebida como um desafio:

No hospital, com o desenvolvimento das taxonomias, eu tenho uma crítica obviamente claro que a taxonomia foi toda estruturada e desenvolvida para enfermeiros, ela é uma linguagem que comunica-se para enfermeiros. Transpor isso para uma realidade brasileira em que a gente tem categorias profissionais diferentes, que é o enfermeiro e o técnico de enfermagem, eu vejo assim como um desafio, uma coisa que ainda tá **um pouco distante**. [...] eu acho que em algum momento **dá um nó** na cabeça deste técnico ou ele não tem o **entendimento**, ou a **profundidade** de entender ou o conhecimento necessário para **compreender** que aquilo ali faz parte do processo de trabalho dele (EA7).

Os termos “*um pouco distante*”, “*dá um nó*”, “*entendimento*”, “*profundidade*” e “*compreender*” representam a complexidade quanto à operacionalização do PE e apontam para questões relacionadas à formação básica, ao uso de linguagem padronizada, ao raciocínio clínico, ao pensamento crítico e às práticas de enfermagem baseadas em evidência. Nesse sentido, os dados indicam que os processos de formação para o PE apresentam fragilidades oriundas da academia, encontramos profissionais e professores que não (re)conhecem o PE e outros que (re)conhecem, mas não incorporam como método de trabalho e ainda o veem como uma sobrecarga, como apontam as falas abaixo:

[...] não veem o processo de enfermagem como algo importante porque até na nossa disciplina foi passado muito assim nas coxas (EE4).

[...] eu lamento assim, mas ainda para muitas pessoas é mais uma coisa a fazer, mais uma tarefa a fazer e as pessoas deixam de entender o quanto isso é científico da nossa profissão o quanto isso agrega conhecimento e traz um corpo de conhecimento para nossa profissão (EA7).

Assim sendo, considerando a formação, os dados apontam a necessidade de definir e entender as competências de cada categoria dos profissionais de enfermagem, envolver estes nas decisões e na organização do processo de trabalho, construindo um plano de EPS que atenda as suas necessidades e qualifique-os para o cuidado sistematizado. As palavras “*ver essa aplicação*” e “*retratar o trabalho*” fortalecem a ideia da importância dessa relação da formação com as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde:

[...] formação dá a base, mas eu vejo muito dos alunos que [...] muitas vezes eles não conseguem **ver essa aplicação** prática, eu te diria que muitas vezes o próprio enfermeiro, faz porque tem que fazer, porque tem uma cobrança de fazer, mas não porque ele vê que o processo realmente retrata ou pode **retratar o trabalho** dele (EG2).

Para além de organizar o processo de trabalho, os dados sugerem que a implementação do PE vem fortalecendo e instituindo maior autonomia entre os profissionais. Revela que o enfermeiro precisa assumir mais a sua essência enquanto profissão autônoma, ou seja, um cuidado de enfermagem pautado em conhecimentos científicos que possibilitem mostrar as responsabilidades e potencialidades da enfermagem:

Também tem a questão da enfermagem, dá pra perceber na prática, estar realizando os cuidados mais norteados pelas condutas médicas [...]. Eu acho que a enfermagem tem muito a buscar, tem potencialidade pra isso, eu acho que como profissional da saúde, enfermeiro. Da gente estar realizando nosso cuidado, prestando nossa assistência independente das ações ou não do médico, as condutas que vão ser realizadas para aquele paciente. [...] A gente faz o processo, mas de uma forma muito superficial, acho que falta essa base, falta o enfermeiro conhecer esses conceitos, padrões, a questão de estar identificando que padrão é esse que está alterado? É padrão respiratório, nutrição? O que está interferindo, quais são os problemas pra então estar identificando os diagnósticos mais próximos, mais acurados para estar realizando uma intervenção mais adequada. Acho que não é só essa questão de ver sinais e sintomas, tal paciente está com isso ou com aquilo, tá e o que eu faço? Só realizo condutas médicas, tem que fazer procedimentos tal. Realmente tem que ter esse aprofundamento (EE6).

Os dados revelam que a enfermagem é uma profissão que detém capacidade, autonomia, cientificidade, corpo de conhecimento e nesse contexto vislumbra-se que uma estratégia seria retomar os movimentos de mudanças na formação acadêmica e em serviço.

Logo, as propostas com vistas à reformulação das DCNs se configuram como outro marcador que pode proporcionar estratégias que qualifiquem a formação acadêmica dos profissionais enfermeiros.

Embora a enfermagem fosse considerada uma profissão submissa por muitos anos, principalmente à categoria médica, muito se evoluiu e há tempos a enfermagem vem buscando desenvolver sua prática baseada em evidência científica, desvinculando-se desse mito. A SAE tem sido considerada um elemento essencial da cientificidade da enfermagem, com a consciência de que através do planejamento, garante-se a responsabilidade com o paciente assistido, norteando a tomada de decisão em situações vivenciadas pelo enfermeiro, promovendo o cuidado por meio de uma estrutura organizacional que contemple as especificidades tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais inseridos no processo. Essa evolução da enfermagem atrela-se às mudanças vivenciadas na sociedade, levando os profissionais a questionarem e a refletirem sobre as situações práticas a partir de um método científico entendido como PE (ANDRADE, 2007; MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

Cabe destacar que as questões voltadas à cientificidade como meio para autenticar o cuidado serão aprofundadas e exploradas na categoria 3 com mais veemência, pois os relatos revelaram a preocupação do GENF/HCPA em implementar e implementar o PE.

A definição pelo uso de linguagens padronizadas para sustentar teoricamente o cuidado exigiu o aprimoramento de um modelo que compreendeu movimentos de estudo com base em referenciais bibliográficos e, sobretudo, de reflexão sobre a prática profissional do grupo de enfermeiros assistenciais e docentes que atuavam no hospital (CROSSETTI; D'AVILA; DIAS, 2011).

Na realidade investigada, historicamente, o uso das linguagens padronizadas passou por diversas fases e ainda encontra-se em estruturação no que diz respeito, principalmente, ao uso da taxonomia NOC:

O hospital se baseia pra diagnósticos na NANDA-I, os **cuidados** de enfermagem não são intervenções diretas da NIC mas também se baseiam na NIC pra listar seus cuidados, em relação a cada diagnósticos no **sistema informatizado**, sempre é feito uma reavaliação do que está posto na NIC para com base nisso listar os cuidados no sistema diário e atualmente o hospital está numa fase de implementação, eu diria até uma parte mais de pesquisa da NOC, que é a parte dos resultados de enfermagem. Hoje como a gente avalia os resultados do nosso paciente na prática clínica? A gente faz uma interpretação dos nossos diagnósticos, colocando se ele está melhorado, se foi modificado, a gente interpreta, a gente tem condição de mostrar isso também com base na nossa evolução, através dos resultados, da nossa interpretação, mas a gente não implementa uma avaliação ainda criteriosa com indicadores clínicos para cada

tipo de diagnóstico que se a gente elencou, ainda está caminhando na prática clínica e no hospital ainda está em fase de **pesquisa** [...] (ECS10).

É possível perceber a relação da prática clínica com a pesquisa, em que a prática é mantida, modificada ou adaptada de acordo com a avaliação realizada sobre esta e faz uma relação direta com os resultados das pesquisas realizadas no HCPA. Esse cenário nos remete à construção do mosaico, representado pelas diversas nuances que emolduram o modelo de formação proposto. Ainda, é possível perceber que esse modelo está em constante (re) construção, sendo representado pela relação entre as referências “*cuidados*”, “*sistema informatizado*”, “*uso de linguagens padronizadas*” e “*pesquisa*”.

No que se refere ao registro dos resultados de enfermagem no HCPA, os enfermeiros acrescentam, nas impressões relacionadas aos DE, a condição atual do diagnóstico, que se remete aos resultados esperados de enfermagem da NOC. Esse registro é feito de forma descritiva usando as palavras: melhorado, mantido, piorado, encerrado (PRUINELLI et al., 2011).

Os dados evidenciam que a escolha por se usar a linguagem padronizada NANDA-I, NIC e NOC também necessitou da organização do serviço quanto à capacitação dos profissionais de enfermagem. Assim sendo, destaca-se novamente a importância da integração ensino-serviço, que será aprofunda e explorada na categoria 2. Contudo, o fato de não saber manusear as taxonomias não se apresentou como um obstáculo aos enfermeiros, pois ao longo do percurso as fragilidades foram sendo enfrentadas e os elementos ajustados a fim de se institucionalizar o PE no HCPA:

Tinha colegas que não sabiam manusear, não sabiam trabalhar com a NIC e com a NOC e aprenderam, então agora o grupo já sabe, porque dentro deste processo de formação, de ensino, de pesquisa que é trabalhado, tem tudo uma ligação e as professoras também participando disso (EA8).

A gente consegue identificar também que existem algumas fragilidades na questão do enfermeiro no dia a dia, às vezes acaba ficando uma coisa mais rotineira, mas também vai depender do profissional, do envolvimento, de **realmente** estar fazendo o processo de enfermagem. Tá fazendo processo de enfermagem mesmo ou **só está ali** prescrevendo e vendo diagnósticos que é uma coisa que está no sistema **tudo prontinho é só clicar**, evoluir e prescrever paciente. Eu consigo perceber, visualizar que tem essas fragilidades (EE6).

Contudo, mesmo potencializando e agilizando algumas atividades relacionadas ao PE, evidenciadas pelas expressões “*realmente*”, “*só está ali*”, “*tudo prontinho é só clicar*”, não podemos deixar de mencionar as dificuldades que são enfrentadas pelos enfermeiros no que tange à sobrecarga de trabalho associada à implementação do PE no HCPA, demonstrando que,

mesmo com o envolvimento do profissional, são indispensáveis para a institucionalização e sucesso do PE condições de trabalho. Referências como “*a gente sente que precisaria ter condições de trabalho*”, “*demanda*”, “*sobrecarga*” e “*limitações*” nos levam a pensar nas lacunas existentes nos serviços de saúde que assegurem a continuidade da assistência de forma sistematizada e que permitam a manutenção do PE:

Bem direitinho, ir lá avaliar, evoluir, atualizar, prescrever pensando melhor, discutindo alguma coisa e às vezes a gente não tem tempo de fazer isso. Então é uma coisa importante com certeza, mas que às vezes **a gente sente que precisaria ter condições de trabalho** mais tranquila pra conseguir fazer bem feito, do jeito que a gente aprendeu [...] (ECS12).

Nossos enfermeiros eles tentam fazer, eu digo tentam porque tem a questão da **demanda** e da **sobrecarga** de trabalho, mas eles tentam fazer registros mais completos (EE5).

Seria o ideal, mas a gente tem **limitações** de recursos humanos e pessoas disponíveis, interessadas, engajadas pra fazer isso, porque acaba sendo que cai sempre na mão dos mesmos [...] (EA7).

Os dados corroboram com estudos específicos que buscaram identificar as dificuldades para operacionalizar o PE com destaque para a carência de pessoal. Ainda, apontam como fatores que dificultam: falta de conhecimento teórico e melhor compreensão sobre o tema, sobretudo para os TE, e como realizar o exame físico (falta de exercício prático); falta de registros adequados; dificuldade de aceitar mudanças; falta de credibilidade nas prescrições de enfermagem; e a falta da informatização do PE (TAKAHASHI et al., 2008; ADAMY; TOSATTI, 2012; SILVA et al., 2013).

Ainda, um dos estudos aponta a necessidade de viabilizar estratégias que fortaleçam a implantação e implementação do PE, com um adequado dimensionamento de pessoal buscando resultados satisfatórios à equipe de enfermagem, aos pacientes, familiares, à comunidade e à própria instituição de saúde (ADAMY; TOSATTI, 2012).

Outra fragilidade que emergiu dos dados diz respeito à preocupação com o tempo utilizado para um registro de enfermagem completo, em que o enfermeiro, ocasionalmente, fica preso às questões administrativas, burocráticas do serviço de enfermagem em detrimento da qualidade na assistência prestada diretamente ao paciente:

[...] eu percebo nos andares, aonde eu vou que ainda existe certa resistência do registro porque ele toma tempo (EE5).

[...] às vezes a enfermeira passa mais tempo na frente do computador ou se dividindo entre o computador e todas as coisas que ela tem que fazer (EA9).

Esse contexto histórico da implantação e implementação do PE exigiu estudo, organização, escolhas, persistência, envolvimento e comprometimento dos sujeitos que representam os segmentos do prisma da formação, assim como para a construção de um mosaico, que exige o estudo geométrico minucioso, definindo a utilização de círculos, quadrados, formas curvas, o estudo das cores com seus jogos e matizes que dão a ideia de como será a obra. Para o HCPA, a cultura de cuidar de forma sistematizada foi construída, definindo um modelo de cuidado que impressiona os profissionais de enfermagem e trabalhadores de saúde em nível nacional e internacional.

6.1.2 Subcategoria 1.2: Implementando o cuidar em enfermagem com segurança e qualidade

Esta subcategoria apresenta, a partir da contextualização histórica nos diferentes momentos do HCPA, desde a sua implantação até os dias atuais em que o hospital incorpora a certificação de acreditação internacional pela JCI, que o cuidado de enfermagem com segurança e qualidade vem sendo lapidado a partir da interação e inter-relação dos elementos (códigos focais) que contextualizam esse cuidado e suas interfaces com o PE.

Para a representação da arte do mosaico, os códigos focalizados são apresentados como elementos que revelaram os sentidos e significados desse processo de construção do modelo de formação, são eles:

Moldando a forma do mosaico:

Este elemento apresenta as inovações e movimentos artísticos na construção de um mosaico que dão vida à arte contemporânea, representados nesta subcategoria pela segurança e qualidade do cuidado e da assistência prestada envolvendo os seguintes códigos:

- entendendo o PE como oportunidade de registro de enfermagem;
- o PE fortalecendo a segurança e qualidade.

Contornando as formas do mosaico:

Esta subcategoria apresenta a configuração dos elementos que delineiam a formação e no seu esboço contribuíram com ações para institucionalizar o PE e tornar o HCPA referência para o ensino e para o serviço. Abarcou o código:

- sendo referência na implementação do PE para o ensino e o serviço.

No modelo da formação do PE, temas relacionados à segurança e qualidade assistencial constituem questões importantes de serem abordadas nesse processo. Como mencionado anteriormente, há fragilidades na formação quanto ao PE, isso está aliado a constantes atualizações das políticas, programas de saúde e da legislação profissional que podem interferir nas práticas cuidadoras de enfermagem. Nesse contexto, o registro das informações no prontuário do paciente configura-se como um elemento que possibilita dar visibilidade ao cuidado de enfermagem prestado.

Pode-se dizer que a comunicação entre os membros da equipe de saúde proporciona assistência qualificada e efetiva no atendimento adequado às demandas do processo saúde-doença do cliente, promovendo a continuidade do atendimento, representando respaldo legal para o profissional e para a instituição. Os registros das etapas do PE tornam-se importante meio de comunicação escrita e quando registrados de forma adequada refletem nas ações de saúde multiprofissional, especialmente da enfermagem, servindo de base para a formulação da assistência fundamentada técnica, cientificamente e de forma sistematizada (ITO et al., 2011).

O registro efetuado é fonte de informação não somente para os profissionais de enfermagem, pois pode se tornar relevante para o cuidado multiprofissional. As expressões “adequado” e “conhecimento” nos remetem à formação permanente como parte constituinte fundamental para se fazer um registro de enfermagem que represente o estado clínico do paciente na sua integralidade:

[...] quando diz respeito a registro de enfermagem, embora PE não é só o registro, PE é o todo, mas que se torna visível quando está registrado, então ao tornar visível esse registro pra que esse registro seja **adequado** ele precisa de uma educação e isso é permanente (EG3).

[...] usando o **conhecimento** do PE pra fazer o registro da assistência que o enfermeiro executa (ECS11).

Trabalha-se muito hoje na questão do registro, até as próprias comissões, os dados que chegam para as comissões eles chegam via registro, [...] é um profissional da prática que analisa ali depois retorna para o grupo como indicador, transforma dados mais qualitativos e quantitativos e às vezes é ao contrário, os quantitativos são devolvidos de uma forma mais qualitativa (ECS10).

Desse modo, a fala acima revela a relação da qualidade do registro expressa nos indicadores da qualidade da assistência prestada e para, além disso, caracteriza o cuidado prestado. A forma como se ensina a registrar as informações no prontuário do paciente inicia-se na graduação e perpassa a vida profissional. Os dados revelam que os registros de

enfermagem são apreendidos e tratados como indicadores da qualidade assistencial, respaldando o cuidado prestado na sua singularidade:

[...] eu quero que tu faça uma evolução que te diga que aquele paciente tem aquele diagnóstico, que aquelas pistas, aquelas características definidoras que tu escreveu, justifiquem o diagnóstico, eu não quero que você faça uma evolução padrão, que diz o básico, que não justifica os diagnósticos... neste sentido os enfermeiros não registram o que sustentam os diagnósticos (EE5).

A compreensão acadêmica do significado do processo de enfermagem eu consegui isso ao longo do tempo, a melhora na qualidade dos registros (EA9).

Assim, de acordo com o estudos de Krauzer et al. (2015), podemos entender que há uma correlação positiva entre registros de enfermagem e qualidade do cuidado prestado. A forma de registrar o cuidado se torna fundamental para enfrentar os desafios contemporâneos da profissão e revelam a importância dos registros de enfermagem como instrumentos basilares para a assistência de toda a equipe de saúde, uma vez que a enfermagem se destaca como a profissão que passa o maior tempo ao lado dos pacientes, sua família ou cuidadores. Ainda, o COFEN, por meio do documento que recomenda os registros de enfermagem no prontuário do paciente, corrobora que os mesmos consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário (COFEN, 2016).

Como destacado anteriormente, o uso de linguagem padronizada e sua relação com o registro do cuidado apontaram que o registro, por meio do uso das linguagens padronizadas, uniformiza o cuidado prestado. Além disso, reitera que a prática de registrar foi dando qualidade dos registros, configurando-se como um elemento que contribuiu para o reconhecimento do HCPA no cenário nacional e internacional. Para Almeida, Lucena (2011), o uso de linguagem padronizada iniciou com a ideia de comunicação e hoje é possível se observar que os sistemas de classificação estão sendo utilizados no ensino, na pesquisa e na prática clínica para nomear o fazer em enfermagem e documentar em sistemas informatizados ou não.

Para buscar essa qualificação do registro dos cuidados prestados, a equipe deve ser motivada e envolvida na avaliação dos registros que podem ser desenvolvidos por meio de ações educativas no próprio serviço, como sugere o relato abaixo:

Os técnicos, eles participam da implementação do processo de enfermagem, a gente faz isso, isso acaba estimulando o grupo, então a gente dá o *feedback*, olha, esqueceste que o paciente está contido, **esqueceste** de registrar que ele está contido, como estão as extremidades, pra ver se estão aquecidas, se estão

perfundidas para evitar lesões no paciente. A gente sempre dá esse *feedback*, a questão da avaliação da dor, se foi feita a reavaliação [...] (EA8).

A valorização do registro dos cuidados pelos profissionais de enfermagem representa o compromisso de prestar assistência com segurança e qualidade, assumindo a responsabilidade de atender às exigências da acreditação hospitalar propostas pela JCI. A expressão “*esqueceste*” pode significar não cumprir com as responsabilidades e ser considerada um artefato de incompetência e, metaforicamente, configura-se como a utilização de material de má qualidade na construção de um mosaico.

Assim sendo, é importante que a equipe entenda que a documentação das práticas assistenciais aos clientes e os resultados obtidos dessas práticas, documentados em registros, constituem um importante instrumento de comunicação para o planejamento, avaliação e continuidade dos serviços prestados pelos profissionais (ITO et al., 2011)

Ainda, em relação aos registros de enfermagem, os dados indicam fragilidades e lacunas que precisam ser aprimoradas para assegurar a qualidade no cuidado prestado e ratificar as atividades executadas, conforme apontam as falas abaixo:

[...] eu leio o que os enfermeiros escrevem pra saber se aquele paciente me interessa do ponto de vista de ensino e eu vejo um registro **muito pobre e pouco informativo, não gosto** do que eu vejo, quando eu vejo o paciente e eu converso com ele, **tem tanta riqueza que não está escrito ali**, daí eu faço meus alunos perceberem isso. [...] Eu vejo que o registro de fato não mostra quem de fato o paciente é [...] em estágio a gente passa em mais unidades e são nestas que eu me refiro que **os registros não representam aquilo que eu vejo** que os pacientes têm (EE5).

[...] que quem **não escreve, não registra** parece que **não é feito** o cuidado (EA7).

Eu acredito que a evolução de uma enfermeira não é só aquela coisa padrão, que faz parte das tuas obrigações, ela tem que **retratar o teu paciente** (EA9).

Expressões como “*muito pobre*”, “*pouco informativo*”, “*não gosto*”, “*não escreve*”, “*não registra*” e “*não é feito*” denotam essas fragilidades e a necessidade do registro de informações que evidenciem a realização da avaliação do paciente em profundidade. Por vezes, a falta de um registro completo não representa o estado clínico do paciente. O registro representa as ações de enfermagem por meio de uma escrita científica, que embora pauta na prática cotidiana, também é reveladora do estado clínico do paciente. As expressões “*os registros não representam aquilo que eu vejo*”, “*tem tanta riqueza que não está escrito ali*” e

“retratar o teu paciente” podem estar relacionadas com a qualidade do atendimento prestado pela enfermagem e sua relação com o compromisso de um registro que represente as condições do estado de saúde-doença do paciente. Além disso, também refletem o cumprimento das metas de segurança do paciente propostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as exigências da acreditação hospitalar definidas pela JCI.

No cenário do HCPA, o registro foi estruturado com base nas NHBs, orientado para os DE mínimos e informatizado na perspectiva do cuidado humanizado (CROSSETTI; D’AVILA; DIAS, 2011).

Para o PE, os registros serão valorizados e exigidos, não só em termos de quantidade, mas principalmente em qualidade, uma vez que devam subsidiar as prescrições e evoluções de Enfermagem (ITO et al., 2011).

Essas ideias apresentadas pelos autores citados acima são corroboradas pela fala abaixo:

[...] com essa questão da acreditação veio muito mais a busca por informações que se complementem no registro, com que avaliasse, com algum encaminhamento em relação ao que foi avaliado de dor, de registro de medicamento, controle de vencimento da dor, medicamento que não foi dado naquele horário, foi registrado, os registros eles precisam se fechar e se explicar, [...] eu preciso entender sem perguntar pra ninguém, eu preciso escrever as coisas e o fato de uma dor teve uma nota tal, foi medicado e melhorou, eu preciso saber como chegou no final daquela dor sem perguntar pra ninguém, **só sabendo pelo registro** (EE5).

No modelo de formação para o PE, no cenário do HCPA, o GENF vem trabalhando para melhorar esses registros, buscando cada vez mais a segurança no cuidado prestado e ampliando os padrões de qualidade pautados diretamente nas questões da acreditação hospitalar:

[...] falar um pouco das **metas** internacionais da segurança do paciente. [...] adequar mais aos **padrões** de qualidade, de segurança dos registros, então nós vamos reavaliar em todos os serviços do GENf. [...] porque agora a gente tem uma **cultura** mais de segurança (EG1).

[...] por esta instituição já ter o PE a mais de 40 anos foi muito fácil adequar os padrões de segurança exigidos pela Joint Commission porque a gente já tinha muitos elementos introjetados culturalmente que diziam respeito à segurança, a gente só não sabia nominar com os nomes dos padrões da JCI (EG3).

Com a operacionalização do processo de enfermagem nós conseguimos avaliar melhor os nossos **resultados** e mostrar a melhora (EA8).

Os dados refletem essa busca pelo reconhecimento da qualidade dos serviços prestados pelo HCPA, representados pelos termos “*metas*”, “*padrões*”, “*resultados*” e “*cultura*” que revelam a significativa contribuição dos profissionais de enfermagem no

processo de acreditação e sua (co)responsabilização pelos avanços e conquistas. Cabe ressaltar que o alcance das metas impostas por um processo de acreditação é permanente, visto que estão sendo constantemente (re)avaliadas pelos profissionais de forma a repercutir positivamente sobre o processo de trabalho da enfermagem.

Em estudo que buscou compreender o significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual do interior paulista, os resultados apontam que o processo de acreditação proporciona o desenvolvimento profissional do enfermeiro por meio de incentivo à exploração de novos conhecimentos, atualização de suas atividades e do reconhecimento do seu trabalho e é visto como ferramenta para atuar na assistência qualificada ao paciente (MAZIERO; SPIRI, 2013). Outro estudo assinala que a certificação formaliza o compromisso de melhorar a segurança e qualidade do cuidado ao paciente e garante um ambiente seguro. Demonstra que a busca e implantação permanente de boas práticas dão resultados que favorecem a produção de cuidado seguro, eficiente, eficaz, resoluto e de qualidade (GASPARY, 2014).

Na perspectiva de ofertar uma assistência qualificada ao paciente, o HCPA tem realizado movimentos significativos e atende à Portaria Interministerial n. 883 de 5 de julho de 2010 que estabelece aos 46 hospitais universitários a normativa de iniciar o processo de acreditação hospitalar (BRASIL, 2010). No Brasil, as questões de acreditação hospitalar vêm sendo discutidas desde a década de 90 e foram oficializadas por meio da Portaria GM/MS n. 1.107 de 14 de junho de 1995 e pela Portaria n. 1970 de 25 de outubro de 2001 do MS, dentro do programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Para o MS, a acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares que requer educação permanente dos seus profissionais expressos pela realização de procedimentos de avaliação dos recursos institucionais para garantir a qualidade da assistência por padrões previamente estabelecidos (BRASIL, 2001b).

Nesse contexto, o MS reconheceu a ONA com entidade formalmente competente para o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no território brasileiro. No entanto, para obter a certificação internacional, o HCPA passou pela avaliação da JCI. As atividades da JCI iniciaram em 1994, em nível internacional, atuando em pelo menos 80 países e tendo por missão cooperar com as instituições de saúde, MS e organizações globais na busca de padrões de excelência no atendimento. No Brasil, são 51 organizações acreditadas até a presente data (JCI, 2016). A acreditação internacional corresponde às iniciativas em respostas às avaliações de cuidados à saúde com base em padrões para a avaliação de instituições de saúde estimulando a melhoria contínua com sustentabilidade para as instituições de saúde

empregando padrões de consenso internacional e de assistência ao monitoramento com indicadores (JCI, 2010).

No Brasil, além dos processos de acreditação, o MS vem induzindo os serviços por meio de políticas e programas que indicam diretrizes para o desenvolvimento de processos de sistematização e padronização do cuidado em saúde realizado nas instituições hospitalares. Nesse sentido, publicou a Portaria Interministerial n. 285 de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino com intuito, dentre outros, de garantir de forma progressiva e planejada a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão, bem como garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da EPS para os profissionais já atuantes (BRASIL, 2015).

O envolvimento dos profissionais para alcançar as metas da acreditação hospitalar pela JCI mostra-se significativo, os resultados almejados com o PE foram modificados ao longo do tempo, deixando de focar em metas de produção (processo quantitativo) agregando um olhar para a qualidade desse processo. A literatura nos mostra que os processos de acreditação demandam muito trabalho que por vezes acabam por sobrecarregar os profissionais, contudo esse movimento também revela que a acreditação, por mais que seja um processo que exige dedicação, empenho, tempo, produz satisfação aos profissionais de enfermagem, já que os resultados modificam a prática assistencial e a qualidade é percebida como um resultado positivo desse processo:

[...] esse grupo que hoje é uma comissão e que tem a participação de vários enfermeiros de diferentes áreas de dentro do hospital, eles trazem força para que o processo de enfermagem chegue nas unidades de uma maneira uniformizada, buscando trazer qualidade para o processo de enfermagem que até então se trabalhava muito em cima de número e continua trabalhando em cima de números, ou seja, número de anamneses, número de prescrições, mas o foco, com a questão da acreditação hospitalar e até a própria evolução do conhecimento do processo de enfermagem, a gente deve galgar outros degraus que é buscar a qualidade destes registros (EA7).

A adequação do HCPA às exigências para a acreditação hospitalar deu-se por meio de um processo contínuo e em longo prazo, exigiu dos profissionais adaptações às exigências em atender às recomendações para atingir a acreditação internacional. Os dados revelam, por meio das expressões “*mudanças*” e “*reflexão*”, que o processo instigou novos modos de pensar e agir a partir dos pressupostos da acreditação hospitalar, que culminaram em um modelo de cuidado mais organizado e sistematizado a fim de atender às exigências:

[...] essas **mudanças** de comportamento, essas mudanças de realizar a assistência, de executar determinados cuidados, de fazer registros no sistema, de introjetar isso assim é uma mudança muito longa (EA7).

[...] na época eu prescrevia 45 numa noite não tinha qualidade nenhuma, era uma cópia, não tinha uma **reflexão** naquilo (EA9).

Essa transição para assumir uma postura de hospital acreditado exigiu o comprometimento de todos os segmentos do prisma e de maneira significativa do SEDE no sentido de criar e estimular essa cultura de hospital acreditado. Emergiu a necessidade de uma cultura organizacional dos processos de trabalho, gestão, cuidado e educação que não aconteceu repentinamente, mas foi construída e desenvolvida a partir da mobilização dos segmentos envolvidos na busca por melhor qualificação do cuidado prestado, promulgado pelos termos “*palavra de ordem*”, “*cultura*”, “*mobilizar*” e “*munir*”:

[...] tu tem que trabalhar a qualidade de registro e segurança que é a **palavra de ordem** do momento, não tem como tu dissociar das práticas educativas. [...] desde o segurança até o cirurgião, eles todos tem que saber que pulseira amarela quer dizer risco de queda, porque cada um deles poderá evitar essa queda em um dado momento. Claro que isso exige muito tempo e uma **cultura** muito grande a ser desenvolvida. A gente ainda está iniciando, mas pra mim isso é PE. [...] Nós precisamos nos **munir** desses conhecimentos e **mobilizar** os profissionais da nossa área pra tentar melhorar e qualificar isso (EG3).

Há uma relação muito próxima do PE com as exigências da acreditação hospitalar e com as questões de segurança do paciente, conduzindo a assistência prestada e sublimando a visibilidade do HCPA no cenário nacional e internacional no que diz respeito ao modelo de cuidado de enfermagem. O HCPA organizou os instrumentos de registro de enfermagem² no sistema informatizado, de forma a integrar as etapas do PE, atendendo às exigências da avaliação para a acreditação internacional, a exemplo do instrumento que guia o enfermeiro para a avaliação inicial do paciente, o qual deve contemplar nos registros informações que subsidiem o cuidado de enfermagem e o cuidado multiprofissional.

Para Lucena (2013), as informações geradas pelo PE, quando registradas de maneira completa e fidedigna, podem assegurar a continuidade da assistência e promover a segurança do paciente.

Dessa forma, reitera-se as prerrogativas de que o PE garante autonomia e empoderamento aos profissionais enfermeiros. O poder implícito nas interações é entendido pelo modo como o enfermeiro (inter) age perante a assistência. Os sujeitos imbricados nesse processo agem em relação uns aos outros carregando consigo os reflexos dos diversos

² Guia de orientação para admissão do paciente do HCPA.

segmentos em que atuou ou atua para atingir as metas propostas pelo modelo de formação almejado. O enfermeiro tem um papel a desempenhar, tem objetivos, metas para garantir essa autonomia. Para Menezes, Priel, Pereira (2011), a SAE é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência que permite uma aproximação do enfermeiro com o paciente em suas distintas etapas, como exigir conhecimento científico, responsabilidade profissional e compromisso com o exercício profissional. Ainda, assegura que os profissionais de enfermagem redescubram o seu papel junto ao paciente, pois ao realizar as ações com compromisso ético, moral e responsabilidade, independente dos desafios que o cotidiano impõe na atuação profissional, contribui para uma prática de enfermagem mais autônoma.

Quanto à organização do processo de trabalho do GENF/HCPA, este incorpora o PE no planejamento estratégico institucional e prevê o mesmo como indicador de gestão da qualidade organizado a partir dos pressupostos da PNEPS e de forma participativa. Nesse sentido, há uma relação singular organizacional da instituição que vem ao encontro de estudo publicado por Ferraz et al. (2012), que recomenda a participação de representantes dos hospitais de ensino nas Comissões Permanentes de integração ensino-serviço (CIES)³, pois entendem que são nesses espaços que se fomentam as discussões sobre a política de forma multiprofissional e intersetorial definindo metas e um planejamento participativo com os profissionais para que estes se tornem atores sociais do seu processo contínuo de educação pelo trabalho.

Mais recentemente, o COAPES veio para fortalecer a integração ensino-serviço e comunidade no âmbito do SUS, garantindo estruturas de serviços de saúde em condições de oferta de campo prático nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015a).

Diante do exposto, percebe-se que integração entre os elementos que compõem o prisma se inter-relacionam, complementam-se, dando sentido e significado ao modelo de formação em serviço acerca do PE.

Nesse movimento, os indicadores assistenciais fazem parte de um processo contínuo de avaliação do serviço, a exemplo dos índices de queda dos pacientes, de lesão por pressão e da taxa de pacientes com prescrição de enfermagem, citados nos relatos abaixo:

³ Instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007), (BRASIL, 2007).

[...] eleger indicadores, eu vejo essa integração da gestão com o processo, se o PE é importante para enfermagem desse hospital, então nós elegemos 3 **indicadores de qualidade** assistencial para o nosso planejamento estratégico, a enfermagem não tinha indicadores, e o nosso indicador era o percentual de pacientes com a prescrição de enfermagem feita nas 24 horas. Nós tínhamos que atingir uma meta de 90% e tinham unidades que não tinham em todos os pacientes a prescrição, outros eram as úlceras por pressão e as quedas (EG2).

[...] precisa ter alguns padrões, que torne o registro inteligente e que ele possa me fornecer dados para eu também gerenciar, porque hoje tem vários elementos que estão registrados no PE que são indicadores de qualidade assistencial (EG3).

As referências a “*indicadores*” e sua associação com a “*qualidade*” expressam o compromisso institucional quanto às metas da acreditação pela JCI.

Além dessa preocupação para assegurar a acreditação internacional, os dados revelam que o HCPA tem responsabilidade social e compromisso de compartilhar esse modelo com as demais IES e serviços de saúde, revelado pelo vínculo que é construído com os estudantes que se tornam profissionais engajados na consolidação do PE:

[...] eu tenho uma grande preocupação da responsabilidade social que nós temos com as demais instituições (EG3).

[...] tem muitos estudantes que se formam docentes e que **procuram novamente** a instituição juntos com seus alunos para que tenham um aprimoramento do conhecimento em relação ao processo implementado aqui no hospital (ECS10).

A expressão “*procuram novamente*” reforça os diversos movimentos que a comunidade externa faz para conhecer e/ou ampliar a visão sobre o modelo de cuidado institucionalizado, buscando conhecer o modelo de formação do HCPA, representando essa interação social.

Para Ennes (2013), a realidade social é produzida pelas interações sociais em uma perspectiva relacional. Logo, a interação social promovida pelo modelo de formação acerca do PE não se instituiu sozinha, assim como para a construção de um mosaico utilizando-se de vários materiais, essa interação contou com os gestores, professores, estudantes, profissionais. Segundo Blumer (1977), a importância dos antecedentes e encadeamentos entre atores e interações do presente e do passado contribuem para a construção desses processos identitários considerando a importância da subjetividade como dimensão explicativa das relações sociais. Ou seja, essa interação social do HCPA contribuiu para a construção da identidade profissional da enfermagem e da identidade institucional como referência nacional e internacional, provocadas significativamente pela integração ensino-serviço.

Esse processo de construção de identidade institucional pode ser identificado no discurso dos enfermeiros em relação à vivência e à construção desse modelo, que é reproduzido e difundido para além do HCPA, conforme anunciado nas falas abaixo:

Tem muitas formas de educação permanente em relação aos profissionais da instituição, tem acadêmicos que entram na instituição pela formação da universidade, também profissionais e acadêmicos de outras universidades que buscam e também profissionais de outras instituições que se inserem como visitantes para conhecer esse processo (ECS10).

[...] a gente pensa que o nosso modelo não é pra estar aqui dentro, não é pra nós sermos os melhores. O nosso modelo se ele é bom é pra ser usado por todos, então a gente presta essa **assessoria** tanto para universidade que nos buscam, professores de outras universidades que nos buscam como enfermeiros da prática clínica (EG3).

[...] a gente tem que considerar o modelo que possa trabalhar tanto com os profissionais quanto com os alunos e que esses alunos possam levar de modo que eles possam reproduzir isso, pensar e reproduzir em outro local, porque hoje a gente vê tentativas, mas ainda é muito difícil das pessoas levarem pra outros locais (EA8).

A palavra “*assessoria*” reforça a ideia de que o HCPA é referência, pois indica que os profissionais do Hospital e da Escola de Enfermagem com *expertise* na temática compartilham esses conhecimentos com a comunidade externa por meio de vistas *in loco*, eventos, orientação e assessoria expondo a imagem social dos profissionais de enfermagem e do HCPA.

6.2 CATEGORIA 2: CONSTRUINDO O MOSAICO DA FORMAÇÃO: LADRILHOS DA GRADUAÇÃO AO SERVIÇO

Esta categoria revela a percepção dos integrantes do prisma em relação à formação dos sujeitos nesse processo de consolidação do modelo de formação, que perpassa movimentos de ampliação das necessidades de formação em saúde que abarcam desde o ensino superior até a pós-graduação (especialização, residência, mestrado e doutorado) adentrando a formação em serviço por meio da educação continuada e permanente.

Inicialmente, debruçamo-nos na contextualização histórica da criação do serviço de educação do HCPA, que, assim como um mosaico, exigiu ajustes ao longo da caminhada, o que resultou na consolidação no modelo de formação em serviço. Foram idas e vindas, ajustes e desajustes, até encontrar o melhor caminho para solidificar o serviço, atribuindo os significados para os profissionais do HCPA e que serão revelados nesta categoria.

Esse processo envolveu as considerações apresentadas por códigos focalizados e da inter-relação das seguintes subcategorias:

2.1 Consolidando a interação ensino-serviço.

2.2 Construindo a trajetória profissional.

6.2.1 Subcategoria 2.1: Consolidando a interação ensino-serviço

Esta subcategoria aborda a contextualização da integração ensino-serviço na implantação e implementação do PE, aspectos relacionados à criação e à consolidação do SEDE no HCPA, bem como a participação da COPE nesse processo.

Os códigos focais que representam os elementos que constituem o mosaico aqui denominado HCPA são identificados da seguinte forma:

Preparando e criando os componentes para dar origem ao mosaico

Este elemento apresenta como o serviço de educação foi preparado e criado para fortalecer e dar sustentação ao modelo de formação em serviço. Abrangeu o seguinte código:

- preparando e criando o serviço de educação permanente.

Apresentando as ligas que constituem a base do mosaico

Este elemento apresenta o arquétipo da formação nos segmentos ensino e serviço e os reflexos dessa integração para a formação. Abrangeu o seguinte código:

- integrando o ensino e o serviço na efetivação do modelo de cuidar do HCPA.

Este elemento apresenta as ligas que têm por função unir as peças que constituem as estratégias de formação em serviço, ao mesmo tempo em que produz ações que sustentam a manutenção dessa metodologia de cuidado. Abrangeu os seguintes códigos:

- tendo a COPE para fomentar a manutenção do PE;
- conhecendo e aprendendo sobre a cientificidade do PE.

Para Flores, Oliveira, Zocche (2016), a iniciativa de adotar a EPS como dispositivo educativo no HCPA foi articulada por um intenso movimento entre as diversas áreas do hospital, principalmente da enfermagem. Para o desenvolvimento dessa proposta educativa na perspectiva da EPS, fez-se necessário o apoio político-administrativo das chefias de

enfermagem, da Coordenação do Grupo de Enfermagem e da Coordenadoria de Gestão de Pessoas. A proposta objetivou melhorar o processo de trabalho e qualificar a assistência de enfermagem prestada ao usuário, estabelecendo o SEDE como responsável pelo desenvolvimento das ações educativas.

Para entendermos esses movimentos, é importante lembrar os conceitos de educação permanente e educação continuada, já que o HCPA passou a trabalhar na perspectiva da EPS ampliando suas atividades educativas para além da educação continuada.

A PNEPS traz em seu contexto que a educação continuada se caracteriza por representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico centralizado na atualização de conhecimentos, em ambientes didáticos e baseado em técnica de transmissão com a finalidade de atualização (BRASIL, 2004; 2006; 2009).

A educação continuada produz um distanciamento entre a prática e o saber e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática. Embora a literatura indique que a educação continuada apresenta-se como uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo, a exemplo de cursos periódicos sem sequência constante, e centra-se em cada categoria profissional, ela ainda se apresenta como uma estratégia paralela às proposições da EPS e ainda utilizada nos espaços e serviços de saúde.

As estruturas da educação continuada nas organizações constituem-se de espaços de discussão para propor estratégias e alocar recursos que proporcionem aos trabalhadores o domínio das situações, das tecnologias e dos saberes em seu tempo e no seu ambiente, possibilitando o pensar e o buscar de soluções criativas para os problemas (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Ou seja, o posicionamento das práticas de educação deve ser indutivo e construído de acordo com o modo de vivenciar a construção das ações no campo da saúde e da educação a fim de configurar os movimentos da EPS, assim a educação continuada e a EPS não se dissociam, mas, sim, se completam (CECCIM, 2005).

Para a PNEPS, a educação permanente incorpora o ensino e a aprendizagem na vida cotidiana das organizações no contexto real em que elas ocorrem, ou seja, no mundo do trabalho em saúde. As estratégias educativas partem da prática como fonte de conhecimento e problematizam o próprio fazer colocando as pessoas como protagonistas reflexivos da prática e na qual constroem seu próprio conhecimento e alternativas de ação. Abordam a equipe e o grupo como estrutura de intervenção, evitando fragmentação disciplinar e ampliam os espaços educativos para fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes, associações, dentre outros espaços (BRASIL, 2004; 2006; 2009).

Contudo, a PNEPS provocou movimentos de mudança em saúde intimamente ligados à cultura analítica de Paulo Freire, em que se destaca a centralidade da EPS à sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, a ligação política com a formação profissional e dos serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento e experimentação. Requer que o sujeito produza subjetividade, abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho (CECCIM, 2005).

Estudo corrobora com os pressupostos da EPS quando afirmam que a produção de conhecimentos acerca da saúde, especialmente da enfermagem, tem introduzido novas formas de organização, flexíveis e participativas para qualificar os serviços e profissionais de saúde. Logo, a produção do conhecimento vem da ideia central da PNEPS, entendida como aprendizagem significativa, na qual o sujeito é considerado o articulador do processo de mudança nas práticas de saúde para buscar novos sentidos para suas atuações em saúde. Esses novos sentidos não movimentam somente o usuário ou a equipe, mas o espaço onde a saúde de produz (SILVA et al., 2014).

Os dados revelam que o serviço de educação foi moldado a partir da reestruturação e das mudanças ocorridas, que acompanharam os avanços em termos de políticas de saúde no país. O termo “*passamos a atuar*” representa essa reestruturação do serviço em que as ações desenvolvidas passaram a contemplar não somente a equipe de enfermagem mas também os demais profissionais que atuam no HCPA. A expressão “*a educação permanente é fundamental*” sugere a importância dada ao serviço da educação permanente nas articulações e na materialização das atividades de formação em serviço, de forma que esse serviço, com o passar do tempo, consolidou-se na instituição e se tornou um dos alicerces para impulsionar o HCPA ao cenário de referência nacional e internacional. Assim, visualiza-se que o SEDE foi e é fundamental na (re)estruturação do hospital nos aspectos que envolvem a acreditação hospitalar pela JCI por oportunizar a troca de experiência entre os profissionais:

[...] nós viramos o serviço de educação em enfermagem, então nós **passamos a atuar** com todos os trabalhadores da enfermagem, fazendo *link* até com os outros profissionais (EG1).

Hoje nós temos um serviço de educação em enfermagem que era antigamente o serviço de formação de técnicos de enfermagem (EG2).

[...] **a Educação permanente é fundamental**, aqui no hospital é nossa prática cotidiana, não tem como agregar qualidade, se tu não tiver educação permanente, seja qual for a área e nisso então se inclui o PE (EG3).

Para entender a lógica da educação permanente nos serviços de saúde, foi imprescindível que os profissionais de enfermagem ampliassem os conceitos e entendessem os pressupostos da PNEPS. Para isso, fizeram-se necessários movimentos individuais e coletivos de estudo, entre eles alinhamentos conceituais com a legislação da PNPE e seus pressupostos teóricos a fim de fortalecer a formação em serviço e o serviço de educação. Portanto, as concepções de educação permanente do HCPA nascem a partir dos pressupostos de um referencial teórico, pautado no uso das metodologias ativas, no conceito de saúde ampliada, educação em saúde, integração ensino-serviço, corroborados pela menção a alguns autores de referência na área, como Ceccim e Merhy:

[...] começar a estudar a educação permanente. [...] foi um marco pra nós aqui, foi quando começaram a aparecer mais artigos em relação à educação permanente. [...] estudou muito sobre educação permanente, tinha vários autores Merhy, também o Ceccim que tinha muito artigo escrito e a gente foi buscando. [...] nem os professores da UFRGS tinham o conhecimento de trabalhar desta forma e os enfermeiros daqui também não, então nós éramos um grupo pequeno (EG1).

Esse movimento foi confirmado por Flores, Oliveira, Zocche (2016) ao afirmarem que essa nova proposta de formação, com base na EPS, passou a exigir das enfermeiras educadoras a apropriação teórica e de conceitos relativos à educação, saúde e trabalho alinhados à PNEPS. Fez-se necessária a aproximação dessas enfermeiras com o referencial proposto para sustentar as ações educativas nas atividades desenvolvidas no hospital, na medida em que a proposta era mudar a lógica das ações de educação em serviço das equipes de enfermagem, exigindo uma compreensão do trabalho educativo bastante distinto daquela com a qual estavam familiarizadas. Deu-se início a essa transição entre os saberes já aprendidos e os novos saberes e o contato com as novas formas de ensinar e aprender.

Ainda, os dados vêm ao encontro dos pensamentos do educador Paulo Freire, que defende a ideia de que antes de ensinar é preciso aprender, aprender com o outro a partir da própria realidade e da PNEPS que referencia Educação Permanente como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas têm (BRASIL, 2009).

Para que o SEDE se efetivasse, contou com o apoio da gestão do HCPA, pois esse serviço configurava-se como um desejo da coordenação do GENF demonstrado pela

expressão “*queria aquilo*”. Criar o SEDE representa o fortalecimento da formação em serviço de forma concreta, e não apenas para preencher os requisitos de hospital-escola. Materializou-se de modo contínuo e em longo prazo. Os referenciais disponíveis em publicação, bem como a PNEPS, foram de suma importância para pensar a EPS do HCPA. A expressão “*unia*” representa a organização do serviço a partir do prisma da formação, no qual os objetivos e metas são possíveis de serem alcançados quando há diálogo entre os segmentos representados. Ainda, a palavra “*construção*” sugere que para os profissionais a EPS constituiu uma oportunidade da intervenção na práxis (ação-reflexão-ação) da enfermagem, transformando as práticas tradicionais em espaços de pensar e fazer a formação no e para o trabalho em enfermagem, qualificando o cuidado prestado:

[...] coordenação do GENf que **queria aquilo** mas que estava muito distante. [...] começar a fazer um projeto de educação para os trabalhadores. [...] foi uma **construção**. [...] utilizava o mesmo referencial e **unia**, unia a gestão, unia a educação, unia a universidade, unia o trabalhador com todo referencial (EG1).

Diante do exposto a prática dialógica e reflexiva nesses movimentos de (re) construção e criação de novos modos de pensar e realizar as práticas aponta para a ampliação da dimensão integradora no processo de trabalho que acabou por refletir na construção do modelo de formação.

Nessa linha de pensamento, Freire (2011) destaca que o diálogo é uma condição que possibilita o processo educativo, por meio de uma relação dialógica o ser humano se descobre para o mundo e para os outros. Ainda sobre a relação dialógica, Ceccim, Feurwerker (2004) propõe que a formação para a área da saúde constrói e organiza uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade que operam mudanças, mobilizam caminhos, convocam protagonismos e detectam a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções possível.

A dialogicidade envolve um processo de ação-reflexão-ação (práxis) em que educador e educando encontram-se envolvidos no aprender. Cada um participa exercendo o seu papel em uma relação horizontal, com a mesma importância, mas com funções diferenciadas e que possibilitam as mudanças quando os sujeitos compreendem a necessidade de mudar e assim desejam (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016). Envolver as equipes dos serviços e a escuta aos profissionais produzem dados que contribuem para a reflexão sobre as práticas e a transformação das mesmas a partir da problematização da realidade local, tornando-as primordiais para a assunção da interdependência nos processos de trabalho-aprendizagem,

evitando atitudes descontextualizadas e fornecendo respaldo na prática (MICCAS; BATISTA; BATISTA, 2016).

Esses espaços de diálogos foram criando corpo com as iniciativas de adotar a EPS como dispositivo educativo, articulados por movimentos entre as diversas áreas do hospital, principalmente da enfermagem. O SEDE assumiu a responsabilidade da educação e formação dos profissionais na lógica da EPS (HCPA, 2013; FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Contudo, os dados apontam que houve dificuldades relacionadas a aceitar novas concepções relacionadas à educação em serviço, no entanto, mesmo assim, o serviço de educação permanente foi conquistando seu espaço no HCPA, contribuindo significativamente para a construção do modelo de formação que impactou na qualidade ao serviço prestado:

[...] essa integração ensino serviço, tem as dificuldades, as vezes as pessoas imaginam uma coisa que lá na prática não tem nada a ver mas, enfim, a gente também consegue disser não vai funcionar muito assim, mas quem sabe vamos tentar, enfim tem ajudado, eu vejo isso como uma coisa boa em vários sentidos, de empoderamento de um grande grupo de enfermeiros (EA9).

Ao se depararem com o desconhecido, as enfermeiras assumiram uma atitude de busca, movendo-se em direção às soluções para suas inquietações a partir do desejo de mudança. Para efetivar o serviço de EPS, o HCPA contou com a participação da escola de enfermagem da UFRGS construindo uma relação dialógica, entendida em um primeiro momento como integração docente-assistencial, hoje chamada de integração ensino-serviço (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Esses momentos de integração docente assistencial se consolidaram no HCPA com a prática das “rodadas de conversa”, entendidos como espaços pedagógicos com potência para a produção do protagonismo dos trabalhadores, em que as reflexões sobre o cotidiano do trabalho e das mudanças advindas desse processo dialógico configuraram-se como espaços de escuta e se constituíram em campo fértil para a invenção de novas formas de ser e de fazer no contexto da saúde (BRUM, 2009), corroborados na fala a seguir:

A rodada de conversa trouxe um referencial bem diferente em que o serviço de educação vai para o serviço (EG1).

E nesse contexto da interação ensino-serviço, a marcante atuação dos professores da escola de enfermagem contribuiu para imprimir qualidade no processo de formação em serviço dos profissionais do HCPA e que repercutiu na qualidade da atenção à saúde. Esse

movimento de interação ensino-serviço impulsionou a organização do SEDE, contribuindo para esculpir o modelo de formação e fortalecimento da identidade da enfermagem e do HCPA:

[...] temos os cargos e chefia que todos são professores, então tanto da coordenação do GENf como da chefia dos serviços são professores (EG1).

[...] **esse serviço tem professores**, tem enfermeiros professores e nós temos a comissão do PE que faz toda essa **articulação** junto com a educação e todos os enfermeiros que entram aqui no hospital recebem **formação** porque nem todos são da Escola de Enfermagem da UFRGS (EG2).

Nos relatos acima, fica evidenciada a relação com os segmentos do prisma e como esses movimentos de transição são importantes no cenário da integração ensino-serviço e da representação desses segmentos no sentido de que o professor responde pela função de professor e gestor concomitantemente e que são reconhecidos pelos profissionais como situações potencializadoras. As expressões “*esse serviço tem professores*”, “*articulação*” e “*formação*” confirmam essa ideia.

Do ponto de vista do interacionismo simbólico e considerando que o PE dá identidade ao profissional enfermeiro, podemos pensar essa articulação como um elemento que dá liga. Para Hall (2011), o termo identidade significa o ponto de encontro, o ponto de sutura, entre, por um lado, os discursos e as práticas que tentam nos interpelar, nos falar ou nos convocar para que assumamos nossos lugares como sujeitos sociais de discursos particulares e por outro lado os processos que produzem subjetividades, que nos constroem como sujeitos aos quais se pode falar. Desse modo, a sutura proposta por Hall pode ser vista aqui neste estudo como os movimentos e seus diversos elementos que provocam e potencializam as articulações vividas pelo e com o SEDE, entre e nos serviços, e não apenas como um processo unilateral.

Esses dados nos fazem refletir e corroboram com estudo publicado por Brehmer, Ramos (2014), que apontam experiências de integração ensino-serviço e sua representação como estratégia potencial para a formação de profissionais de saúde a partir de uma perspectiva próxima do real, do concreto das relações com o trabalho, com o cuidado e com o social. Em outro estudo, que teve como objetivo realizar uma reflexão teórica e estimular o repensar do papel da educação permanente dos sujeitos trabalhadores da saúde e de enfermagem na perspectiva do desenvolvimento individual e coletivo por meio da práxis transformadora, apontou, em seus resultados, possibilidades de mudança através das ações de EPS como formas alternativas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar atividades educativas em um contexto histórico, social, econômico, político e ético (SILVA et al., 2010).

No contexto da integração ensino-serviço, as atividades são desenvolvidas pelos profissionais que atuam no serviço de educação do hospital e pela escola de enfermagem, principalmente na figura do professor que integra o SEDE. A expressão “*junto*” significa que as atividades não são desenvolvidas individualmente, que há cooperação e uma relação singular que potencializa o conhecimento teórico e prático, representado pelos segmentos ensino e serviço:

[...] todo o planejamento da educação é pensada **junto** com a enfermeira professora da UFRGS que a chefia do serviço de educação, [...] com todas as referências da educação e junto com as chefias de serviço dos outros serviços (EG1).

A integração ensino serviço ela é muito forte aqui no hospital, eu creio que pelos serviços de enfermagem serem chefiados pelos professores, então a gente acaba trabalhando muito de perto com os chefes de unidade que são enfermeiros (EG3).

Partindo dos pressupostos de Freire sobre formação e processo de ensino-aprendizagem, percebo nos relatos acima percepções sobre aprendizagem que vêm ao encontro das diretrizes recomendadas pela PNEPS, que recomendam que tais processos de educação em serviço precisam nascer das relações de integração entre ensino-serviço. Para Freire (2011), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção; nesse sentido, os sujeitos assumem a responsabilidade de produzir saber, assim como a aprendizagem pode ser ampliada pela didática docente. Elementos como a motivação e a capacitação são entendidos como imprescindíveis para que a aprendizagem ocorra pela prática, bem como a construção e transformação por meio da integração ensino-serviço (CUBAS et al., 2015).

Essa relação ensino-serviço representa a práxis da EPS, que é compreendida como o conceito pedagógico no setor saúde para efetuar relações organizadas entre ensino e as ações e serviços, entre docência e atenção à saúde, na relação entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social. A incorporação do aprender e ensinar se dá no cotidiano das organizações e no processo laboral, garantindo a aprendizagem significativa e transformando as práticas profissionais. Dessa forma, os processos de formação e qualificação requerem ações que emergem das organizações do trabalho, da interação com redes de gestão e de serviço de saúde, e do controle social no setor, em consonância com SUS e de acordo com as realidades da população (BRASIL, 2006; 2009; VENDRUSCOLO et al., 2016a).

Nesse contexto, a organização do serviço de educação e a integração ensino-serviço tornaram-se um marco de referência nacional no cenário dos serviços de saúde e de formação

em saúde e enfermagem. Os termos “*marca*”, “*marco*”, “*modelo*” e “*reflete*” sugerem que a metodologia de formação em serviço é reflexo da interação e inter-relação da Escola de Enfermagem com o hospital. Na formação acadêmica, essa relação anula a dicotomia entre o que se ensina e o que se vislumbra na prática assistencial da enfermagem, como nos mostram as falas abaixo:

Essa é uma **marca** que nós temos de integração docente assistencial que é claro que isso também se **reflete** em todas as atividades que os professores fazem aqui (EG2).

Ele tem um papel, ele é um grande **marco** e quando eu falo em hospital de clínicas eu vejo atrelado com a UFRGS, porque quem trouxe esse **modelo** para dentro do hospital foi a escola de enfermagem, então vejo a nossa escola e o hospital de clínica são grandes marcos na minha formação como enfermeira [...] (EG3).

Na obra *Pedagogia da Autonomia*, Freire destaca que a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria-prática para que a teoria não banalize e a prática não se torne ativista (FREIRE, 2011).

Outro destaque da formação em serviço lapidada em um processo contínuo é o próprio serviço, que oportuniza o enfermeiro a exercitar as suas habilidades e competências. A expressão “*te deixa realmente se sentir enfermeiro*” reforça a ideia de que o PE dá identidade, visibilidade, autonomia e empodera o enfermeiro do HCPA:

Eu sinto que a UFRGS e o clínicas te dá um suporte maior, **te deixa realmente se sentir enfermeiro**, te deixa fazer o processo e depois te dizer o que faltou, então eu sinto que a UFRGS junto com o Clínicas torna o PE um espetáculo, não tem coisa melhor do que os dois juntos (EE4).

[...] eu acho ela fundamental, na estrutura do hospital, a integração ensino-serviço, ela nos protege também (EA9).

Nesse sentido, a integração ensino-serviço tem duas vias, a escola que participa dos movimentos do hospital e vice-versa, contribuindo para que o modelo de cuidado do HCPA se tornasse referência nacional e internacional. Esses achados reforçam as preposições de Vendruscolo et al. (2016) ao inferir que a integração ensino-serviço configura-se como um encontro entre a instituição de ensino e o serviço, um ‘casamento de saberes próprios’, no qual é preciso, por meio do diálogo, buscar consensos para tomada de decisões, o que possibilita um ‘processo vivo’ de crescimento, reconhecimento dos pares e coparticipação nas ações para atingir os objetivos.

As palavras “*força*” e “*aproximar*” revelam a potencialidade dessa integração e reforçam que o conhecimento e a formação se fortalecem quando se tem uma relação teórica e

prática articulada, em que uma completa a outra. Essa relação sugere que há um sentimento de cumplicidade em que a comunidade acadêmica, representada principalmente pelos professores, compartilha seus saberes com o serviço, mais especificamente com os enfermeiros assistenciais e gestores, assim como o inverso. Além disso, representa as oportunidades contemporâneas de inovações para transformar as práticas no campo da saúde:

[...] a **força** do Clínicas é a Escola de Enfermagem e é dos enfermeiros, eu preciso entender que são os dois (ECS11).

[...] a prática é fundamental pra alimentar a teoria e vice-versa (EG3).

[...] eu acho que evoluiu muito em função de que tem professoras que trabalham muito essa questão com seus alunos em aula teórica, em aula prática, estágios, conseguem trazer para seus alunos isso e **aproximar** questões teóricas com a questão prática, vivenciadas na prática clínica, é mérito delas porque elas galgaram esse espaço, foram atrás de conhecimento, buscaram formação. É um comprometimento social, professoras da universidade têm esse conhecimento precisam passar isso (EA7).

[...] eu vou ensinar um aluno hoje, mesmo sendo uma enfermeira assistencial, é assim que eu vou ensinar e assim que eu aprendi. [...] os enfermeiros conseguem crescer porque tem alguém ensinando e tanto de um lado quanto do outro porque os enfermeiros também ensinam os professores, então a assistência também está ensinando os professores que não estão na assistência [...] (EA9).

O fato de a prática ser fundamental para alimentar a teoria e vice-versa reforça a historização do PE no cenário do HCPA. Ambos foram e são fundamentais na criação da identidade profissional da enfermagem e institucional para o hospital. A visibilidade alcançada reflete essa complementação dos serviços, em que cada um é responsável por aquilo que lhe compete.

Os dados corroboram o pensamento de Freire (2011) que afirma que quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém. Ensinar inexistente sem aprender e vice-versa. Nessa linha de pensamento, o estudo de Brehmer, Ramos (2014) afirma que as contribuições e os benefícios são ou devem ser para ambas as instituições, ensino e serviço, e ainda que para os trabalhadores a aproximação com a academia possibilita a educação permanente e o frequente intercâmbio de conhecimentos, em que as estratégias de reorientação da formação também representam uma oportunidade para melhorias estruturais nas instituições e refletem na qualidade da assistência.

Sob a luz do interacionismo simbólico, também encontramos aderência com o tema integração ensino-serviço. Para Blumer (1980), os universos acessíveis aos seres humanos e seus grupos compõem-se de objetos e estes são o produto da interação simbólica. O objeto é

tudo que for passível de ser indicado, evidenciado ou referido. A maneira pela qual se vê o objeto determina o seu significado e este pode possuir diferentes significados para diferentes pessoas. O significado dos objetos para cada um é gerado a partir da maneira pela qual lhe é definido por outras pessoas com quem interagem. Assim sendo, o PE pode ser observado como um objeto que possibilita a interação entre a Escola de Enfermagem e o hospital, entre professores, estudantes e profissionais, entre o hospital e a comunidade externa, ou seja, faz a interação e inter-relação entre os segmentos do prisma envolvidos.

A integração ensino-serviço no cenário desta pesquisa está presente em diversas modalidades de formação, envolvendo a graduação, residência, mestrado e doutorado:

[...] eu vejo que no hospital de clínicas por ser um hospital universitário, um hospital escola, esse processo de formação também se dá na via acadêmica, no dia a dia com os professores na instituição e também com acadêmicos (E10).
[...] tem agregado também na formação do residente multiprofissional a questão do PE (EG3).

O HCPA, por ser um hospital ensino, tem responsabilidades que perpassam a formação basilar, nesse sentido os hospitais de ensino configuram-se como um lócus para o desenvolvimento de ações de EPS de forma articulada com as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (BRASIL, 2004).

Para o MS, por meio da Portaria interministerial n. 285 de 24 de março de 2015, o Programa de certificação de Hospitais de Ensino define que estes devem servir de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde, evidenciando que para a certificação considera os movimentos de integração ensino-serviço. Para a mesma portaria, integração ensino-serviço, é considerado o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores (BRASIL, 2015).

Em estudo realizado que objetivou analisar o conhecimento de profissionais da saúde de hospitais de ensino a respeito da PNEPS, os resultados apontam que a EPS é um recurso estratégico importante para a gestão do trabalho e da educação aos profissionais do setor saúde e um indicador de qualidade das instituições. Reforça que o investimento político nessa estratégia é fruto de processos articulados de gestão participativa e busca de tecnologias educacionais, reconhecendo a importância do aprender a ser e fazer continuamente, como sujeitos proativos na conquista da melhor qualidade de atenção à saúde à população (FERRAZ et al., 2012).

A integração ensino-serviço no HCPA congrega atividades da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão que fortalecem essa relação, qualificam a prática assistencial, servem de incentivo para a qualificação profissional dos servidores e qualificam a formação dos estudantes da graduação e pós-graduação. Esse contexto da integração ensino-serviço faz-se presente nas associações que os participantes fazem nas falas ao utilizarem as palavras “*associar*”, “*atrelado*”, “*aproximação*” e “*dissociar*”, revelando que as práticas assistenciais, de ensino, pesquisa e extensão não são realizadas de forma isolada. Considera-se essa associação como uma oportunidade de ampliar e qualificar a atuação prática e a formação, pois quando se tem a integração ensino-serviço apoiada por políticas indutoras do MS e da Educação é possível qualificar o cuidado:

[...] **associar** a pesquisa, assistência e o ensino (EG2).

[...] estar numa instituição onde se tem isso muito forte, o ensino e a pesquisa **atrelados** com a assistência. [...] inserção no grupo de pesquisa forte que hoje trabalha essa linha de pesquisa atrelada com a prática clínica e com o ensino (EG3).

Atualmente tem vários enfermeiros do serviço com trabalhos de pesquisa em andamento, com questões de pesquisa que nasceram da prática e que a escola está junto com eles para fazer a condução desse projeto. Então muitas vezes os enfermeiros procuram estar no serviço justamente para tentar buscar um pouco dessa **aproximação** com a academia, eles enxergam isso muito forte. [...] se incentiva muito os enfermeiros da unidade a participar de eventos, de congresso, de tema livre, de sugerir ele pra mesas de serem bancas de TCC [...] fazer uma participação num congresso [...]. É tudo muito misturado ensino assistência, pesquisa é muito misturado, é tudo muito ligado, não consigo **dissociar** (EE5).

De acordo com a PNEPS, o MS tem a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde e de desenvolver a cientificidade e tecnologia, para isso propõe que os serviços de EPS induzam processos de transformação das práticas de saúde e de educação dos profissionais de saúde, envolvendo a atenção, gestão e controle social, por meio do ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, é possível afirmar que o conhecimento que vem sendo produzido por parte dos segmentos do prisma corrobora com Davini (2009) que destaca que é possível aprender muito com os indivíduos familiarizados com os contextos reais da prática.

Oportunamente, essa relação da integração ensino-serviço estimula os protagonistas a ampliar seus conhecimentos sobre o PE, há uma troca qualificada expressa pelas referências “*integração*”, “*estimular*”, “*sentar junto*” e “*ligação*”. Essas referências podem significar que a formação em serviço se fortalece com a presença dos professores da escola de

enfermagem, que estimulam o grupo de enfermeiros a avançar em outros campos que não se restrinjam apenas ao cuidado direto ao paciente, a exemplo da participação em eventos, ministrar palestras e publicação de manuscritos. Essa ligação incita por meio do ensino, pesquisa e assistência à curiosidade e ambição dos enfermeiros em ampliar os seus conhecimentos. Os enfermeiros são provocados para que o desconhecido se torne atrativo e familiar, esculpido através da arte da formação em serviço:

[...] eu cresci tanto e aprendi tanto sobre processo de enfermagem muito em função disso, porque a **integração** da universidade com o hospital eu acredito que qualifica mais nosso trabalho. As professoras, elas conseguem ter uma visão ampla sobre o processo de enfermagem e estimular o grupo a participar e ter essa visão. Muito em função disso que eu aprendi [...] (EA8).

Também fui muito estimulada, no sentido de quando tivesse alguma palestra, por exemplo, me **estimular** pra dar essa palestra, **senta junto** comigo, olhar minha palestra, discutir, então eu acho que tudo isso faz parte do nosso aprendizado, eu acho que isso é ensino em serviço (EA8).

Tinha colegas que não sabiam manusear, não sabiam trabalhar com a NIC e com a NOC e aprenderam, então agora o grupo já sabe, porque dentro deste processo de formação, de ensino, de pesquisa que é trabalhado, tem uma **ligação** e as professora participando disso (EA8).

Os dados acima revelam que o modelo de formação em serviço foi capaz de consolidar alguns processos, não somente de desenvolvimento da autonomia dos enfermeiros, mas do trabalho em equipe, multiprofissional, em que todos são sujeitos, produtores de conhecimento, independente da posição que ocupam no segmento em que representam o prisma. Destaca-se a relevância que os participantes deram às ações educativas como fator para a consolidação do PE.

Esse cenário revela o quanto a educação é potente para os processo de transformação, como nos aponta o educador Paulo Freire ao dizer que ensinar exige a convicção de que a mudança é possível, em que o papel no mundo não é só o de constatar o que ocorre, mas também o de intervir como sujeito de ocorrência (FREIRE, 2011). Dessa forma, a integração ensino-serviço se caracteriza como um agente de mudança na formação em serviço garantindo a aprendizagem significativa dos envolvidos nesse processo.

Outro destaque foi dado à formação na graduação, na qual os acadêmicos são oportunizados a conviver com um serviço de referência, sugerindo que este os prepara para o mundo do trabalho com maior amplitude em relação ao instrumento de cuidado orientado pelo PE.

Na percepção dos enfermeiros, ter como campo de prática um hospital que utiliza um modelo de cuidado garante algumas vantagens e oportunidade de os estudantes de enfermagem, que realizam sua formação na UFRGS, tornarem-se referência para outros serviços. A formação associada à prática na graduação, representada pelas expressões “*ganho*”, “*crescimento*”, “*integrada*” e “*marcante*”, é uma característica dessa integração ensino-serviço:

Penso que os estudantes têm uma grande oportunidade de aprendizado, deles estarem num local de formação assim, para eles é com certeza um grande **ganho** para a vida futura e para os profissionais. É um aprendizado, um **crescimento**, um convívio porque no hospital a gente trabalha em equipe, tem muitas equipes de cuidados, equipes de profissionais [...]. A gente convive muito próximo com estudantes e isso é visto como normalidade de todos os setores (ECS10).

Pra mim isso é **marcante**, essa nossa integração entre o ensino e a prática, ou seja, poder usar os cargos [...] para poder melhorar o nosso ambiente de prática, que é onde é feita a formação dos alunos e não ter essa dissociação entre aquilo que é ensinado e aquilo que é feito na prática (EG2).

[...] a integração, ela é fundamental, acho que os alunos aprendem mais com isso porque eles veem os enfermeiros fazendo e quando eles veem bons enfermeiros fazendo, eles vão ter um exemplo legal (EA9).

Na medida em que os professores adentraram nas atividades do hospital, gradativamente se criou a cultura de hospital-escola e da integração ensino-serviço como um aspecto que gera qualidade para a assistência e para a formação dos estudantes e dos trabalhadores de enfermagem. Os novos trabalhadores, quando admitidos, são apresentados para as atividades assistenciais, de ensino e pesquisa como exercício da prática cotidiana já institucionalizada no HCPA. Isso significa que essa cultura está introjetada no processo de trabalho da enfermagem.

Os dados apontam que no contexto do hospital em estudo, as atividades de integração ensino-serviço são desenvolvidas na perspectiva da EPS e foram melhorando a partir das demandas e da realidade que emerge do próprio serviço. Essa afirmativa corrobora com estudo publicado que marca a mudança na lógica da formação em serviço para capacitar os profissionais do HCPA, no sentido de que as ações passaram a ser planejadas de modo mais participativo, ampliando os espaços de diálogos e com mais ênfase às necessidades referidas pelos trabalhadores (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Para além da integração ensino-serviço, o PE também se faz representar como elemento de integração intersetorial dos serviços existentes no HCPA. Quando um dos participantes metaforicamente lembra que o serviço faz um “*link*”, essa associação é reveladora do quanto a educação transcende os espaços do SEDE:

[...] porque o serviço de educação faz um **link** com todos, faz um link com a coordenação do GENf, administração central e Qualis que é o serviço de qualidade do hospital, com os serviços que atuam na assistência mais direta e ainda com comissões que são extremamente importantes para a gente fazer este conjunto que é por ex. a COPE, é a comissão de normas e rotinas, a comissão de infecção (EG1).

Nesse sentido, apreendemos um nível de abstração que implica em compartilhar as tecnologias do cuidado que foram implementadas, principalmente com a certificação pela JCI, em que os diferentes cenários do hospital desfrutam dos benefícios dessa intersetorialidade. Essa ideia nos remete a um eixo norteador que qualifica o cuidado, interpretado como os elementos que contribuíram para a acreditação pela JCI, suturada pela interação entre os setores e serviços. A integração e intersetorialidade configuram-se como um dos elementos para o sucesso do PE, assim como um mosaico em que as inúmeras peças de diferentes tamanhos e materiais necessitam de uma liga para aderir e fixar a arte. O PE requer elementos que proporcionem essa ligação entre os setores e serviços para agregar valor à metodologia de cuidado institucionalizada.

Ainda sobre a relação interdisciplinar e intersetorial, esta ganha destaque na organização das redes de atenção à saúde, onde a organização e planejamento da assistência perpassam o hospital na lógica de que a integralidade do cuidado é possível de ser efetuada por meio das redes. Se o cuidado requer essa organização, a formação precisa ser pautada nos mesmos princípios.

[...] a gente precisa aprender a trabalhar de forma interdisciplinar, a questão da articulação com a rede também para fazer essa referência e contrarreferência dos pacientes. A gente tem um programa da residência que é o PTS que é o projeto terapêutico singular que a gente trabalha, é o momento que a gente consegue fazer essa articulação com a rede, que é acompanhar todos os pacientes, identificar quais são as necessidades, não só as biológicas, mas as sociais, psicossociais e estar trabalhando isso com os outros serviços, com os outros profissionais e fazer esse encaminhamento do paciente de volta para sua cidade, na origem de onde que ele veio para onde vai retornar (EE6).

O cenário em que se desenvolve essa integração da intersetorialidade nasceu da organização proposta pela PNEPS, no sentido de que o serviço deve propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais que orientem as necessidades de formação e de desenvolvimento, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

Quando falamos de intersetorialidade, reportamo-nos à articulação entre sujeitos com diferentes poderes, saberes e experiências com vistas a enfrentar problemas complexos. Pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do

conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população visando atender às necessidades e expectativas das comunidades e grupos populacionais (FEUERWERKWR; COSTA, 2000; WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Para fortalecer a institucionalização e fomentar a manutenção do PE, bem como os movimentos de formação para o mesmo, o HCPA conta com a COPE. Relembrando, a COPE tem por objetivo coordenar a implementação, atualização e avaliação do PE; produzir e divulgar conhecimento sobre as etapas do PE e sistemas de classificação de linguagem padronizada; e desenvolver atividades em busca do aperfeiçoamento das etapas do PE e a capacitação dos profissionais que utilizam esse modelo. Ainda, desenvolve atividades que atendam aos padrões de qualidade e segurança do paciente, melhorando, assim, os registros de enfermagem (HCPA, 2013; ALMEIDA et al., 2011). Logo, a COPE tem uma responsabilidade singular no que tange à articulação entre os diversos cenários do HCPA, metaforicamente falando, a COPE é a principal responsável em dar a liga entre os elementos que compõem o mosaico chamado HCPA no que tange ao PE:

[...] deu pra perceber que tem a questão bem forte da COPE que tem várias ações, atividades que acabam impulsionando, levando estratégias para o serviço (EE6).

[...] a COPE é um serviço muito interessante porque tem interface com quase tudo dentro do hospital (EG3).

Considerando esse cenário, as atividades são realizadas pelos profissionais para melhorar o cuidado e buscar qualidade e segurança para o paciente. Os termos “*fomentando*”, “*interesse*” e “*instigando*” significam que os movimentos para a consolidação e manutenção do PE se tornaram possíveis, muito pela motivação dos segmentos que integram essa história, seja o ensino representado pelos professores e estudantes, o serviço e gestão representados pelos enfermeiros assistenciais e gestores do HCPA, respectivamente, dentre outros envolvidos.

[...] tem que ter profissionais no grupo que estejam trazendo algo a mais não só fazer na prática por fazer, alguém que esteja sempre **fomentando** esse **interesse** por essa melhora nesse serviço, na qualidade, mostrando realmente o porquê de fazer a prática daquela forma, por que registrar daquela forma, tem que estar sempre **instigando**, nós temos a comissão que tem representantes de quase todas as áreas do hospital, já é uma estratégia do hospital trabalhar desta forma para que se esteja sempre em movimento, capacitação, treinamentos, averiguar auditorias de prontuário [...] (ECS10).

A motivação pode significar um grande desafio para a realidade dos serviços de saúde. No entanto, para a estrutura do HCPA, diversas são as ações educativas que impulsionam os

profissionais a fomentar e instigar a manutenção do PE, as quais serão mais bem aprofundadas e exploradas na categoria 3.

Para compreender o contexto da formação e de manutenção desse espírito integrador, faz-se necessário identificar como foram os primeiros contatos com o PE que ocorreram durante sua formação na graduação. Os dados revelam que esse período não às preparou suficientemente para cuidar a partir dessa metodologia e, efetivamente, o grande diferencial para compreender e aprofundar os conhecimentos quanto ao PE foi a aproximação com as atividades assistenciais desenvolvidas no HCPA:

[...] a minha vivência com o PE inicia na graduação, na UFRGS (EG2).

[...] começando com as necessidades humanas básicas e logo depois que me formei eu vim trabalhar no clínicas e aqui foi um dos lugares, um dos primeiros lugares que foi instituído (EG1).

Quando eu vim para o hospital de clínicas que eu tive um contato mais amplo, mais aberto com o processo e realmente eu estudei mais o processo de enfermagem e também a atuação na prática clínica, na prática diária de trabalhar com as etapas do processo de enfermagem (ECS10).

[...] vejo que verdadeiramente eu entendi os escritos de Wanda Horta quando eu vim trabalhar no hospital de clínicas (EG3).

Nesse contexto, chama atenção a expressão “*eu fui alfabetizada com o processo de enfermagem quando eu vim pro hospital de clínicas*”, em que a entrevistada associa o uso do processo com o processo de alfabetização na linha de pensamento de Paulo Freire que diz que aprender a ler não é só compreender o significado das palavras, mas, sim, o sentido delas no mundo. Esse mundo pode se representado pelas pessoas e pelos contextos e a consciência de mundo permite a ele apreender a realidade, inserindo-se em um contexto em que o sujeito não se adapte ao mundo, mas nele se insira (FREIRE, 2011). Assim, inserir-se criticamente no mundo permite alcançar atitudes críticas e criativas, traduzidas em ação. Aprende-se a ser crítico a partir do momento em que se percebe que aprender é necessário para a sua interação com a realidade, conquistada pela própria ação, em um movimento de reflexão crítico-criativa (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016). Metaforicamente, essa entrevistada reaprendeu a ler o mundo do cuidado a partir da sua inserção no HCPA e da necessidade de ser alfabetizada com o PE:

[...] o meu contato foi de fato no hospital de clínicas com o sistema informatizado que casualmente estava sendo implantado quando eu entrei em 2000, então **eu fui alfabetizada com o processo de enfermagem quando eu vim pro hospital de clínicas** (EE5).

Outra fala emblemática foi uma expressão associada ao movimento de “*resgatar*” o PE nas suas práticas assistenciais, mesmo que nada seja desconhecido, no entanto a relação teórica e prática e o entendimento em profundidade dessa metodologia de cuidado desabrocharam a partir da atuação na prática assistencial:

[...] com a minha vinda para o hospital de clínicas que fui **resgatar** essa questão do processo de enfermagem, das etapas do processo, avaliação do paciente, entrevista, anamnese, exame físico, a elaboração do diagnóstico, elege um diagnóstico vinculado a cuidado, fazer uma avaliação, descrever essa avaliação, então isso eu vim a fazer mesmo de novo e entender melhor como se dá isso na prática com o egresso no hospital (EA7).

Esses dados são reveladores da potência da formação quando se tem a relação teoria e prática estabelecida. A aproximação teórica da prática facilita a aprendizagem instigando o estudante e o profissional a refletir sobre o seu próprio fazer para recriar e transformar os saberes em práticas de cuidado e saúde.

Esse cenário corrobora o pensamento de Brehmer, Ramos (2014), ao afirmar que na perspectiva da integração ensino-serviço a inserção de estudantes em cenários reais do cuidado e do trabalho agrega sentido prático para os conhecimentos teóricos. O serviço torna-se uma fonte de compreensão do conhecimento teórico a partir da prática assistencial e reforça a necessidade de ser ter atividades de integração ensino-serviço:

[...] quando eu vim para o hospital, aqui esse modelo já era melhor definido e reconhecido nas suas etapas e aí eu só agreguei mais conhecimento em relação a isso e pude executar com mais conhecimento e com maior reconhecimento institucional (EG3).

Nesse contexto, o SEDE e a COPE, em seus diversos movimentos, representam esse espaço para fomentar a formação em serviço, significando que esses movimentos permitem a interlocução entre os pares para que os profissionais aprimorem seus conhecimentos e transformem as suas práticas de cuidado em saúde, movimentos que mostraram-se essenciais para se cultivar a cultura da acreditação hospitalar pela JCI:

[...] desde que entrei na UFRGS eu sempre tive uma participação, uma interação com o grupo que discutia, que na época era GTDE e depois passou a ser COPE (EG3).

[...] eu **aprendi muito** com as outras colegas, com os estudos clínicos, desenvolvendo pesquisas, fazendo palestras, eu aprendi muito com as nossas discussões no grupo. As discussões que são feitas **dentro do grupo** são fundamentais para que a gente possa aprimorar a assistência aqui dentro do

hospital de uma forma geral e para que a gente possa trabalhar todas as etapas do processo de enfermagem (EA8).

A continuidade da formação pode ocorrer no próprio serviço, as referências “*aprendi muito*” e “*dentro do grupo*” significam que o serviço tem a sua responsabilização na continuidade da formação e que os profissionais visualizam esse campo como uma oportunidade de ampliar e qualificar seus conhecimentos para a atenção à saúde, que vem ao encontro dos pressupostos da PNEPS.

Mediante esse contexto, entende-se que a formação envolve mudanças das estratégias de organização e do exercício da atenção oriundas da problematização da prática dos profissionais. As demandas para a educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, mas, sim, a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a integralidade e humanização e a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. São a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam. Vai muito além dos conhecimentos específicos que se ensinam em um curso ou oficina, e sim aponta para a mudança nas próprias organizações e seus respectivos contextos. O aprendizado individual significativo implica a padronização de comportamentos visando uma mudança institucional, assim a educação permanente em serviço não modifica “partes”, como poderia modificar os componentes de uma máquina, mas refere-se às instituições que, como tais, estão vinculadas a papéis e representações internalizadas de cada um dos envolvidos. É uma mudança conceitual e prática (DAVINI, 2009).

Os serviços de saúde assumem um papel importante na continuidade da formação, exigindo o comprometimento dos profissionais de enfermagem. Reitero que esse movimento reforçado pela palavra “*constante*” revela que há uma (co)responsabilização dos profissionais na busca pelo conhecimento consagrada pelas oportunidades fomentadas pelo próprio serviço e nos demais espaços de formação:

[...] a busca do conhecimento tem que ser **constante**. Não adiante querer implementar o PE com um grupo que não estuda (EG3).

A compreensão acadêmica do significado do processo de enfermagem eu consegui isso ao longo do tempo a melhora na qualidade dos registros (EA9).

Os dados indicam que para manter a qualidade da assistência faz-se necessário o aperfeiçoamento constante dos profissionais de enfermagem. Desse modo, o PE exige o conhecimento e habilidade em manusear as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC no cenário do HCPA.

O uso de taxonomias no cuidado de saúde denota conhecimento da disciplina e demonstra o quanto os profissionais estão familiarizados em relação a uma área de conhecimento, possibilitando a organização de fenômenos de modo a refletir sobre as mudanças na saúde nos processos e nos mecanismos que interessam aos profissionais. Ainda, fazer uso de linguagem padronizada de enfermagem possibilita descrever os julgamentos clínicos envolvidos em levantamentos de dados, DE, intervenções e resultados para a documentação dos cuidados de enfermagem (HERDMANN; KAMITSURU, 2015).

Os dados apontam que o avanço no conhecimento da enfermagem pode ser demonstrado pelas atitudes e pelo reflexo do cuidado prestado ao paciente, sua família e comunidade por meio da relação das etapas do PE com o pensamento crítico e o raciocínio clínico. As expressões “*empoderando*”, “*pensar*” e “*conhecer*” representam a cientificidade necessária para dar visibilidade e avançar no conhecimento reforçando as práticas e os cuidados que são próprios da enfermagem:

Agregou a possibilidade de fazer estudos clínicos usando a linguagem do enfermeiro e avançamos muito na pesquisa por causa disso, porque antes, apenas de fazer mestrado, doutorado, muitas vezes o que o enfermeiro desenvolvia era usando termos e práticas de uma outra disciplina e aí nosso conhecimento pouco avançou. O conhecimento da enfermagem verdadeiramente avançou quando a gente foi se **empoderando** daquilo que sempre foi nosso, mas que a gente nunca deu nome (EG3).

[...] o processo de enfermagem te ajuda a **pensar** as situações tanto na tua assistência como na pesquisa também (EE5).

[...] a questão de realmente **conhecer** os conceitos, por exemplo, dor, conceitos de oxigenação, nutrição, se eu não tenho esse conhecimento dos conceitos, se eu não entender o que é dor aguda, dor crônica eu não vou estar sabendo como intervir, ou se uma conduta não vai estar interferindo na outra (EE6).

A ampliação do conhecimento é oportunizada pelo ingresso dos estudantes na especialização, seja ela residência, mestrado ou doutorado, assim como na iniciação científica. As referências “*aprofundamento*”, “*entender*”, “*domínio*” e “*ascensão*” representam esse

momento na vida das entrevistas em que as oportunidades proporcionaram a elas aprofundar os seus conhecimentos, fazendo com que entendessem e dominassem os conteúdos referentes ao PE e ascendessem em sua carreira profissional:

[...] com a entrada no mestrado também me identifiquei muito com o **aprofundamento** do estudo das etapas e entender um pouco mais das classificações que existem para que se aplique na prática clínica o processo com linguagem padronizada (ECS10).

[...] aqui no clínicas e mais especificamente o tempo que eu participei da COPE e em função do doutorado, de fazer validação de diagnóstico, intervenções, resultados tu é obrigada a estudar isso e obrigada a **entender** o processo (ECS12).

[...] eu comecei com essa vivência por causa da bolsa (EE4).

[...] o primeiro contato com o processo de enfermagem vem desde a graduação, eu fui bolsista de projeto [...] e agora estou tendo um primeiro contato com a questão do processo de enfermagem informatizado aqui no hospital que é modelo (EE6).

Mas ao longo do caminho então é que eu fui buscar formação strictu senso, que eu fui me aprofundar na temática e que hoje tem um **domínio**, um entendimento muito melhor [...]. Então, o que eu vejo hoje em dia é uma **ascensão** minha por causa da busca de conhecimento de formação pessoal, profissional de emergir, buscar mais conhecimento para desenvolver junto com outras pessoas da minha profissão na unidade (EA7).

As demandas da prática direcionam as necessidades de avanço e de ampliar o conhecimento por meio da pesquisa. Nesse sentido, as pesquisas emergem do cotidiano do trabalho como necessidade para produzir e consumir conhecimento, valorizando as questões da prática assistencial para o aprendizado:

Atualmente tem vários enfermeiros do serviço com trabalhos de pesquisa em andamento, com questões de pesquisa que nasceram da prática e que nós estamos junto com eles para fazer a condução desse projeto (EE5).

[...] é fundamental nós estudarmos o processo de enfermagem e desenvolver pesquisas com o processo de enfermagem, isso também eu faço e fora do hospital eu dou aula em pós-graduação. [...] eu comecei a incorporar o processo de enfermagem na assistência, no ensino e na pesquisa foi um pouquinho depois, porque na época também eu era recém-formada, meu foco era outro, porém com o pós eu acabei incorporando o que eu aprendi na universidade para dentro do meu local de prática (EA8).

Freire (1996, p. 29), em sua obra “Pedagogia da Autonomia”, já defendia a ideia de que ensinar exige pesquisa. “Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo.

Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”, o que reforça a importância dessa relação para a formação acadêmica e em serviço.

6.2.2 Subcategoria 2.2: Construindo a trajetória profissional

Esta subcategoria contextualiza a trajetória dos profissionais experienciada na implantação e implementação do PE. Os códigos focais que representam os elementos que constituem o mosaico aqui denominado HCPA revelam os sentidos e significados desse processo, como indicado abaixo:

Harmonizando os caminhos para construir o mosaico

Este elemento apresenta a trajetória da produção do conhecimento sobre o PE, nos movimentos de ensino, quer seja ele na graduação, pós-graduação ou por meio de ações de educativas de educação permanente e continuada, constituindo assim as tesselas do cuidado.

Abrangeu os seguintes códigos:

- sensibilizando para o PE desde a graduação;
- implementando a educação permanente e continuada para os trabalhadores.

Preenchendo as superfícies do mosaico

Este elemento apresenta as estratégias que contribuíram para a manutenção da formação para o PE consolidando a integração ensino-serviço. Abrangeu o seguinte código:

- buscando a qualificação profissional pela Pós-Graduação.

Acompanhando a construção do mosaico

Este elemento apresenta os dispositivos que configuram a arte da formação acerca do PE, os aspectos facilitadores e suas fragilidades na construção do mosaico. Abrangeu os seguintes códigos:

- implementando o PE a partir da prática clínica;
- aspectos facilitadores da formação para o PE;
- identificando fragilidades no ensino do PE.

Na construção histórica da trajetória profissional dos enfermeiros para a implementação do PE como metodologia de cuidado, os dados revelam que as aulas teórico-

práticas e estágio nos serviços de referência qualificam a formação na graduação e repercutem diretamente no profissional que está sendo preparado para o modelo de cuidado e conseqüentemente para o mercado de trabalho. Os termos “*carreadores*” e “*levar*” expressam a representatividade dos estudantes após a formação:

Os acadêmicos são **carreadores** de informações novas, de começar isso na instituição e também de **levar** para outros lugares esse conhecimento e esse método de trabalho (ECS10).

Aquilo que eles aprendem na academia é aquilo que eles vão fazer na prática que é muito diferente em outros hospitais e em outras universidades (EG2).

Os estudantes são responsáveis por difundir esse método de trabalho e potencializar a atuação da enfermagem por meio do PE. O fato de eles visualizarem e experimentarem na prática um serviço organizado a partir do modelo de cuidado faz com que eles reproduzam essa experiência após a formação. Esse feito se deve muito pelas reflexões que acontecem nos espaços de integração ensino-serviço, característica marcante no HCPA.

Nesse cenário, para além da formação na graduação, a busca por atividades extracurriculares qualifica a formação dos graduandos em enfermagem. No HCPA e na UFRGS, são ofertadas diversas oportunidades de atividades extracurriculares que aproximam o estudante das atividades assistenciais, inclusive com bolsa remunerada. As expressões “*responsabilidade*” e “*reportar*” reforçam a organização desses serviços, em que o enfermeiro da unidade participa da formação dos estudantes com a interlocução do professor da universidade, característica de hospital de ensino. As expressões “*vivência*” e “*conhecimento*” representam esse contato do estudante com a prática assistencial e que traz reflexos positivos para a sua carreira profissional:

O aluno vem e a partir do quarto semestre ele pode fazer atividades complementares na unidade onde ele é supervisionado por enfermeiro e ele recebe uma bolsa para isso, mas tem um chefe de serviço, que é professor que também assume a **responsabilidade** por este aluno, qualquer problema na unidade esse chefe de serviço vai se **reportar** ao professor, [...] isso é bem forte, a formação eles tem (EG3).

Primeiro eu comecei com essa **vivência** por causa da bolsa. [...] eu acho que a bolsa de iniciação científica que me trouxe o **conhecimento** do processo de enfermagem, que eu uso no meu dia a dia no hospital, mas só por causa da bolsa (EE4).

O modelo de cuidado do HCPA permite ao enfermeiro ter autonomia sobre sua prática cuidadora, e essa aproximação do estudante com a prática propicia que o mesmo inicie a

construção da sua identidade e autonomia profissional desde a graduação. O PE possibilita ao profissional realizar o cuidado a partir de uma avaliação minuciosa, revelando que essa aproximação deixa o estudante desenvolver precocemente o pensamento crítico e o raciocínio clínico para o cuidado.

Essa afirmação é corroborada pelas palavras “*desenvolvem*”, “*convidado*” e “*inserido*”, considerando que no cenário da integração ensino-serviço o enfermeiro compreende que a formação é um processo contínuo, que se inicia na graduação e perpassa o serviço, conforme indicam as falas a seguir:

[...] mas no fazer o estágio aqui, eles **desenvolvem** o estágio na perspectiva do HCPA. [...] eles têm uma formação já com a forma que é o PE aqui, já com uma forma da educação que nós temos. [...] Antes de entrar no hospital eles fazem uma integração que nem o funcionário novo (EG1).

[...] o aluno não é barrado pra nada, ele é **convidado** a participar das tarefas, o aluno é muito **inserido** (EE5).

Para Davini (2009), as mudanças nos enfoques educativos na perspectiva da educação permanente vêm acontecendo desde meados da década de 70 com o reconhecimento do adulto como sujeito da educação e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além de ambientes escolares, ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais. No entanto, no Brasil, essa visão foi ampliada a partir da publicação da PNEPS e os movimentos nos serviços de saúde têm avançado consideravelmente.

A expressão “*inserido*” demonstra essa ampliação dos modelos de aprendizagem e nos leva a refletir sobre as preposições do educador Paulo Freire no que tange à educação bancária. Para o autor, uma atitude autoritária e opressiva conduz os educandos de forma que os mesmos fiquem limitados ao conhecimento que lhes é imposto, sem que haja diálogo, debate de opiniões, ideias, ou seja, o detentor do conhecimento deposita seus ensinamentos sobre seus educandos (FREIRE, 1987). Envolver os sujeitos, a partir da realidade vivenciada, possibilita a construção do conhecimento por meio do diálogo, tornando-o um ser consciente, crítico e reflexivo (FILHO et al., 2016).

Assim sendo, se a EPS for considerada na perspectiva da dialogicidade, a sala de aula é apenas uma parte do processo. Provocar uma mudança institucional requer a participação de todos os sujeitos (para o cenário do HCPA, a participação de todos os segmentos do prisma), no intuito de que esta promova a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado,

o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissolavelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas (DAVINI, 2009).

No contexto do HCPA, além da graduação, os profissionais têm a oportunidade de ampliar seus conhecimentos acerca do PE por meio de cursos de pós-graduação. Dessa forma, a instituição demonstra valorização dos profissionais que buscam continuar seus estudos, pois dispõe do plano de carreira, entendido como um grande impulsionador para a capacitação dos profissionais. Os dados revelam que há um número considerável de enfermeiros com mestrado, doutorado, mas que permanecem na assistência e isso repercute diretamente no cuidado prestado e na formação dos estudantes que desenvolvem atividades práticas, estágio, pesquisa e extensão no HCPA. Destaca-se a oportunidade da residência por possibilitar aos enfermeiros a continuidade da sua formação atrelada às atividades assistenciais:

[...] **satisfação** ao profissional enfermeiro claro que se teve que se construir isso a nível de gestão, o incentivo no plano de carreiras é uma recompensa financeira para quem faz o mestrado, especialização, com mestrado, doutorado, acho que 90% dos enfermeiros do hospital têm especialização, Além do incentivo financeiro, horas de trabalho que eles são dispensados para fazer isso, existe essa carga de trabalho grande da assistência, então eles têm um turno por semana que eles podem dedicar pra fazer isso, acho que isso é bom, uma **realização** para o enfermeiro [...]. Oportuniza para fazer o mestrado para ficar no hospital e tu vai ter um reconhecimento (EG2).

As expressões “*satisfação*” e “*realização*” revelam a percepção sobre o impacto que essa prática de incentivo produz nos profissionais. Se tivermos profissionais satisfeitos e realizados no serviço, os resultados geram melhoria na qualidade da assistência, maior autonomia para o cuidado e maior visibilidade à categoria. Esse sentimento de satisfação e realização corrobora com a ideia de que o PE exprime identidade à enfermagem e à instituição. Nesse sentido, Dubar (2012) afirma que além de aprender trabalhando para se ter um ofício que se ama ou que se aprende a amar, trabalhadores formados e felizes têm sempre melhores resultados que os não formados e infelizes.

Além do incentivo institucional, representados pela gestão, outros sujeitos do prisma motivam os enfermeiros a buscarem especialização por meio do mestrado e doutorado. Por exemplo, a inserção dos enfermeiros nos grupos de pesquisa da universidade e em atividades como avaliação de trabalhos de conclusão de curso, cursos de atualização, organização de eventos é uma prática comum no cenário do HCPA. A expressão “*pensamento de grupo*” sugere a existência dessa relação colaborativa, representa essa coletividade e ajuda mútua para o crescimento dos profissionais na busca da ampliação pelos conhecimentos.

[...] a gente tem esse **pensamento de grupo** de trazer os enfermeiros para se especializarem, para buscarem um mestrado, um doutorado (EE5).

Nesse contexto, as relações, interações e inter-relações entre a escola de enfermagem da UFRGS e o HCPA acontecem de forma dinâmica e dialógica favorecendo a manutenção da integração ensino-serviço, fortalecendo a formação acadêmica e a formação em serviço.

Os dados revelam que os enfermeiros buscaram se inserir em cursos que agregam e possibilitam o aprofundamento dos conhecimentos em áreas de especialização que supram as necessidades do próprio serviço e que atendam à especialidade de escolha do enfermeiro:

Nós fomos fazer algumas disciplinas na educação, para entender um pouco melhor (EG1).

A especialização proporciona ao enfermeiro refletir sobre o cuidado prestado nos serviços de saúde, amplia a visão sobre o campo da assistência, da gestão e da cientificidade da enfermagem. A pós-graduação amplia a capacidade de o profissional entender a enfermagem como ciência, pois o foco na graduação ainda centra-se no tecnicismo, embora as DCN tragam em seu documento a necessidade de formar enfermeiros com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificados para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capacitados a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotores da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a).

A expressão “*mergulha*” significa essa imersão do enfermeiro na pós-graduação de forma mais reflexiva e crítica. Faz os enfermeiros entenderem que a formação perpassa a universidade e adentra o serviço, circunstância perceptível no cenário do HCPA, onde a universidade e o serviço não se dissociam:

[...] a gente só vai obviamente entender melhor a enfermagem como ciência se **mergulha** nessa pós-graduação que faz tu lê, pensar, refletir, discutir, bate boca muitas vezes, mas a gente só vai conseguir entender realmente, porque na graduação isso passa batido, porque tu quer ser enfermeiro, puncionar, saber passar uma sonda, identificar sinais e sintomas de um infarto agudo do miocárdio, lê e interpretar um eletro com alterações grosseiras, tu se prepara tecnicamente para cair no mercado de trabalho [...] (EA7).

Os enfermeiros que cursam a pós-graduação passam por uma adaptação e transformação na maneira como percebem o cuidado de enfermagem e isso contribuiu na implementação do

hospital enquanto hospital de ensino, na integração ensino-serviço e na construção desse modelo de formação em serviço.

As expressões “*melhores*”, “*modelos*” e “*diferença*” sugerem que o fato de as enfermeiras continuarem estudando e se especializando foi outro aspecto que contribuiu para a construção da identidade profissional e institucional no HCPA, bem como que estes movimentos contribuíram para a estruturação e institucionalização do modelo de cuidado e impulsionaram o HCPA como referência nacional e internacional:

A gente tem um grande número de enfermeiros assistenciais que são mestres e doutores e isso faz muita **diferença**, e educação, é aquilo que eu estava te dizendo antes, os enfermeiros possuem uma outra posição, uma outra postura, um outro modo de se colocar, não tem como ser diferente, seja a formação que tu tiver, seja um mestrado acadêmico, seja um doutorado, não interessa, você vai ter uma outra postura (EA9).

[...] eu tenho colegas que estão na COPE ou estão fazendo outra coisa, mas elas estão integradas e elas estão envolvidas na educação e são enfermeiras **melhores** para cuidar dos pacientes e para ensinar os alunos, que no final das contas são os **modelos** que eles vão levar, de enfermeiros que continuaram estudando, o enfermeiro ele tem que almejar uma carreira, e isso faz toda uma diferença (EA9).

Essa organização institucional por meio da integração ensino-serviço contribui na formação acadêmica e no serviço. As expressões “*a partir da prática*” e “*vem da prática*” reforçam essa relação ensino-serviço, já mencionada, no sentido de que se aprende muito com a prática assistencial. O termo “*incorporando*” sugere que a formação em serviço para o PE acontece também por meio de ações educativas potencializadas a partir da prática assistencial, da integração ensino-serviço e da pesquisa:

Eu tenho mais essa questão com estagiários e com enfermeiros novos que a gente ensina como a gente faz o processo com os pacientes de ambulatório [...] então a gente ensina como faz a consulta, a configuração da consulta, que diagnóstico usa em determinados quadros específicos, característicos do setor (ECS12).

PE a gente o faz **a partir da prática**. [...] **vem da prática** a partir dos estudos clínicos as demandas e a gente vai **incorporando**. [...] **trazendo a prática pra discussão**, ali a gente está se reciclando e se educando todo mês, é um modo também de educação permanente (EG3).

[...] para a enfermagem trabalhar não tem como não identificar quais são os problemas e as necessidades daquele paciente, se eu não fizer isso não tem como realizar as intervenções, não tem como cuidar, eu preciso estar planejando intervenções que atendem às necessidades de saúde dele, é importante isso, a questão de construir essa base, de realizar anamnese, exame físico bem consolidado que vai nos dar esse subsídio de estar identificando ou não a necessidade do paciente (EE6).

É da prática que emerge a necessidade de ampliação, adaptação ou mudança no modelo de cuidar reforçado pela expressão “*trazendo a prática pra discussão*”. Esse pensamento é similar ao que propõe Davini (2009), quando diz que a educação permanente no serviço se converte em uma ferramenta dinamizadora da transformação institucional, facilita a compreensão, a valoração e a apropriação do modelo de atenção proposto, priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população.

Os dados revelam que no processo de formação para operacionalizar o PE existem aspectos facilitadores e fragilidades. Dentre os aspectos facilitadores emerge a integração ensino-serviço representada pelo termo “*incorporação*”, evidenciando que há resultados satisfatórios da formação em serviço na existência dessa integração e que repercutem diretamente na assistência prestada, conforme a fala abaixo:

Existe uma forma de ensino dentro da universidade, dentro da UFRGS e a **incorporação** disso onde a maior parte dos estágios são aqui no hospital e a comparação disso, fiz estágios fora, acaba tornando o ensino, o aprendizado diferenciado (EA8).

Tais achados são corroborados pelo pensamento de Davini (2009), ao afirmar que a EPS é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais. Há uma visão consciente da necessidade de enfoques educacionais inovadores e flexíveis com respeito aos enfoques que tradicionalmente são usados.

A expressão “*contentes*” reforça a ideia de satisfação perante os processos construídos com a graduação, pois percebe-se que há uma preferência dos enfermeiros do HCPA pela admissão de novos enfermeiros formados pela UFRGS, visto que entendem que o contato desses novos enfermeiros desde a graduação são aspectos facilitadores para a integração:

Quando os enfermeiros veem que é aluno da UFRGS eles já ficam **contentes** porque eles já entram aqui, eles passaram 2 anos da vida deles aqui e isso é a vantagem da integração docente assistencial (EG2).

Eu acho que deve ter alguma diferença, pela questão de onde que eu venho, qual a minha base, o que eu vivenciei na graduação, alguns profissionais vão ter vivenciado mais o processo ou não, vão ter participado de projetos, vão ter uma maior aproximação ou não com o processo de enfermagem. Aí você chega aqui no hospital de clínicas, tu tem um modelo, tu tem uma teoria que embasa esse processo de enfermagem, tem a questão de que o profissional é capacitado com o modelo do hospital, mas acho que deve ter fatores que influenciam ou

não, pela questão da formação, de onde que eu venho, qual a minha base sobre processo de enfermagem (EE6).

Contudo, acredita-se que a base para o cuidado por meio do PE se inicia na graduação, da vivência prática, da participação em projetos, da iniciação científica, e é fortalecida quando não há dicotomia entre o que se ensina e o que se pratica. Eis que, mais uma vez, fica evidente a importância da integração ensino-serviço para a formação de profissionais de enfermagem e da saúde.

Para Koerick et al., (2007), as questões voltadas à SAE e ao PE apresentam uma desarticulação entre o saber, o fazer e o legislar na enfermagem, um distanciamento entre a teoria e a prática e a necessidade de oportunidades de diálogos e de aproximações como forma de melhoria na assistência em saúde como um todo. Promover essa aproximação é uma estratégia ou caminho para mudar a realidade de muitos serviços e instituições formadoras, pois a SAE é uma forma de organizar o cuidado, bastante acreditada no discurso da enfermagem, mas que precisa manter-se atualizada, adequar-se à filosofia institucional, ser pensada a partir da prática, das disciplinas, dos sistemas e os sujeitos imbricados nesse processo devem estar cientes da complexidade das suas inter-relações.

No que tange às expectativas quanto à admissão de novos profissionais enfermeiros para o HCPA, a expressão “*amplitude*” sugere o desconhecimento dos enfermeiros recém-contratados, que não são formados pela UFRGS, em relação à extensão, proporção e significado do PE como metodologia de cuidado para os profissionais de enfermagem do hospital e para o próprio hospital. Ainda, os significados atribuídos às expressões “*perdidinhos*” e “*dificuldade*” revelam que os enfermeiros não formados pela UFRGS, em sua maioria, são contratados apresentando déficit em relação a esse conhecimento, seja porque não estudaram os conteúdos relacionados ao PE na universidade ou estudaram de forma parcial:

O enfermeiro que não vem da escola de enfermagem, ele não tem noção da **amplitude** do processo de enfermagem e de que forma isso é feito aqui dentro, tanto que eles vêm **perdidinhos**, eles nos dizem que eles têm muita **dificuldade** no início porque é diferente da forma como eles aprenderam, ou é diferente ou foi trabalhado muito pouco na universidade que eles fazem parte (EA8).

Essas colocações reforçam a ideia da necessidade da formação em serviço, principalmente porque o HCPA estruturou e institucionalizou o PE informatizado, com uso de linguagem padronizada e vislumbra a continuidade desse modelo de cuidado em todos os atendimentos realizados no hospital.

Dentre as fragilidades que emergiram, destacam-se aspectos que nos remetem ao papel das instituições formadoras de nível superior e nível técnico. Cabe reforçar o reconhecimento por parte dos profissionais sobre a responsabilização das escolas na formação dos estudantes e dos serviços de saúde como oportunidades de melhoria na qualidade do cuidado prestado, expressos nos termos “*ampliação*”, “*relevância*” e “*ser crítico*”:

Antigamente não tinha assim especificamente disciplinas sobre processo de enfermagem ou sobre sistemas de classificação, isso foi emergindo agora, com essa necessidade em função da **ampliação** que esse tema teve e da **relevância** que isso tem para a própria enfermagem. [...] o que falta às vezes na formação acadêmica é o aluno ser crítico, se posicionar frente a diversos assuntos, até o próprio processo de enfermagem, **ser crítico** quanto a ele, porque é a partir das críticas que emergem as questões que ainda precisam ser trabalhadas e aí que surgem as oportunidades de melhorias (EA7).

Outro destaque é a grande demanda de atividade laborais do SEDE e da COPE, de forma que as lacunas quanto à formação são evidenciadas pelo próprio serviço, mas necessitam de uma melhor organização estrutural dos representantes para “dar conta” das atividades. A expressão “*não temos pernas*” reforça a ideia de sobrecarga do serviço, assim como o termo “*automático*” sugere que muitas vezes as atividades são realizadas sem uma avaliação mais crítica e reflexiva, no sentido de atender às necessidades de saúde dos usuários na sua integralidade:

Não temos perna pra fazer tudo, o SEDE que é o serviço de enfermagem em educação tem as suas representantes junto aos serviços, tem suas representantes no próprio COPE, mas nós **não temos pernas** para poder passar todas essas capacitações para os pares (EA7).

O entendimento das representantes do serviço na COPE e na SEDE é de que as mesmas possuem uma (co)responsabilização na formação dos profissionais, de suma importância para a qualificação do cuidado, e corroboram com estudo publicado por Paschoal, Mantovani, Lacerda (2006), que apontam a necessidade de buscar a participação de todos os envolvidos nas questões educativas na enfermagem, sejam eles educadores, educandos, instituições, contextos sociais, políticos, econômicos e outros para que na relação de troca se alcance o desenvolvimento pessoal e profissional, na busca pela construção gradativa e concreta das mudanças em relação à educação permanente. Dessa forma, caracteriza-se como um processo que acontece sob a influência das interações com o indivíduo, com o grupo social, com o ambiente e a organização.

Essa metodologia de cuidado empregada demanda tempo na operacionalização das etapas do PE exigindo que o enfermeiro assistencial priorize as demandas. Outro movimento

marcante na construção da trajetória profissional foi a implementação de atividades de educação permanente e continuada para os trabalhadores. As expressões “*qualificação*” e “*oportunidade*” demonstram o reconhecimento dos profissionais com relação à preocupação do hospital em manter os profissionais qualificados para atender às demandas do serviço:

[...] a formação e a educação, a **qualificação** profissional ela continua, se tu fores ver a quantidade de enfermeiros que tem mestrado, que tem doutorado, alguns na área do processo (EG2).

[...] **oportunidade** que o hospital dá das pessoas estudarem. (EG2).

Entrou muita gente nova e não está acostumado com as rotinas da instituição, então quem elabora essas capacitações precisa inserir isso no contexto do processo de enfermagem e não ao contrário. (EA7).

O hospital, por meio do SEDE e da COPE, oferece atividade de formação e qualificação, em consonância com os pressupostos da PNEPS. De acordo com a PNEPS, cabe aos serviços identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004).

6.3 CATEGORIA 3: DESVELANDO A LIGA QUE UNE OS LADRILHOS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DO HCPA

Esta categoria revela a percepção dos integrantes do prisma, considerando a sua objetividade e subjetividade em relação aos elementos e dispositivos que compõem o modelo de formação do HCPA na perspectiva da integração ensino-serviço, que possibilitou o desenvolvimento do pensamento crítico, aqui representado pelas seguintes subcategorias:

3.1 Desvelando os elementos e dispositivos que compõem o modelo de formação do HCPA.

3.2 Estimulando o pensamento crítico para o cuidado de enfermagem.

3.3.1 Subcategoria 3.1: Desvelando os elementos e dispositivos que compõem o modelo de formação do HCPA

Esta subcategoria indica a partir da constituição dos elementos e dispositivos que compõem o modelo de formação do HCPA, aspectos relacionados à estruturação da formação

em serviço para o cuidado a partir das etapas do PE. Para fins de representação do mosaico, utilizarei os códigos focais como elementos, para revelar os sentidos e significados desse processo.

Conhecendo os sujeitos envolvidos na construção do mosaico

Este elemento apresenta os sujeitos representados pelo prisma da formação que contribuem para a manutenção do PE como método de cuidado. Abrangeu o seguinte código:

- envolvendo os sujeitos na formação para o Processo de Enfermagem.

Apresentando as tesselas que revestem o mosaico

Este elemento apresenta os elementos e dispositivos que contribuem com a manutenção do PE como metodologia de cuidado. Abrangeu os seguintes códigos:

- integrando o trabalhador novo;
- produzindo ações educativas para fortalecer o Processo de Enfermagem.

Início contextualizando a participação dos sujeitos que representam o prisma da formação nas ações de educação para a formação em serviço no que tange ao PE. Vendruscolo et al. (2016b) utiliza a representação da figura do prisma para ampliar a ideia do quadrilátero, pois ao usar a metáfora do prisma como um refletor de raios luminosos, a autora nos apresenta a ideia de que este se configura para além da configuração de apenas quatro segmentos.

Nessa linha de pensamento, os dados apontam que o envolvimento dos segmentos do prisma corrobora a ideia de que o PE dá identidade e autonomia ao enfermeiro na medida em que os sujeitos encontram-se imbricados neste processo, pois ao representar um segmento, carrega consigo outras identidades (professor, estudante, enfermeiro, gestor, usuário).

Nas unidades onde os gestores têm afinidade com o PE, é perceptível o entendimento e amplitude do significado dessa metodologia de cuidado para a equipe, assim como os resultados da assistência refletem qualidade e segurança quando o gestor dá sustentabilidade para que a formação em serviço aconteça, não é ensinar, mas dar condições para tal. Essa reflexão é reiterada pelas palavras “*suporte*”, “*melhorar*” e “*valoriza*” que demonstram esse apoio da gestão. Logo, é revelador a importância do apoio da gestão para a manutenção dessa metodologia de cuidado:

[...] eu vejo que à medida que eles (gestores) conhecem a sistemática de funcionamento do hospital e tendo esse processo de enfermagem implementado eles acabam transmitindo esse **suporte** e apoio de entendimento que as coisas

tenham que andar de uma maneira que tem que ter autonomia, que tem que ter implementado [...] (ECS10).

O papel da gestão é olhar para este processo, **melhorar** esse processo e organizar (EG2).

Tem pessoas chave dentro da gestão que têm uma visão política, acadêmica, que **valoriza** isso, valoriza esse método de trabalho do enfermeiro e entende que isso é trabalho científico do enfermeiro, que isso agrega conhecimento, que traz inovação para a própria enfermagem, que muitas vezes acaba emergindo temas de pesquisa ou necessidades de serem exploradas na prática clínica, então eu acho que é fundamental que o gestor tenha esse entendimento, que partindo dele, a gente consegue, de uma maneira bem prática, cobrar de quem está na ponta a realização do PE (EA7).

[...] existe o envolvimento da gestão do hospital, porque a gente já conseguiu mostrar que, com o processo de enfermagem, com a operacionalização do processo de enfermagem nos conseguimos avaliar melhor os nossos resultados e mostrar essa melhora (EA8).

Isto pode significar para a gestão que as ações educativas relacionadas ao PE, além de oportunizarem espaços de diálogo, também podem constituir momentos de formação dos profissionais de enfermagem vividos no próprio processo de trabalho.

Para a PNEPS, o segmento gestão tem por responsabilidade o envolvimento nas questões de planejamento de ações que assegurem a educação permanente dos trabalhadores do SUS, induzindo processos de transformação das práticas de saúde e assumindo o compromisso com a mudança (BRASIL, 2004; 2006).

Os dados apontam que o segmento gestão reconhece a importância do PE e sua responsabilidade na manutenção desse modelo de cuidado, bem como o reconhecimento do seu papel ao incluir no planejamento estratégico elementos que deem sustentação à manutenção para esse modelo. Para Mizoi (2005), nas organizações modernas, a gestão direciona parte dos investimentos ao desenvolvimento das competências dos profissionais por meio da educação e do treinamento, considerando o contexto de um ambiente de inovações e de mudanças para o alcance de melhores resultados.

Nesta pesquisa, os dados indicaram o investimento com a manutenção de um quadro de pessoal para o desenvolvimento das ações educativas, de apoio às estratégias de formação, da estrutura física e de material, a exemplo do serviço de informática, da estrutura da COPE e do SEDE.

Contudo, os dados apontaram que ocorrem algumas divergências entre os gestores dentro da mesma instituição. Destaca-se que, por vezes, o envolvimento dos gestores é deficitário e acaba repercutindo na prática assistencial. A expressão “*divergência*” pode ser considerada uma falha no sistema de gestão em uma questão mais ampla de entendimento do

que consiste o PE e suas interfaces com as diversas atividades desenvolvidas no HCPA. A expressão “*obrigatória*” representa essa divergência entre alguns gestores, no sentido de que o PE, mesmo tendo sido desenvolvido de forma institucionalizada, ainda há alguns gestores que não acreditam que este representa o processo de trabalho do enfermeiro. A expressão “*prioridade*” representa essa falta de envolvimento dos gestores e sugere que para estes a prioridade são os afazeres rotineiros, pautados no modelo de cuidado biomédico e tecnicista:

[...] mas eu vejo que há **divergência** entre áreas dos gestores conforme a linha, dependendo da linha de formação dele a gente vê a diferença no empenho, no próprio empenho de que o processo seja implementado e finalmente esteja da forma certa que não seja só um dever diário. Diverge entre gestores das áreas da enfermagem esse entendimento do que realmente é o processo e como deve ser feito e do próprio envolvimento no dia a dia. Claro que a gente percebe um padrão mínimo de suporte, de apoio, incentivo dos profissionais para que o processo seja contínuo de conhecimento, de embasamento científico, de embasamento teórico, para embasar a prática (ECS10).

O gestor da unidade, no meu caso, não se envolve muito, se se envolve é porque é uma demanda **obrigatória**, porque eu não vejo como uma **prioridade** na minha unidade ou no meu serviço o processo de enfermagem. Não vejo mesmo, estão envolvidos com outras coisas assistenciais e administrativas (ECS12).

No entanto, quando há um maior envolvimento dos gestores, os resultados tendem a ser mais satisfatórios. Os dados revelam que nas unidades onde o PE faz parte da trajetória profissional do gestor, e este acredita que os resultados direcionam para indicadores da qualidade assistencial, há um sentimento de satisfação demonstrado pelos profissionais, representado pelas palavras “*estimulando*”, “*empenho*” e “*envolvimento*”:

A participação das chefias acaba **estimulando** o grupo a participar, a chefe está junto, aprende também (EA8).

Então eu vejo que o **empenho** e **envolvimento** é maior em áreas em que o gestor tem uma trajetória voltada nessa área mais relacionada com o processo (ECS10).

Se a equipe é estimulada, os resultados predispõem-se a ser mais promissores, se há um envolvimento do gestor, há uma propensão da equipe em seguir o seu líder.

No que tange às questões de ensino e formação, por vezes a gestão deixa as responsabilidades a critério da COPE, nesse sentido significa que a COPE tem autonomia para desenvolver as atividades de acordo com as demandas que emergem do próprio serviço, percebidas como um aspecto positivo pelos profissionais e confirmadas no momento da validação dos resultados. A COPE é entendida como referência na formação em serviço acerca

do PE, embora conte com o apoio e participação do SEDE e da escola de enfermagem da UFRGS.

Nesse contexto, os dados revelam que o HCPA segue um modelo de cogestão, uma vez que há um envolvimento de todos os profissionais para a manutenção do PE. Em estudo realizado em 2009 que buscou analisar como vem ocorrendo a implantação da SAE no serviço de saúde hospitalar do Brasil, os resultados apontaram que nas instituições estudadas foram utilizados diferentes modelos de gestão que exercem influência no processo de implantação/implementação da SAE. No entanto, observou-se que o método de cogestão proporciona comprometimento e responsabilização de toda a equipe na elaboração e implementação de uma metodologia de assistência sistematizada, porém tem sido utilizada com menos frequência. O modelo de cogestão gera mudanças significativas no modo de agir dos sujeitos, proporcionando participação de todos os profissionais, acarretando transformações das práticas em saúde (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

No que diz respeito ao envolvimento da Associação dos Enfermeiros do HCPA (AE/HCPA), os dados apontam que há pouca visibilidade da associação nas questões relacionadas à formação para o PE. Os termos “*responsabilidade*” e “*obrigação*” evidenciam que a AE/HCPA não se envolve em questões relacionadas à formação para o PE. O termo “*bem longe*” dá a conotação de que não há uma aproximação com as questões relacionadas ao PE e que não há interesse por parte da AE/HCPA em ter esse envolvimento, deixando a cargo dos demais segmentos que representam o prisma:

A associação não tem esse papel de se envolver em formação, ela não tem essa **responsabilidade**, ela representa os enfermeiros em relação aos direitos que os enfermeiros têm as reivindicações, as necessidades, a escuta dos problemas e representa os enfermeiros nas instâncias que tiver que representar. A associação não tem um papel na formação do enfermeiro, no processo de enfermagem, tem uma comissão científica que trabalha com os enfermeiros diversas questões, mas não tem uma responsabilidade de ensinar processo de enfermagem para enfermeiros, é responsabilidade de que está na assistência e ensino, professores e enfermeiros, no seu dia a dia, na associação não tem essa **obrigação** (ECS12).

[...] a associação tem uma postura e uma posição muito política de defender direitos dos enfermeiros e cobrar deverem obviamente. A associação está muito, no sentido de aproximar com o processo de enfermagem, **bem longe**, tipo, ah, a associação apoia o processo de enfermagem, não, isso nem se discute em reuniões de associação, entre associados, as pessoas que vão lá, frequentam, não se discute o processo de enfermagem (EA7).

As falas acima nos levam a refletir sobre qual é o nível de envolvimento do controle social e sua (co)responsabilização nas atividades de enfermagem enquanto representantes de um segmento previsto nas diretrizes da PNEPS.

Na configuração do prisma, por serem enfermeiros que representam a AE/HCPA, estes estão indiretamente implicados no processo de formação. Contudo, o PE está presente nas reflexões sobre o processo de trabalho dos enfermeiros, não só aqui representados pelo controle social, mas também pelo segmento da assistência, visto que é visto por estes como um obstáculo no enfrentamento das demandas do dia a dia:

Na associação se tem refletido muito sobre o quão o processo de enfermagem também representa, apesar de ser parte do trabalho da enfermagem no contexto em que ele está inserido, no modo como ele está posto hoje ele te tira tempo no cuidado de enfermagem, ele é uma parte do cuidado, mas a gente tem uma demanda muito grande, pacientes muito graves (EA9).

As expressões “*que exige tempo*”, “*exige dedicação*” e “*sobrecarga*” representam os empecilhos vislumbrados pelos enfermeiros, em que as demandas do dia a dia são agrupadas e a responsabilização desse excesso é direcionada para o PE. Os dados revelam que não há um entendimento, por parte de alguns enfermeiros da AE/HCPA, de que o PE representa a organização do processo de trabalho inerente à profissão, atribuindo ao PE um peso de atividade burocrática, principalmente relacionada ao tempo “gasto” com o registro no sistema informatizado.:

Eventualmente vai tratar essa questão como uma demanda que os enfermeiros precisam trabalhar junto à coordenação ou alguma entidade superior, mas normalmente o que vem é essa questão de qualidade de vida no trabalho onde o processo de enfermagem está inserido como uma demanda importante **que exige tempo, exige dedicação** e como outras demandas importantes (ECS12).

Em relação à associação, o processo de enfermagem é uma coisa que é desenvolvida naturalmente pelo enfermeiro, mas em discussões, quando se fala em sobrecarga de trabalho, em dimensionamento e pessoal, o processo de enfermagem sempre aparece, sempre não sei, mas normalmente aparece como uma exigência que nos custa bastante tempo, dedicação e isso torna o trabalho, a gente se sente mais **sobrecarregada** e às vezes até um pouco frustrada porque não consegue fazer do jeito que aprendeu que tinha que ser feito (ECS12).

Entendo que a atribuição do significado do PE como metodologia de cuidado/trabalho deve partir da valorização no interior de cada enfermeiro que representa a AE/HCPA, da relação e da identidade que ele tem com o seu trabalho.

Nessa linha de pensamento, Merhy e Franco (2009) trazem o trabalho como atividades organizadas uma com as outras, o trabalho de um se organiza junto com o outro e a forma como ele se organiza serve para entendermos a sociedade em que vivemos. Mexe com a forma de pensar e agir no mundo e o trabalho configura-se como um espaço de formação. Os autores denominam o trabalho como trabalho vivo e trabalho morto; nesse contexto, o

trabalho vivo em ato determina a produção do cuidado através das interações com o cenário, com o tempo, com as tecnologias visando à produção social do ser humano.

No entanto, há um entendimento da entrevistada EA7 que o PE sustenta as discussões acerca das dificuldades com relação às demandas do serviço e sobrecarga dos profissionais, apresenta-se como coadjuvante para a discussão das 30 horas. Nesse sentido, o PE pode justificar e dar sustentação à aprovação do projeto de Lei 2.295/2000 que dispõe sobre a jornada de trabalho dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de 40 para 30 horas semanais:

O que talvez venha a aparecer como categoria, como coadjuvante, coator é o processo de enfermagem para justificar ou dar sustentação para as 30 horas (EA7).

A enfermagem brasileira vem lutando há 16 anos pela aprovação do Projeto de Lei 2298/2000, defendendo que a profissão requer um agir profissional seguro e de qualidade para os cuidados prestados. O fato de a enfermagem ter enorme participação nas ações de saúde deve servir como forte motivo para sua valorização, para a defesa de condições de trabalho diretamente associada à responsabilidade dessa profissão, considerando que a população deve ser atendida por profissionais competentes e saudáveis (PIRES et al., 2010).

No que diz respeito ao envolvimento dos professores, urge a necessidade da formação destes para que, depois de apropriarem-se dos conteúdos que envolvem o PE, possam ser multiplicadores nas universidades e nos serviços de saúde. O envolvimento dos professores nas atividades da prática os faz apreender para replicar esses conhecimentos, o que pode ser elucidado pela fala a seguir:

[...] vai ter professores que acreditam, que sabem muito a respeito do tema e que vão ensinar muito, os que não acreditam, os que não ensinam e os que não fazem, mas também que não vão dar contra e os que não ensinam, não fazem e dão contra(EA9).

Considerando a educação problematizadora, a formação para o PE acontece a partir do que o professor pensa sobre o PE segundo as relações produzidas nos campos de prática e nas experiências de ensino-aprendizagem com os sujeitos do prisma. Nesse sentido, a formação para o PE requer pensar os processos formativos, as questões metodológicas e didáticas, o agir pedagógico em saúde que responda a essa particularidade que é ensinar o PE.

Nessa linha de pensamento, a educação problematizadora vem ao encontro da formação para o PE no sentido de atender às demandas que esse processo impõe no contexto dos sujeitos, da instituição, da integração ensino-serviço. Para Freire (2016), a educação

problematizadora responde à essência do ser da consciência, que é a sua intencionalidade, serve a liberdade, toma corpo, realiza a superação, afirma a dialogicidade e se faz dialógica.

No caso do HCPA, os dados revelam as aproximações e se materializam em alguns pressupostos preconizados por Freire, como a intencionalidade e a dialogicidade propostas nas ações educativas desenvolvidas, por exemplo, as rodadas de conversa, os estudos clínicos, fortalecidos pelo apoio da gestão para que sejam efetivos.

Nesse contexto, os princípios da concepção de educação nos aproximam da concepção problematizadora proposta por Freire e corroborada por Souza et al. (2016) em uma reflexão em que os conhecimentos pautados na dialogicidade deixam de ter cunho especialista, superando a hegemonia tradicional para passar a escutar o outro em uma relação de ensino e aprendizagem em que todos aprendem. Os autores ainda afirmam que é por meio da práxis, da reflexão sobre a ação e a crítica que o mundo se transforma e as pessoas são transformadas.

Com todo esse investimento por parte de alguns segmentos do prisma e considerando que o PE tem uma história de 42 anos, com diversos movimentos e discussões acerca do modelo de cuidado, os dados revelam que, ainda, para alguns profissionais, não está claro o que é o PE. Embora haja uma forte relação com as taxonomias e o uso de linguagem padronizada, aqui representada pela expressão “*discutem muito as questões assistenciais, da prática diária, mas não diretamente na questão do processo*”, os enfermeiros não relacionam o PE com o cuidado, perpetuam uma prática pautada no modelo biomédico e tecnicista:

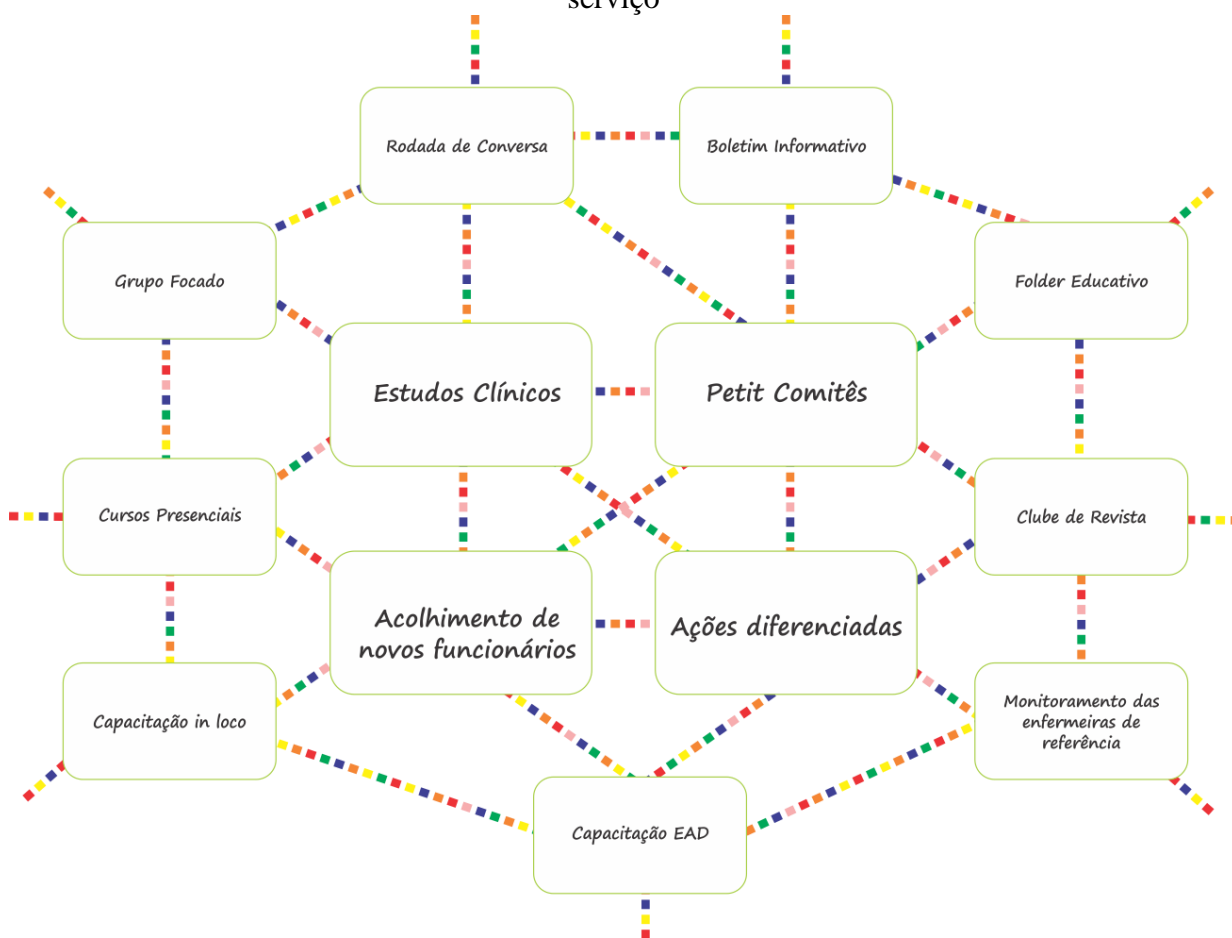
Eu vejo que eles (enfermeiros) estão muito envolvidos nas causas da associação, também causas políticas, muito mais nesse foco político e no próprio foco assistencial, acredito que **discutem muito as questões assistenciais, da prática diária, mas não diretamente na questão do processo** (ECS10).

A fala acima se mostra emblemática, no sentido de que reforça as múltiplas identidades presentes no cenário do HCPA. Como revelado anteriormente, existe enfermeiros e professores que incorporaram o PE como modelo de cuidado e de formação, mas também há aqueles que ainda não incorporaram, mas que se sensibilizam, assim como os que não acreditam e fazem movimentos de resistência para o desenvolvimento do PE. Essas múltiplas identidades se mantêm nesse cenário por meio das ações educativas. Embora alguns não acreditem nesse modelo, a manutenção dessas ações se mostrou essencial para configurar a identidade dos enfermeiros e elevar o HCPA ao posto de hospital referência em nível nacional e internacional. Os dados sugerem que a participação dos segmentos do prisma nas ações educacionais desenvolvidas desponta de forma passiva, ativa e interativa, visto que fica

evidente a participação (com maior ou menor envolvimento) dos profissionais nos diferentes movimentos e cenários da formação em serviços e que serão descritos na sequência.

As ações educativas foram anunciadas em diversos momentos e estão representadas na Figura 14:

Figura 14 – Diagrama das ações educativas que constituem o modelo de formação em serviço



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Início falando da admissão de novos trabalhadores, pois uma das preocupações do HCPA centra-se na sustentação de um quadro de profissionais favorável e de qualidade para a manutenção dessa metodologia de cuidado. Na admissão de novos trabalhadores, estes passam por uma integração inicial entendida como uma estratégia para se adaptar à instituição na qual o PE é abordado como metodologia de cuidado institucionalizada no HCPA, que se mantém em um processo contínuo com ações de formação promovidas pelo próprio serviço. A referência “*dá condições*” expressa sentimento de acolhimento ao novo trabalhador, em que ele aprende no e com o próprio serviço:

[...] tem toda uma integração institucional. [...] o PE que corre junto, a cada assunto a gente vai inserindo o diagnóstico, os cuidados o POP (EG1).

Tem um sistema de integração para os novos funcionários muito bem organizado, onde o novo funcionário a primeira semana praticamente ele passa recebendo informações a respeito de tudo da instituição, aonde o PE é um capítulo que ele recebe informações e capacitação (EG3).

O hospital de clínicas **dá condições** para logo que as pessoas de fora entram elas passem por uma capacitação do processo de enfermagem, as pessoas que não conhecem o sistema, como é que faz o diagnóstico, os enfermeiros **aprendem muito em serviço**, são orientados, os colegas ensinam a maneira que tem que fazer a nota de admissão, de transferência, os dados importantes que devem estar ali, o que é que se costuma registrar (EE5).

O fato de o profissional recém-formado não conhecer em profundidade a metodologia de cuidado institucionalizada no HCPA não o impede de ser admitido, pois há um entendimento de que o hospital atua como um mediador na formação por meio das diversas ações educacionais apresentadas nesta subcategoria, corroborada pela expressão “*aprendem muito em serviço*”. A integração é realizada para toda a equipe e tem a participação da gestão no acolhimento desses novos trabalhadores.

Cabe à COPE a organização de atividade educativa que norteia a operacionalização do PE no HCPA, a participação ativa na capacitação dos enfermeiros recém-admitidos, dos residentes da área de enfermagem e de acadêmicos da área de extensão, constituindo-se como uma das atribuições desse serviço (PRUINELLI et al., 2011).

Embora os dados revelem que há uma preferência (por parte dos enfermeiros da instituição) por contratação de enfermeiros egressos da UFRGS, o HCPA não faz objeção a enfermeiros formados por demais instituições. Os termos “*nivelar*” e “*empenhar*” representam que o apoio institucional na admissão de novos trabalhadores e no compromisso da continuidade da formação em serviço, atrelado ao esforço e dedicação dos enfermeiros não formados pela UFRGS, permite que estes possam se familiarizar com a metodologia de cuidado institucionalizada e desenvolver o PE com qualidade e segurança, baseado em evidência científica:

[...] contratado independente dele ser aluno da UFRGS (EG1).

[...] eu acredito que o profissional que não teve esse contato, ele buscando, ele consegue se **nivelar**, até porque a gente não tem nenhum profissional que posa dizer que ele trabalha no dia a dia no hospital sem desenvolver o processo. A pessoa se obriga a entrar naquele processo, naquela metodologia de trabalho muitas vezes de uma forma mais simplificada, ele tem que ter entendimento básico do que ele está fazendo porque o sistema informatizado ele direciona, é um facilitador nesse sentido eu acredito que para um profissional novo que está chegando, ele não tem que pensar como ele vai chegar lá desenvolvendo o processo, ele tem que conhecer as etapas que ele tem que **empenhar** ali no

sistema para atingir naquele momento o que é esperado dele como profissional daquela instituição (ECS10).

Essa inserção do novo trabalhador no mundo do HCPA se faz de forma contínua e com acompanhamento. Esse processo é conhecido como observação educativa, em que o servidor é acompanhado por enfermeiro da COPE e do SEDE e por colegas do setor onde foi alocado. A expressão “*suporte*” significa que o trabalhador contratado não fica desamparado durante o período de adaptação a essa estrutura do HCPA:

[...] **sentar no computador junto e orientar todo o processo.** [...] fica uma pessoa junto com o funcionário novo. Então a gente tem por exemplo uma ficha de acompanhamento do funcionário novo. [...] participar junto com o serviço com a chefia da unidade e o enfermeiro que está acompanhando ele lá na unidade no dia a dia. [...] o enfermeiro tem um acompanhamento da educação e da COPE (EG1).

Ele recebe uma integração setorial e depois ele tem um segundo momento onde ele tem um enfermeiro membro da COPE que senta com ele e que mostra todo o sistema informatizado e discute com ele o processo de enfermagem, claro que isso não basta, depois no dia a dia muitas dúvidas ocorrem e os enfermeiros da assistência estão aptos a estar inserindo esse colega (EG3).

A chefia da unidade, por exemplo, fez de tudo para que ela se sentisse bem, claro tinha uma enfermeira que ficava responsável por ela, que ensinava a mexer no sistema a como ir em busca dos diagnósticos, dos cuidados, então ela tinha um **suporte**, claro que se ela já fosse da instituição, já conhecesse antes o sistema teria sido muito mais fácil, mas acho que ter um bom recebimento e o pessoal ter paciência para isso (EE4).

Essas falas nos remetem a retomar os referenciais do interacionismo simbólico para compreender essa adaptação do novo trabalhador. Na interpretação de Blumer (1980), o homem deve possuir uma estrutura que se adapte à natureza da interação social, ou seja, o homem pode ser objeto de sua própria ação, basta colocar-se no lugar dos outros e considerar-se do ponto de vista dessa posição. Essa ideia é reforçada pela expressão “*sentar no computador junto e orientar todo o processo*”.

Como nos apontou Blumer (1980), o homem é objeto da sua própria ação, assim sendo o novo trabalhador cumpre com a obrigação de se capacitar, ou seja, ele reconhece a sua (co)responsabilidade pela sua formação e atualização. Neste estudo essa ação está representada pela obrigatoriedade de manter uma carga horária mínima de atualização e capacitação já nos primeiros meses de contratação:

A partir daí o funcionário novo tem 40 horas para serem desenvolvidas nos 3 primeiros meses (EG1).

Para dar conta desse desenvolvimento formativo dos profissionais, o SEDE mantém um planejamento estratégico de formação para o serviço que acontece anualmente, realizado por meio de matriz específica. Os termos “*define*” e “*particularidade*” sugerem a participação dos profissionais de enfermagem na construção dessa matriz de capacitação, em que cada setor apresenta as demandas de formação em serviço de acordo com a sua própria realidade:

[...] temos a matriz do GENf, então essa matriz de capacitação ela é anual e ela **define** quais as capacitações que todo GENf tem que fazer. [...] específica de cada serviço e às vezes cada serviço tem uma **particularidade**. [...] tem uma matriz de capacitação para todo funcionário novo (EG1).

Novamente, vislumbramos os pressupostos de Freire (2016), aqui identificados na liberdade de escolha pelos temas a serem trabalhados por meio de capacitações, treinamentos, ações educativas.

Nesse processo de formação em serviço, cabe destacar os estudos clínicos, que são revelados como a principal ação educativa instituída pelo HCPA, pois se consolidaram como uma atividade habitual. Os estudos clínicos se configuram como uma revisão de casos que visam ao conhecimento e ao debate sobre as diversas etapas do PE, com foco nos DE, buscando o exercício da acurácia diagnóstica (PRUINELLI et al., 2011).

Essa percepção é representada pelas expressões “*os enfermeiros discutem e atualizam os casos*” e “*os casos clínicos são uma oportunidade de trabalhar as capacitações*”, revelando-se como uma estratégia para estudar, aperfeiçoar-se, que envolve o serviço e o ensino, bem como toda a equipe e configura-se como uma oportunidade de incentivo à formação em serviço:

[...] estudos clínicos que são a forma como **os enfermeiros discutem e atualizam os casos** em cima do PE (EG2).

[...] os estudos clínicos que são momentos de educação continuada (E3).
tem os estudos clínicos que até eu participo que são mensais, acho que são estratégias bem importantes, que está ali para estar **estimulando** e impulsionando a enfermagem para realmente estar fazendo o processo de enfermagem (EE6).

Aqui no hospital a gente tem os estudos clínicos, eu acho fundamental porque é desenvolvido por um grupo de enfermeiros, agora recentemente em novembro nós fizemos o nosso e eu acho que foram 13 enfermeiros que organizaram e os técnicos vão nessas atividades, eles vão e em alguns estudos eles também participam do desenvolvimento. A gente tenta mobilizar o grupo para fazer parte, na verdade o grupo faz parte, fazer parte disso e acreditar no que é feito (EA8).

[...] **os casos clínicos são uma oportunidade de trabalhar as capacitações**, e são feitas capacitações (EA9).

A partir dos estudos clínicos surgem as oportunidades de modificações do sistema informatizado, alterações de conceitos que compõem os DE, inclusão e exclusão de cuidado de enfermagem, construção de definições para os fatores relacionados, dentre outros. No que tange à formação, é visto como uma oportunidade de aprofundar conhecimentos e compartilhar a experiência com outros profissionais, configurando-se como excelente estratégia de aprendizagem (PRUINELLI et al., 2011).

Para Lunney (2011), os estudos de caso oferecem oportunidade para utilizar o pensamento crítico e metacognição na aquisição de prática baseada em evidências, configurando um desafio aos profissionais e estudantes de enfermagem.

Para o HCPA, os estudos de caso foram incorporados como estudos clínicos, assim essa ação educativa vai ao encontro do que diz a literatura sobre a potencialidade dessas estratégias para a formação em serviço.

Os estudos clínicos são organizados mensalmente e fazem uma interação e inter-relação com o ensino e a pesquisa, envolvendo profissionais que atuam na assistência e na gestão, envolvendo o ensino em nível de graduação e pós-graduação, representado pelos professores, pesquisadores e estudantes:

Os enfermeiros da prática estudam questões relacionadas ao processo do que está sendo implementado, de sugestões de melhoria e o que mais se poderia fazer na prática em relação aquela área de trabalho. **Esse é com certeza um momento de muito crescimento e aprendizado. Todas as áreas se envolvem** e também o conhecimento do trabalho das diversas áreas, muitas vezes não tem contato, trabalha em área fechada, não tem contato com outras áreas nestes estudos clínicos tem a oportunidade de ver como é o trabalho dos colegas e muitas vezes entender porque os processos são feitos daquela forma no dia a dia e conseguem entender o acúmulo do seu trabalho diário ali naquele momento que vai tornando o seu trabalho, em casa, às vezes é um caso diferenciado, um caso raro e até se leva para a comissão muitas vezes, alterações no nosso sistema informatizado com relação a diagnósticos, cuidados, acréscimos de cuidados do dia a dia justamente porque se faz um estudo em relação ao processo de enfermagem, todas as etapas de uma forma completa como deveria ser, se desse inclusive resultados da avaliação com indicadores (ECS10).

[...] aqui a gente tem a residência multiprofissional integrada em saúde e os residentes eles também participam dos estudos clínicos (EG3).

Destacam-se as expressões “*esse é com certeza um momento de muito crescimento e aprendizado*” e “*todas as áreas se envolvem*”, e o quanto essa fala acima representa os pressupostos da EPS, da educação problematizadora, da aprendizagem significativa e o quanto esse modelo de formação e de cuidado desenvolvido é potente para o cenário da formação em saúde e em enfermagem. Nesse contexto, os estudos clínicos configuraram-se

em espaços de aprendizagem, em que os casos são preparados, compartilhados e discutidos por e com profissionais de enfermagem, gestores, professores, estudantes, abertos a comunidade externa, sendo constituídos em grupos que representam os setores ou clínicas com casos específicos.

Para Freire (2011), toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando aprende, outro que, aprendendo ensina, e que para construir o conhecimento, exige a existência de objetos, conteúdos a serem ensinados e aprendidos, envolve o uso de métodos, de técnicas, de materiais, implica em função de seu caráter diretivo, objetivos, sonhos, utopias, ideais. Para Cypriano; Marçal; Kempfer (2016), a prática educativa engloba afetividade, capacidade científica e domínio técnico que culmine com uma mudança social e vise obter resultados emancipadores com efetiva tomada de consciência acerca da realidade para decifrar a maneira de ser, pensar e agir para desvendar novas vias de pensamento e ação, ou seja, ensinar vai além da transmissão de conhecimento.

Nesse sentido, os estudos clínicos contribuem para a produção de saberes que são construídos a partir da prática assistencial por e no serviço, além disso, pode ser definido como um espaço de (des)ajustes e gestão do cuidado na implementação do PE. Dos estudos clínicos, define-se a necessidade de novas pesquisas, da manutenção, inclusão ou alteração de DE e da implementação de cuidados em um processo de consenso a partir das discussões desenvolvidas.

Outro movimento importante na formação em serviço e grande repercussão são os *petit comité* entendidos pelos entrevistados como a organização do serviço em pequenos grupos para capacitar e divulgar as atividades desenvolvidas no HCPA, bem como estudar e manter atualização sobre essa metodologia de cuidado. O *petit comité* contribuiu na implantação e implementação do PE e se mantém pela organização do próprio serviço através da COPE. A expressão “*fortaleça*” representa os significados atribuídos pelos enfermeiros na organização dessa ação educativa que vai para além de um pequeno grupo de estudo, contribuindo para o fortalecimento e identidade da enfermagem edificada por esse método de cuidado e divulgada em eventos científicos, publicações de resumos e artigos científicos, proposição de estudos clínicos, dentre outros:

[...] a gente tem esses *petits* comitês dos serviços, que são enfermeiros que não são da COPE, mas são enfermeiras que têm interesse no processo de enfermagem, na continuidade e fazer com que o processo de enfermagem se **fortaleça** entre os enfermeiros (EA7).

Aqui nós temos um *petit* comitê, que é um grupo pequeno e por isso *petit*, de enfermeiros, que estudam o processo de enfermagem, que desenvolvem, por exemplo, esses estudos clínicos, porém não é apenas essa atividade que a gente faz, a gente envia trabalhos para eventos, a gente discute casos clínicos (EA8).

[...] eu fiz parte do que a gente chama aqui no hospital de *petit* comitê no meu serviço, então eu fiz parte de várias comissões ajudei a implantar vários diagnósticos de enfermagem (EA9).

Os *petits comitês* são compostos por enfermeiros que representam cada uma das unidades dos diferentes serviços de enfermagem do HCPA. Esses enfermeiros participam das principais atividades que norteiam a operacionalização do PE, dentre elas administrativas/gerenciais, educativas, pesquisa e prática clínica (PRUINELLI et al., 2011).

Cabe destacar que outro movimento é o clube de revista, entendido como estratégia de formação em serviço, realizada quinzenalmente e que reúne profissionais da enfermagem interessados em estudar e discutir artigos científicos nacionais e internacionais de forma crítica. Os dados revelam que esta é uma oportunidade diferenciada de capacitar e estudar situações específicas que melhoram a prática da enfermagem e que trazem nas discussões e no seu contexto as etapas do PE e suas interfaces de forma subjetiva:

[...] a gente tem clube de revista que apesar de ele não ser voltado para o diagnósticos de enfermagem, mas ele traz coisas que melhoram a prática, que podem melhorar o exame físico do enfermeiro (EA9).

Essa ação educativa propõe um momento de discutir cientificamente a enfermagem configurando uma combinação de reflexão, teoria e prática, corroborando com publicação do HCPA (2016) na qual afirma que o objetivo do clube de revista centra-se na promoção do encontro de trabalho educativo em que se estuda e discute criticamente artigos científicos, destacando aspectos metodológicos da pesquisa e a pertinência do seu conteúdo para a prática da enfermagem.

Compondo as ações educativas, temos as capacitações por meio do Ensino a Distância (EAD) oferecido pelo SEDE aos trabalhadores do hospital, utilizando o ambiente virtual de aprendizagem – *moodle* – disponível no ambiente virtual do HCPA. A expressão “*resgatando*” nos leva a pensar que os temas que emergem do próprio serviço e que são discutidos nos cursos disponíveis em EAD são rememorados para manter em destaque a prática assistencial institucionalizada:

Tem EAD, o hospital trabalha muito o processo em EAD temas de cursos, então no decorrer do ano tem período que esses cursos ficam disponíveis no

sistema, cada profissional tem que fazer o que tem disponibilizado ali, de tempos em tempos também tem atualização desses cursos e então a gente consegue estar **resgatando** muitas questões da nossa prática ali nos cursos EAD (ECS10).

Com os treinamentos, com as capacitações, com os estudos clínicos, com o *feedback* diário para equipe, nós temos vários treinamentos também EAD, alguns tem relação com o processo de enfermagem (EA8).

Diante do exposto, percebemos que as ações educativas desenvolvidas vêm ao encontro de estudos publicados que defendem a inserção de estratégias de ensino na modalidade EAD nos serviços e programas de EPS, consideram um método inovador de ensino que proporciona a ampliação dos saberes profissionais, facilitando o desenvolvimento da aprendizagem, seja dentro ou fora da instituição de saúde (OLIVEIRA, 2007; SILVA et al., 2015). O ensino em EAD permite que haja troca de experiências que contribua para a construção do conhecimento, colaborando para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, configurando-se como um novo espaço de aprendizagem para a construção do conhecimento (SILVA et al., 2015). A EAD apresenta-se como uma possibilidade de democratização do saber e do fazer para profissionais da área de saúde na formação, configura-se como uma estratégia que auxilia na tomada de consciência promovendo avanços na área do conhecimento, gerando processos continuados de acesso à informação. A EAD tem impulsionando o crescimento dos profissionais, tornando efetiva, quanti-qualitativamente, a intervenção e levando à otimização da formação e na prática (OLIVEIRA, 2007).

Além dos cursos por EAD, outra modalidade são os cursos de capacitação presenciais específicos por áreas de atuação, por exemplo, de exame físico oferecido aos trabalhadores do hospital e de outras instituições. A palavra “*importantes*” caracteriza a valorização evidenciada pela oportunidade de capacitação e aprimoramento profissional disponibilizada aos profissionais:

[...] tem os cursos que são feitos, voltados para o exame físico, que são muito **importantes** (E9).

Nesse contexto, no intuito de produzir impactos positivos, no que tange à responsabilidade social e o compromisso com os servidores, e buscando com os demais serviços difundir o conhecimento, o HCPA mantém um Programa institucional de cursos e capacitação e aperfeiçoamento profissional (PICCAP) que tem como objetivo proporcionar cursos de capacitação na área da saúde aos profissionais que buscam ampliar sua formação, seus conhecimentos e habilidades, nas diversas áreas da atuação do HCPA. Para os alunos em formação acadêmica de diferentes instituições, o hospital mantém o Programa institucional de

curso de capacitação para alunos em formação (PICCAF), que visa proporcionar, em nível de graduação, a realização de atividades extracurriculares por meio de cursos de capacitação oferecidos pelos serviços e unidades do HCPA (HCPA, 2016).

Os cursos obedecem a uma dinâmica de acordo com as necessidades do serviço e da disponibilidade de organização dos trabalhadores para a formação; outro movimento são as capacitações *in loco*, ou seja, fazer a formação em serviço, diretamente nas unidades, no setor do colaborador, em pequenos grupos e com foco nas temáticas em questão para aquele momento com temas que emergem do próprio serviço. O termo “*focais*” representa essa articulação em pequenos grupos com situações contextuais específicas e delimitadas:

Capacitar em pequenos grupos *in loco* questões mais **focais**, do que a própria comissão do processo de enfermagem que toma uma outra frente em relação, mais na parte de registros, de qualificação, da segurança do paciente, o SEDE trabalha muito com a segurança do paciente, com a sistematização do processo também, mas eu vejo que na parte de registros fica mais para comissão do processo (E10).

Cabe destacar que esses pequenos grupos, *in loco*, são uma oportunidade de ratificar a importância da qualificação dos profissionais quanto ao registro das atividades no prontuário do paciente. As questões que envolvem o registro de enfermagem foram abordadas com maior profundidade na categoria 1, onde os dados apontam que o *feedback* em relação aos registros efetuados pode ser considerado uma ação educativa, pois os sujeitos envolvidos discutem a qualidade desse registro a partir da prática clínica, do seu próprio registro ou dos colegas do mesmo setor ou unidades do hospital.

Considerando que as atividades desenvolvidas no HCPA são compartilhadas com a comunidade interna e externa por meio das ações educativas, compreende-se que esse espaço configura-se como uma oportunidade de divulgar as ações desenvolvidas, além de produzir aprendizado com outras realidades, demonstrando uma oportunidade de reflexão. Outro destaque é a participação em eventos científicos, organizados pelo próprio hospital que mantém uma agenda de eventos ou por demais instituições organizadoras nacionais e internacionais. Os termos “*mostra*” e “*riqueza*” podem significar a riqueza dos conteúdos e o elevado nível dos eventos científicos em que os profissionais compartilham seus saberes:

As próprias discussões internas e a gente tem apresentado muitos trabalhos, os enfermeiros fazem pôster [...]. A cada discussão ou a cada apresentação de algum trabalho, a gente tem a semana de enfermagem que é um momento que se **mostra** os trabalhos, tu vê a **riqueza** de trabalhos do hospital e que tem a ver com o processo, tem coisas muito legais que estão sendo feitas. Quando tem a semana científica, quando tem a semana de enfermagem a gente vê a riqueza

dos trabalhos que estão sendo feitos, assim as pessoas estão estudando acerca do tema (EA9).

A participação em eventos são iniciativas de aprendizagem e de produção do conhecimento oriundas do cotidiano do trabalho que podem provocar reflexões, inquietações, acomodações e desacomodações que influenciam na qualidade da assistência prestada e no rigor científico pensado para o cuidado de enfermagem, modificando os processos na atuação dos profissionais de enfermagem.

Outra evidência são as enfermeiras de referência nas unidades, as quais são capacitadas para serem referência para demais servidores, para o ensino e para outros serviços. O termo “*fideliza*” representa esse compromisso do enfermeiro, uma vez que este tem a responsabilidade de receber e acolher o novo trabalhador, os estudantes e professores que iniciam atividade teórico-prática e estágios, visitas externas para conhecer o hospital e a metodologia de cuidado orientada pelo PE, estabelecendo laços profissionais, de acolhimento e vínculo:

[...] temos sempre enfermeiras referência das equipes (EG1).

[...] a nossa representante do SEDE sempre pede reuniões, nossas reuniões de serviço com as nossas chefes para passar orientações. Essa coisa de ter unidades sob sua responsabilidade, eu acho que é ótimo porque daí **fideliza** e vai passando as orientações (EE5).

Eu tenho a enfermeira da unidade, do turno que me acompanha o tempo todo eu não fico sozinha na unidade, mas eu acabo realizando a assistência como enfermeira, acompanho todos os pacientes, faz avaliação, prescrição de enfermagem, evolução dos pacientes (EE6).

Muitas vezes eu acompanho enfermeiros que começam [...] eles sempre ficam acompanhando um enfermeiro num determinado período, até pra conhecer melhor a unidade, conhecer melhor as atividades que a gente desenvolve aqui e uma das coisas que eu acompanho é a anamnese e o exame físico do enfermeiro e como o enfermeiro registra essa anamnese e esse exame físico, ou mesmo o exame físico diário (EA8).

A partir do momento que houve a incorporação dos pressupostos da PNEPS no HCPA, as enfermeiras assistenciais passaram a ser consideradas pela instituição como facilitadoras dos processos de formação em serviço (enfermeiras de referência). E demandou das enfermeiras o desenvolvimento de habilidades para um trabalho mais dinâmico e participativo com as suas equipes de trabalho, com ênfase na abertura para a escuta, o compartilhamento dos saberes, a divisão do poder instituído e a possibilidade de coautorias no processo formativo. Nesse contexto, destacamos alguns desafios enfrentados por essas enfermeiras para atuar em uma perspectiva diferente do modo tradicional de educar no e para o trabalho em

saúde. Dentre os desafios, relativizar o valor do conhecimento técnico para a realização da “boa prática”, definir necessidades e planejar de forma participativa as ações educativas a serem implementadas, substituir o investimento na apropriação unilateral de saberes por metodologias inclusivas, atuar como facilitadora dos processos de aprendizagem e reconhecer o caráter dialógico da educação (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Destaca-se também a atuação das enfermeiras com Ação Diferenciada (AD) entendida como enfermeiras designadas à COPE para complementar a sua carga horária semanal com atribuições designadas por essa comissão (PRUINELLI et al., 2011). A ação diferenciada é uma modalidade de trabalho realizada pela enfermeira, em que a mesma assume outras atividades específicas – neste caso na COPE - em turno inverso do seu turno habitual, com carga horária que corresponde a seis horas semanais. Esse programa iniciou em 1996 e em sua grande maioria as atividades de AD estão voltadas às questões de formação em serviço para os profissionais, recepção a visitantes externos que desejam conhecer a operacionalização do PE, elaboração de boletim informativo, organização de material para discussão e estudo, participar das atividades de pesquisa na prática clínica, entre outros (PRUINELLI et al., 2011; LAURENT; DURANT; ABARNO, 2011).

A expressão “*eu vou amar*” sugere que as atividades desenvolvidas pela COPE requerem um escopo de enfermeiros com carga horária de AD que se identifique com as ações desenvolvidas e que possam contribuir significativamente com a comissão:

[...] temos uma coisa que não existe nos outros hospitais, a enfermeira de AD, de ações diferenciadas (EG1).

Vou te colocar nessa ação diferenciada, nessa AD para o GTDE, o que que tu acha? Eu disse báh... **eu vou amar**, porque eu adoro sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem. Então, aquilo foi um marco para mim porque eu aprendi muito com as outras colegas, com os estudos clínicos, desenvolvendo pesquisas, fazendo palestras, eu aprendi muito com as nossas discussões no grupo, que as discussões que são feitas dentro do grupo são fundamentais para que a gente possa aprimorar a assistência aqui no hospital de uma forma geral e para que se possa trabalhar todas as etapas do processo de enfermagem, a gente não ainda implantado aqui a NOC, mas acho que não vai demorar muito para isso acontecer, isso não significa que a gente não faça a etapa da reavaliação, com os resultados (EA8).

Considerando que a enfermeira de AD é uma referência para o serviço, pois atua com responsabilidade sobre a organização, estruturação e melhoria visando à qualificação da assistência, pode-se inferir que essa modalidade significa uma oportunidade de representar relevância da prática nos movimentos de formação em serviço. A AD é uma estratégia de ação educativa do HCPA, difícil de ser encontrada em outros serviços, pode-se dizer que essa

ação conjuntamente com as demais configurações como um protagonismo inovador para a formação em serviço.

Perante todas as ações desenvolvidas, aqui referidas, chama atenção uma situação especial revelada pelos enfermeiros. Destacou-se a necessidade de capacitação, educação continuada e permanente para os trabalhadores contratados há mais tempo pelo HCPA, e não somente aos recém-contratados, expressa pelas palavras “*reciclagem*” e “*atualizado*” como uma oportunidade de os profissionais se atualizarem:

É atualizar, mas tem que atualizar entendendo, tem que entender porque eu preciso desta informação (ECS11).

[...] precisa ter **reciclagem** de processo de enfermagem, a gente já falou e já mencionou isso várias vezes na COPE, que é aquelas capacitações que a gente dá inicialmente para o enfermeiro egresso precisa ter reciclagem para outros profissionais, precisa ter uma sistemática de reciclagem porque as coisas não são estanques hoje em dia, são muito dinâmicas e as coisas mudam muito (EA7).

É importante tu continuar **atualizado** porque tu percebe que os enfermeiros acabam deixando isso de lado e na nossa profissão isso é fundamental e a vida inteira você vai ter que estudar e eu acho que isso falta na enfermagem, entender que a vida inteira tu vai ter que estudar. Tem um número muito grande que recebe o diploma vai trabalhar e acha que nunca mais vai ter que estudar (EA9).

A formação para os trabalhadores contratados há mais tempo urge como uma necessidade no HCPA e que pode ser contemplada por meio dos diversos movimentos das ações educativas ofertadas, revelados pelas expressões “*valorizadas*”, “*respeitadas*” e “*elogiadas*” que reforçam a necessidade de participação efetiva de todos os profissionais de enfermagem. O envolvimento destes nas ações educativas e a combinação de uma ou mais ação educativa corroboram com a ideia de que o PE dá identidade profissional à enfermagem, bem como para a instituição HCPA:

Teve a participação de todo mundo, de enfermeiros, de técnicos, as pessoas se sentiram **valorizadas** porque as suas ideias foram **respeitadas**, foram **elogiadas**, isso eu acredito que é uma forma de fazer com que seja realizado o ensino do processo de enfermagem (EA8).

Os dados vêm ao encontro dos achados de Flores; Oliveira; Zocche (2016) realizados no mesmo hospital em que afirmam que as ações passaram a ser planejadas de modo mais participativo, ampliando os espaços de diálogo e dando maior ênfase às necessidades referidas pelos trabalhadores. As ações foram desenvolvidas de forma articulada com o trabalho a partir

da utilização da metodologia da problematização para orientar as capacitações em serviço para as equipes de enfermagem.

Para o educador Paulo Freire, ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção (FREIRE, 2011). Assim sendo, para construir o conhecimento, os sujeitos devem estar envolvidos nessa construção. A manutenção do PE muito se dá pelo envolvimento dos segmentos do prisma da formação, representado pelos profissionais de enfermagem, gestores, professores e estudantes – e de forma incipiente dos representantes da associação dos enfermeiros - nas ações educativas desenvolvidas para a formação em serviço, oriunda da integração ensino-serviço entre HCPA e escola de enfermagem da UFRGS, e que representa o que une os ladrilhos que constituem o mosaico chamado HCPA. Metaforicamente, podemos definir que as múltiplas ações educacionais constituem uma arte, a arte da formação em serviço do HCPA, assim como um mosaico, que se constitui dos diversos materiais moldados a partir da plasticidade destes.

Os dados apresentados nesta subcategoria revelaram que as ações educativas, embora sempre em movimento, corroboram para a continuidade da formação dos profissionais de enfermagem e de saúde, pautadas em um modelo de cuidado e de formação que prima pelo diálogo, pela escuta, pela interação, pelo acolhimento, pelo estabelecimento de vínculo, pela aprendizagem significativa e ainda na (co)gestão.

Novamente, podemos identificar os pressupostos do interacionismo simbólico e a influência da PNEPS na potencialização das ações educativas para os movimentos de fortalecimento de integração ensino-serviço, quer sejam elas ações individuais, coletivas, profissionais e multiprofissionais, que se assemelham aos escritos de Blumer (1980), ao entender que os grupos humanos são constituídos por seres humanos em ação. O agir compreende a infinidade de atividades que os indivíduos desempenham no decurso de toda a sua existência ao entrarem em contato uns com os outros e ao lidarem com as sucessivas situações que enfrentam.

6.3.2 Subcategoria 3.2: Estimulando o pensamento crítico para o cuidado de enfermagem

Esta subcategoria indica a partir da reflexão aspectos que instiguem a ampliação do pensamento crítico e do raciocínio clínico para o desenvolvimento e manutenção do PE em um cenário que proporcionou a reflexão sobre o modelo de cuidado adotado para o HCPA.

Para fins de representação do mosaico, serão utilizados os códigos focais como elementos para revelar os sentidos e significados desse processo.

Entendendo a cientificidade e complexidade do mosaico

Este elemento apresenta os caminhos/meios traçados pela cientificidade a fim de promover o pensamento crítico e o raciocínio clínico ao se definir o PE como instrumento do cuidado e ferramenta no processo de trabalho. Abrangeu o seguinte código:

- ampliando o pensamento crítico e o raciocínio clínico com o PE.

Assentando os artefatos que constituem o mosaico

Este elemento apresenta a acomodação dos diversos elementos na constituição da figura que determina a expressão artística para compor o modelo de cuidado do HCPA. Abrangeu o seguinte código:

- refletindo sobre o modelo de cuidado do HCPA.

Para que seja possível realizar o cuidado de forma integral, com eficiência e efetividade, é preciso que os profissionais de enfermagem avaliem o paciente de forma crítica e reflexiva. Isso é possível por meio do cuidado com base em evidência científica, de forma sistematizada, com vistas à integralidade do cuidado. O termo “*juízo*” nos leva a pensar que todo cuidado requer uma avaliação do contexto em profundidade. A valorização da enfermagem pode acontecer pelo fenômeno de realizar o cuidado de uma maneira mais científica, crítica e reflexiva.

O aluno vai se ver podendo aplicar tudo aquilo que ele aprendeu na graduação com outro escopo, ele vai ter que fazer esse raciocínio clínico e registrar a assistência de enfermagem e o PE (EG2).

[...] se eu executo um curativo eu tenho que descrever o curativo, eu tenho que fazer um **juízo** sobre aquela ferida, eu tenho que dizer o que vem depois, eu tenho que dizer com o que eu limpei a ferida e isso é fazer PE (EG3).

Com os alunos e bolsistas, a gente sempre faz todo um raciocínio baseado no processo, não tem como fugir disso e a gente fica muito de olho nos diagnósticos novos, então é muito pensado nisso, o raciocínio é pensado em cima do processo (EE5).

Nesse sentido, pensar criticamente é uma habilidade que o enfermeiro necessita desenvolver para aprimorar seu raciocínio clínico. O pensamento crítico é um processo essencial para o atendimento seguro, eficiente e hábil na implementação do processo de cuidado de enfermagem acurado, considerado uma dimensão da inteligência na enfermagem

necessária ao uso de elementos da prática de enfermagem, como o diagnóstico, a seleção de resultados e das intervenções adequadas (LUNNEY, 2011; PAPATHANASIOU et al., 2014; CROSSETTI et al., 2014).

Um dos elementos que permite esse julgamento de forma crítica e reflexiva consiste no uso de uma linguagem própria da enfermagem, assim o uso das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC, adotadas pelo HCPA, possibilitou a institucionalização do PE de forma científica. Os termos “*favorece*” e “*pensar*” representam a praticidade dos professores, estudantes e profissionais de enfermagem com o uso de linguagem padronizada e que pode ser entendida como um dispositivo de aprendizagem, já que exige pensar o cuidado com base em evidência científica, conforme elucidado nas falas abaixo:

Ensinar ficou muito mais fácil depois que a gente conseguiu organizar esse conhecimento com uma linguagem própria porque isso nos **favorece**, fazer o aluno **pensar** criticamente sobre uma situação no prisma do enfermeiro que tem competência pra tal e que não é coadjuvante, ele é protagonista (EG3).

[...] quando estou ali no dia a dia no hospital, olhando para o meu paciente eu já penso direto, eles precisa destes cuidados, esse aqui é o diagnóstico que ele precisa e eu já estou esperando tais resultados para esse paciente (EE4).

No cenário do HCPA, o uso das taxonomias NANDA-I, NIC E NOC contribuiu com a organização dos registros de enfermagem adotada a partir da definição pelo uso de uma linguagem própria da enfermagem, fato este que certamente contribuiu para a definição da identidade profissional do enfermeiro e institucional do HCPA.

As linguagens padronizadas de enfermagem representam uma enfermagem baseada em evidências, desenvolvidas por meio da pesquisa e que permitem inferir sobre a qualidade do atendimento, o qual exige do enfermeiro o uso do pensamento crítico para selecionar diagnósticos, resultados e intervenções (LUNNEY, 2011).

Para Pruinelli et al. (2011), o PE auxilia o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado ao paciente por ser considerado um método sistemático, cíclico, dinâmico e reflexivo, focado em resultados e baseado em evidências científicas.

Por se apresentar dessa forma, o PE requer o aprofundamento do conhecimento, pois se caracteriza como uma metodologia de cuidado complexa, que exige raciocínio clínico e pensamento crítico. Essa complexidade está representada pelo termo “*entender*” quando aponta o acesso à pós-graduação como uma oportunidade de melhor compreensão do PE imerso no contexto científico do cuidado:

O aprofundamento no mestrado com certeza também me fez **entender** melhor o processo, melhor principalmente a questão de não se tornar um fazer diário por fazer, de ter condições de julgar o que está implementando porque tu está implementando tudo com embasamento teórico para saber o porquê da implementação na prática (E10).

Diante dessa complexidade, as ações educativas configuram-se como peças que constituem o mosaico, em que cada ação representa uma tessela, um elemento, e o conjunto destes se complementam para moldar esse mosaico. Os elementos são adaptados a partir das relações, interações e interconexões entre os segmentos que representam o prisma da formação de forma dinâmica e dialógica.

A complexidade dos cuidados de saúde, nos cenários da prática de enfermagem, exige que os enfermeiros utilizem as dimensões do pensamento crítico, as habilidades comportamentais e afetivas para a implementação do PE. Pressupostos fundamentais para o ensino, pesquisa e assistência para formar pensadores com habilidades necessárias para o exercício de uma profissão humanística (CROSSETTI et al., 2014).

Se a complexidade requer raciocínio clínico, os dados revelam que a informatização e a formação universitária são elementos que corroboram para o raciocínio clínico. Por vezes, a informatização é considerada uma tecnologia colaborativa que agiliza o processo de trabalho do enfermeiro, no entanto exige raciocínio clínico para saber identificar o “*diagnóstico mais apropriado*” sugerindo que o nível de complexidade e exigência demandada pelo enfermeiro implica em implementar o cuidado de forma mais segura e com qualidade:

No início foi bem difícil a questão de estar trabalhando a questão do processo de enfermagem informatizado, porque as vezes acaba facilitando mais ou não porque ali você tem os diagnóstico, tem as intervenções, só que eu acho que a base, o principal para realmente dizer que vai implementar o processo, fazer o processo, não é chegar ali e selecionar as intervenções, os diagnóstico, está pronto, evoluído, prescrito o paciente, tem essa questão de ter uma base que é a coleta de dados, exame físico, histórico, uma coisa bem consolidada, as informações que vai nos permitir fazer esse raciocínio, identificar o **diagnóstico mais apropriado** ou não e quais são as necessidades de saúde deste paciente, quais os reais e quais de os riscos (EE6).

A informatização constitui-se em uma ferramenta de auxílio à agilidade e à qualidade do trabalho do enfermeiro, contudo cabe ressaltar que o uso de computadores e *softwares* não substitui o raciocínio clínico do enfermeiro, essencial para a realização de todas as etapas do PE (PRUINELLI et al., 2011).

Ainda, os termos “*reproduzir*” e “*reflexão*” revelam que, quando estimulados durante a formação universitária, o pensamento crítico e o raciocínio clínico provocam um diferencial

na formação do enfermeiro, uma vez que este se encontra imerso em um processo de reflexão sobre o cuidar:

Depende da formação do enfermeiro eu conheço enfermeiros muito crús em exame físico e anamnese, nem registro ele saber registrar, os da UFRGS não tem o problema de registrar, mas as vezes ainda falta a finesse de entender o que estão fazendo, não só **reproduzir**, ele reproduzem, eles precisam fazer **reflexão**, mas eles não tem isso e é importante, então o paciente fez isso, o risco é esse, tem que pensar assim, esse processo é um processo de reflexão, que as vezes muitos alunos não fizeram, outros são muito rápidos (EA9).

Desse modo, refletir é um ato inerente a cada indivíduo, uns pensam mais, outros menos, todavia, pretende-se que a reflexão induza o profissional a uma ação transformadora, fazendo-o refletir sobre o cuidado.

O envolvimento dos estudantes em cuidados de saúde dos pacientes configura-se como um processo de aprendizagem essencial e dá a estes a oportunidade para experimentar o raciocínio clínico e a prática de habilidades clínicas ao interagir com os pacientes. Os estudantes encontram pacientes em diferentes contextos ao longo da sua formação, permitindo desenvolver a reflexão crítica sobre diferentes aspectos e situações (MANNINEN et al., 2014).

Em estudo realizado por Cubas et al. (2015), os resultados apontam que o desenvolvimento de raciocínio clínico é considerado um desafio na enfermagem, pois os professores e estudantes compreendem que quando é oferecida ao estudante de enfermagem a possibilidade de coletar e interpretar os dados do paciente, utilizando o PE e uma padronização de linguagem, coloca-se em destaque a real necessidade do cuidado de enfermagem.

Nas palavras de Paulo Freire ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática, pois envolve o pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer (FREIRE, 2011). Metaforicamente, é possível melhorar a nossa prática com o cuidado, se pensarmos sobre o cuidado de forma crítica e reflexiva.

Considerando os apontamentos acima descritos, a metodologia de cuidado adotada pelo HCPA permite formar enfermeiros mais humanistas, críticos e reflexivos, motivados pela integração ensino-serviço que possibilita aos estudantes vislumbrar uma assistência sistematizada e baseada em evidência científica desde os primórdios da graduação. A formação universitária vinculada a um serviço de referência faz os estudantes refletirem sobre o cuidado prestado ao paciente, sua família e comunidade de forma mais acurada, repercutindo na qualidade da assistência para o serviço. Para Carvalho, Jesus e Bachion

(2010), o raciocínio clínico é empregado para explorar pistas apresentadas pelas unidades de cuidado em situações que envolvem o atendimento e explicitar a compreensão que o profissional tem da situação a partir de fatos relatados ou observados e queixas que constituem o conjunto de evidências clínicas.

Dessa forma, as etapas do PE estabelecem um cuidado a partir do raciocínio clínico, possibilitando a integralização do cuidado ao indivíduo, família, comunidade. Cabe ressaltar que o HCPA adotou a metodologia de cuidado orientada pelas cinco etapas do PE – anamnese e exame físico, DE, prescrição de enfermagem, implementação de intervenções e evolução da assistência de enfermagem – com base no referencial teórico de Wanda Horta, que é pautado na Teoria das NHBs, utilizando-se das taxonomias NANDA-I, NIC e que se encontra em fase de estudos para implementar a NOC (PRUINELLI et al., 2011).

Os termos “*orienta*” e “*nominar*” revelam que o PE orienta o cuidado e que o referencial teórico e o advento das taxonomias possibilitaram nominar esse cuidado por meio do uso de linguagens padronizadas da enfermagem, favorecendo a sistematização da assistência e a integralidade do cuidado. O uso das taxonomias exige dos profissionais o raciocínio e a evidência clínica para estabelecer o cuidado:

[...] eu tenho um diagnóstico, eu tenho a prescrição de enfermagem, e a prescrição de enfermagem, ela, vai ter determinados cuidados comum. E esses cuidados fazem com que a gente tenha que discutir, repensar o cuidado. [...] não tem como não trabalhar junto porque quem **orienta** toda a equipe de enfermagem para o cuidado é a partir da prescrição de enfermagem (EG1).

A partir do momento que a gente conseguiu **nominar** a nossa prática e estabelecer a nossa prática no tripé diagnóstico, intervenção e resultado a gente começou a evidenciar as evidências clínicas e a entender a evidência clínica como fazendo parte daquele cenário de cuidado (EG3).

Pode-se dizer que o raciocínio clínico é um processo mental complexo e dinâmico, que permite ao profissional expressar o julgamento em cada uma das dimensões, seja ela na identificação de situações que demandam atendimento de enfermagem, na seleção das intervenções ou nos resultados esperados, expressos por meio do uso de linguagem padronizada buscando o atendimento integral em saúde (CARVALHO; JESUS; BACHION, 2010).

Essa reflexão permite a prática da enfermagem com um cuidado direto ao paciente, aproxima o enfermeiro do paciente e das atividades a ele atribuídas. Os dados revelam que à beira do leito os profissionais de enfermagem podem se apropriar das necessidades do paciente de forma mais efetiva, orientando o cuidado com base em evidência científica.

[...] fazem o cuidado mais a beira do leito (EG1).

Hoje não aumentou o número de pacientes, mas tem que aumentar o número de enfermeiros para nós continuarmos fazendo o cuidado de enfermagem que implica em o enfermeiro prestar o cuidado direto, o enfermeiro fazer o processo de enfermagem, o enfermeiro fazer a gestão da equipe, essas 3 coisas para mim, é o cuidado direto, é a gestão da equipe, é o PE que é o registro deste cuidado direto são indissociáveis (EG2).

[...] você tem todas as profissões e é discutido a educação do paciente e do familiar no contexto do cuidado dele, não do enfermeiro, do cuidado do paciente das várias profissões (EG3).

Os termos “*resolver*” e “*estabelecer metas*” permitem pensar na perspectiva do PE, pois se levantamos problemas, pensamos em solucionar os mesmo e para isso estabelecemos metas, logo, estamos desenvolvendo o pensamento crítico. Para Roza (2005), o pensamento crítico é um processo, uma orientação da mente e inclui os domínios cognitivos e afetivos do raciocínio:

O processo de enfermagem é uma maneira de **resolver** problemas, levanta os dados que a pessoa diz, escutar as partes no caso família, paciente, observar dados subjetivos, interpretar aquilo que está vendo, é uma maneira de pensar, a partir do que tu interpretou e **estabelecer metas** para melhorar e você vai recheando se aquele teu plano deu certo (EE5).

Outro dispositivo que corrobora com o cuidado sistematizado centra-se no Procedimento Operacional Padrão (POP), pois na sequência lógica detalhada de uma determinada atividade permite incluir as etapas do PE como metodologia para orientar o cuidado:

[...] pegar cada POP nosso, numa das etapas o PE vai estar lá (EG1).

Os POPs fornecem diretrizes para sistematizar o cuidado, descreve em detalhes a maneira como uma atividade específica deve ser executada, definindo os padrões de aceitação objetivando garantir o resultado esperado (ADAMY et al., 2013).

Nesse sentido, o PE permeia todos os POP, permitindo cuidar do paciente nos diversos contextos da assistência, visto que se encontra intrinsecamente ligado a todas as atividades desenvolvidas no HCPA. Os termos “*permeia*”, “*integrado*” e “*diversos contextos*” representam essa articulação intersetorial e interdisciplinar e sugerem que quem faz essa articulação, o que une e sedimenta esse mosaico é a COPE com o apoio do SEDE e da escola de enfermagem:

[...] todas as atividades, aqui no hospital não tem como ser diferente, ele **permeia** todas as atividades (EG1).

[...] eu vejo que tudo isso está muito **integrado** aqui dentro do hospital de clínicas (EG2).

[...] o processo ele se presta para várias coisas, para assistir os pacientes em **diversos contextos** (EE5).

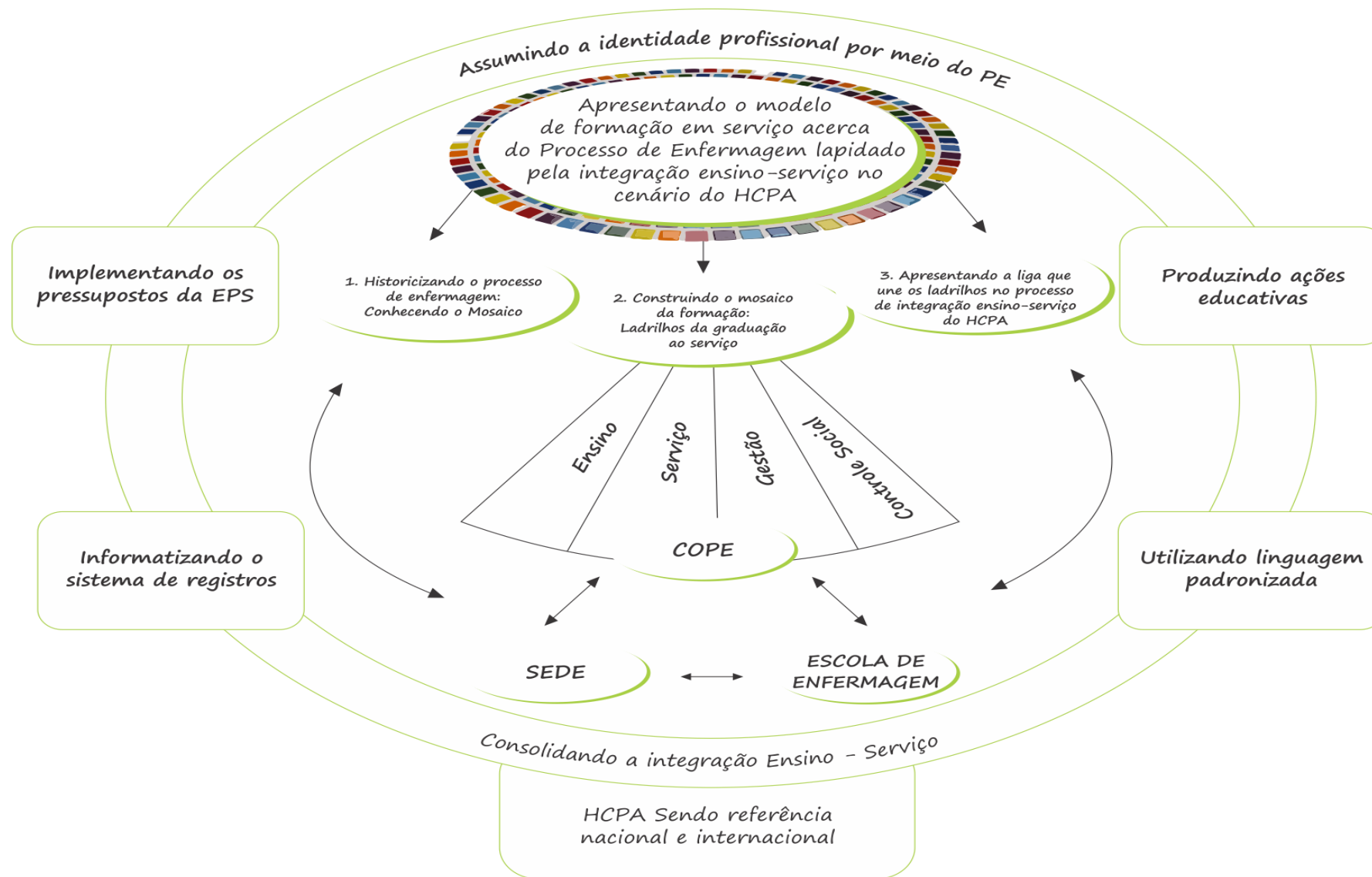
Por fim, retomamos a ideia de que o PE dá identidade ao profissional e à instituição, construída ao longo do tempo. Acreditamos que a compreensão da concepção de identidade se confere em uma relação de identidade para si e para o outro, reflexo da sua interação com os demais em um determinado contexto sociocultural, vivenciado em diferentes processos de socialização (TEODOSIO; PADILHA, 2016). Assim, a expressão “*olhar pro modelo*” reforça que o PE do HCPA é o modelo de cuidado que foi institucionalizado e que tornou o HCPA referência nacional e internacional:

[...] **olhar para o modelo** de cuidado que nós temos no hospital (EG2).

Esse modelo de cuidado é reforçado pelas ações educativas, contribuindo para o desvelamento do modelo de formação em serviço, consolidando a integração ensino-serviço e que corrobora com os escritos de Papathanasiou et al. (2014), que recomenda programas de educação de enfermagem para adotar atitudes que promovam o pensamento crítico e mobilizem as competências para o raciocínio crítico.

Finaliza-se apresentando a representação diagramática da articulação entre as categorias e o fenômeno, dos sujeitos, serviços e dispositivos envolvidos para apresentar o modelo de formação em serviço do HCPA:

Figura 15 – Diagrama do modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem lapidado pela integração ensino-serviço o cenário do HCPA



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

7 COMPLETANDO NOSSO MOSAICO: O MODELO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A trajetória foi prazerosa, cheia de emoções, criações, surpresas, criatividade e curiosidade para moldar o modelo de formação em serviço do HCPA. Nessa metáfora, que culminou no desvelamento do modelo de formação em serviço do HCPA, transitei em vários territórios, os quais foram sendo representados pelo prisma da formação e pelos cenários representados pela COPE, SEDE e Escola de Enfermagem.

Sendo assim, os múltiplos elementos que constituíram a arte do mosaico da formação do HCPA foram lapidados ao longo do tempo. As tesselas foram justapostas, modificadas, ajustadas, adaptadas, remodeladas... até encontrarmos a moldagem final deste modelo que emergiu da valorização prática, de gestão, da pesquisa, do ensino de cada sujeito que representa os segmentos do prisma da formação considerando os movimentos do passado, do presente com vistas ao futuro.

Na construção deste mosaico, elementos foram abordados para finalizar a tese, contudo os significados atribuídos pelos segmentos representantes do prisma não se esgotam, e novas tesselas vão sendo reveladas para serem futuramente investigadas dentro da temática em questão.

Nessa arte, o fenômeno **“Apresentando o Modelo de formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem lapidado pela Integração Ensino-Serviço no cenário do HCPA”** foi revelado a partir dos objetivos propostos.

Destaca-se neste estudo o valor de embasamento pedagógico neste processo de implementação do modelo, ainda que a *expertise* técnica seja imprescindível para o sucesso do PE, fica claro o quanto os referenciais teóricos foram importantes na consolidação do modelo de formação instituído no HCPA. Os resultados deste estudo revelaram que para o PE ter significância e ser efetivo nas suas etapas como metodologia de cuidado institucionalizada, ele precisou do fortalecimento por meio da aproximação entre a COPE, o SEDE e a Escola de Enfermagem da UFRGS. Não foram as condições técnicas operacionais unicamente que fortaleceram o PE. Somente a *expertise* da técnica não foi e não é suficiente para institucionalizar o PE, fez-se necessário o embasamento teórico, pedagógico para se efetivar, e se depositou nas ações educativas a grande responsabilidade para cimentar esse mosaico.

Nesse sentido, os diversos movimentos suturados entre COPE, SEDE e Escola de Enfermagem, representados pelos sujeitos que constituem os segmentos do Prisma da formação, possibilitaram aos enfermeiros a construção das múltiplas identidades profissionais,

adquirida ao longo do tempo. O PE se tornou um marcador para (re)definir a identidade profissional da enfermagem, esculpido pelo conhecimento técnico e científico da profissão.

Os caminhos traçados são pautados na cientificidade, em que o saber constitui-se no grande diferencial das enfermeiras do HCPA e que tem o apoio da gestão, dos professores e estudantes da escola de enfermagem e da AE/HCPA. O cuidado tem como base uma prática baseada em evidência científica, permeado pelo trabalho em equipe, em princípios democráticos por oportunizar o envolvimento de todos os segmentos do prisma (em maior ou menor intensidade, com destaque para a participação incipiente do controle social), lapidando os caminhos da identidade profissional do enfermeiro.

O PE não teria valor se as etapas fossem consideradas e realizadas isoladamente. O valor foi agregado a partir do momento em que a equipe de enfermagem assumiu o PE como metodologia de trabalho e buscou por meio dos dispositivos de formação em serviço a uniformidade de conceitos, o conhecimento dos profissionais, a atualização, o uso de novas tecnologias para o cuidado, a exemplo da informatização do PE, o uso de linguagem padronizada, a relação com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, a interconexão com a Escola de Enfermagem.

A implementação do PE com o uso de linguagem padronizada, utilizando-se de uma teoria, faz com que os profissionais reflitam sobre o cuidado prestado, gerando impactos e mudanças positivas para a segurança e qualidade no cuidado. Nesse cenário, o mosaico vai tomando forma e os efeitos obtidos são resultados dos movimentos, das ações educativas, da atuação dos sujeitos, da intersectorialidade, da integração ensino-serviço e que metaforicamente são adaptados para constituir o ladrilhamento da arte do mosaico da formação em serviço do HCPA. Os resultados dependem muito da atuação dos sujeitos, quer seja no ensino, no serviço, na gestão ou no controle social e dos resquícios que os mesmos carregam dos cenários onde já atuaram.

Ainda nessa contextualização histórica, o HCPA organizou os instrumentos de registro de enfermagem no sistema informatizado, de forma a integrar as etapas do PE, utilizando-se das linguagens padronizadas NANDA-I, NIC e NOC (essa última em fase de estudo), atendendo às exigências da avaliação para a acreditação internacional, a exemplo do instrumento que guia o enfermeiro para a avaliação inicial do paciente, o qual deve contemplar nos registros informações que subsidiem o cuidado de enfermagem e o cuidado multiprofissional. Isso demonstra os avanços tecnológicos de cuidado e educacionais que devem ser registrados e compartilhados com os demais hospitais e ambiente em que ocorrem os cuidados profissionais de enfermagem. Os resultados deste estudo devem contribuir e

servir de referência para os demais serviços de saúde, revelando uma prática profissional e de cuidado baseado em evidência científica, com base na utilização de linguagem padronizada e de forma sistematizada.

O PE tornou-se uma filosofia de trabalho do HCPA, houve vontade institucional das enfermeiras nas figuras que compõem o prisma da formação, principalmente da gestão e das professoras da Escola de Enfermagem. O PE tornou-se um fazer científico acreditado pela enfermagem do HCPA, pois os resultados revelaram que os enfermeiros não se enxergam mais sem o PE.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa evidenciam que o cuidado de enfermagem instituído pelas etapas do PE de forma sistematizada auxiliou na consolidação do modelo de formação em serviço do HCPA. Assim como um mosaico que foi lapidado historicamente e composto pela habilidade técnica de mostrar ao mundo a beleza da sua arte, metaforicamente o mosaico da formação em serviço do HCPA mostrou a sua essência na forma da organização institucional e do processo de trabalho da enfermagem.

Contudo, esse modelo de cuidado exigiu a formação dos profissionais que se inicia na graduação e transcende o serviço. Essa formação em serviço exigiu uma organização institucional conduzida pela equipe de enfermagem, representada pelo SEDE, de forma que fosse constante, desde a admissão dos trabalhadores e que mantém ações educativas ponderadas a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Essa característica ainda é incipiente no Brasil, de forma que as enfermeiras do HCPA são preparadas para atuarem com esse modelo de formação em serviço, envolvendo os elementos da aprendizagem significativa e da integração ensino-serviço mostrando a potência organizacional do HCPA.

Nesse sentido, podemos inferir que o principal elemento que contribuiu para dar visibilidade e autonomia aos enfermeiros do HCPA, resultando nessa identidade profissional e institucional organizada ao longo do tempo, tem como fator representativo a integração ensino-serviço.

Esse caminho trilhado no HCPA deixou para trás o modelo tradicional de cuidado (biomédico, tecnicista), centrando-se no cuidado pautado na integralidade (racional, reflexivo), assim como deixou para trás o modelo tradicional de formação em que a responsabilidade era exclusivamente da Universidade e das escolas formadoras, buscando atender aos pressupostos da PNEPS em um modelo que integra o ensino e o serviço.

A EPS foi entendida pelos segmentos do prisma como uma conquista que contribuiu com a construção da identidade dos profissionais de enfermagem e do HCPA com a participação coletiva dos envolvidos.

Nesse cenário, com o passar do tempo, os diversos movimentos elevaram o HCPA ao *status* de hospital de referência para diversos serviços e instituições de ensino no Brasil e em nível internacional.

Contudo, como qualquer processo de construção, percebe-se alguns desafios para a formação em serviço, como a capacitação dos profissionais com mais tempo de serviço; maior envolvimento dos estudantes nas atividades de formação no serviço, em que a atuação do estudante não deve estar restrita às questões técnicas, mas, sim, envolvê-los na organização do processo de trabalho pautada em evidência científica; envolvimento do técnico de enfermagem nas atividades relacionadas ao PE (quanto ao que lhe cabe legalmente), bem como incluir o conteúdo na formação destes profissionais, já que os mesmos são participantes neste processo; maior envolvimento do segmento controle social (aqui representado pela AE/HCPA), aqui se sugere o envolvimento direto de enfermeiros da AE/HCPA na estrutura organizacional da COPE e do SEDE, e que busca nos profissionais de enfermagem o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva em relação ao cuidado, uma vez que os profissionais têm consciência da necessidade de uma formação permanente e sua responsabilidade nesse processo.

Dessa forma, confirma-se e sustenta-se a tese:

O cuidado de enfermagem é pautado nas etapas do Processo de Enfermagem que contribuiu para revelar as múltiplas identidades dos profissionais de enfermagem do HCPA. Possíveis pela estrutura organizacional da COPE, do SEDE e da Escola de Enfermagem da UFRGS representada pelos segmentos do Prisma da Formação (Gestão, assistência, ensino e controle social) que por meio dos movimentos instituídos consolidaram a integração ensino-serviço. O conjunto desses elementos elevou o HCPA como referência no cenário nacional e internacional.

Chegou o momento da despedida... A colocação das pedrarias, das missangas, dos brilhos... Os retoques finais para entregar esta obra e consolidar a integração ensino-serviço como o grande intercessor na ascensão do HCPA como referência no cenário nacional e internacional. E nessa despedida fica o desafio da continuidade deste estudo propondo que esse modelo de formação em serviço acerca do PE possa ser testado e implementado em distintos cenários, pois, entende-se que a prática do PE é singular à realidade do HCPA.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. et al. **Procedimentos operacionais de enfermagem**. 1.ed. Florianópolis: UDESC, 2013.

_____; TOSATTI, M. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 300-310, mai/ago 2012. Disponível em: <www.periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5054>. Acesso em: 05 maio 2016.

AGUILAR, R. D. et al. Evaluación del conocimiento del proceso de atención de enfermería. estudiantes de licenciatura de enfermería. Facultad "Lidia Doce" 2013. **Enferm. Univ.**, México, v. 12, no. 1, p. 36-40, Ene./Mar. 2015. Disponível em: <www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/48067>. Acesso em: 06 Mai. 2016.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

ALMEIDA, M. A. et al. Estudos clínicos sobre processo e diagnóstico de enfermagem em um hospital universitário- relato de experiência. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 65-68, 2007. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2048/1176>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____; LUCENA, A.F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, M.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-40.

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais um profissão submissa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 96-98, jan/fev. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000100018&script=sci_abstract&tlng=eses>. Acesso em: 15 mai. 2015.

ARGENTA, M.A. **Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro**. 2011. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BALDUINO, A.S; VERAS, R.M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. esp, p. 017-024, jun. 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0017.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2016.

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M.; ALMEIDA, S.R.W. Usabilidade do processo de enfermagem informatizado a partir da CIPE® em unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 326-334, mar/abr. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000200326&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BEHAR, P.A.; PASSERINO, L.; BERNARDI, M. Modelos pedagógicos para educação a distância: pressupostos teóricos para a construção de objetos de aprendizagem. **Novas Tecnologias na Educação**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, dez. 2007. Disponível em: <www.cinted.ufrgs.br/ciclo10/artigos/4bPatricia.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BORDINHÃO, R. C.; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades Humanas Básicas de Horta. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 125-131, jun. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200018>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, Salvador, v. 3, n. 4, p. 119-143, jul./ago. 2014. Disponível em: <www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2014_2/08%20METODOLOGIAS%20ATIVAS%20NA%20PROMOCAO%20DA%20FORMACAO%20CRITICA%20DO%20ESTUDANTE.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BLUMER, H.A. A sociedade concebida como uma interação simbólica IN: BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: Hucitec; EDUSP, 1977. p. 63-91.

_____. A Natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D. **Teoria da comunicação: textos básicos**. São Paulo. Mosaico, 1980. p. 119-137.

_____. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, 1998.

BONES, E. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre: parte 1: na região dos sonhos**. Porto Alegre: Backstage, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1970, de 25 de outubro de 2001**: Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília, DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM de 13 de fevereiro de 2004**: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007**: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Educação e da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Educação, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Interministerial n. 883 de 5 de julho de 2010**: Regulamenta o Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466/2012**: Instituiu Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial n. 285 de 24 de março de 2015**: Redefine o Programa de certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, DF, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de apoio aos gestores do SUS para a implementação do COAPES**. Brasília, DF, 2015b.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 228-237, jan/mar. 2014. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a26.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2015.

BRUM, L.M. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar**. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CARDOSO, R.M. **Se a enfermagem falasse...** 1. ed. Editora comunicar enfermagem. Portugal. 2014.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2015.

_____; JESUS, C.A.C.; BACHION, M.M. Raciocínio clínico e estabelecimentos dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem. In: GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. (org) **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 23-47.

CARVALHO, V. D. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos organizacionais. **Administração: ensino e pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.

583-601, out./nov./dez. 2011. Disponível em: www.raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/140>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições dos estudos em psicologia Social. **Psicol. cien. Prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-289, abr/jun. 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab Educ Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003>. Acesso em: 14 nov. 2016.

_____; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan/Jun. 2004. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004>. Acesso em: 12 mai. 2015.

CHARMAZ, K. **A construção da Teoria Fundamentada**: guia prático para análise quantitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CLAUSELL, N. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA): modelo de sucesso baseado no princípio da autonomia universitária e gestão administrativa responsável. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2009. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/8590>. Acesso em: 14 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem-SAE. Brasília: COFEN; 2009. Disponível em: www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 mai. 2014.

_____; **Resolução n. 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN; 2012. Disponível em: www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____; **Resolução n. 514/2016**. Aprova o guia de recomendação para os registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília: COFEN; 2016. Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

COSSA, R. M. V.; ALMEIDA, M. S. Facilidades no ensino do PE na perspectiva de docentes e enfermeiros. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 494-503, 2012. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/714/pdf_1>. Acesso em: 10 mai. 2015.

CROSSETTI, M.G.O.; WALDMANN, B.F. Estudo sobre a composição dos registros de enfermagem pelos acadêmicos de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 45, n. 2-3, p. 122-128, abr/set. 1992. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671992000200005>. Acesso em: 14 jul. 2016.

_____; DIAS, V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 720-724, nov/dez. 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v55n6/v55n6a17.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

_____; M.L. D'AVILA; DIAS V.L. Construção do processo de enfermagem no HCPA e sua informatização. In: ALMEIDA, M.A. et al. **Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 41-52.

_____ et al. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 55-60, set. 2014. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45947>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CRUZ, A. M. P.; ALMEIDA, M. A. Competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 921-927, dez. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/09.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

CUBAS, M.R. et al. Componentes da teoria social de aprendizagem numa ferramenta para ensino na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 906-912, set/out. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0906.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2016.

CYPRIANO, C.C.; MARÇAL, C.C.B.; KEMPFER, S.S. Saberes necessários à prática docente: ensinar para o querer saber mais. In: PRADO, M.L.; SCHMIDT, K.R. **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 83-98.

DACÓL, M.R.V. **Abordagens do mosaico no ambiente escolar**. Programa de Desenvolvimento Educacional. Curitiba (PR): Cadernos Pedagógicos, 2008.

DAVINI, M.C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M.A. **La Capacitación del personal de los servicios de salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Programa de desarrollo de recursos humanos (HSR); División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)**. Organización Panamericana de la salud: Organización Mundial de la Salud. Serie Observatório de recursos humanos de salud, no. 3. 2002. Disponível em: <www.bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/2780.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009. p. 39-56.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 42, n. 146, p. 351-367, mai/ago. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cp/v42n146/03.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

ENNES, M.A. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processo identitários. **Perspectiva**, São Paulo, v. 43, p. 63-81, 2013. Disponível em: <www.seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5956/4859>. Acesso em: 10 jan. 2015.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FERLA, A.A. et al. **Redes vivas de educação e saúde**: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde . Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

FERRAZ, F.; et al. Política nacional de educação permanente em saúde do Brasil: conhecimento dos profissionais da saúde. **Revista Iberoamericana de Educación e investigación em enfermagem.**, Cuba, v. 2, n. 2. p. 33-41, 2012. Disponível em: <www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/33/>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, jun. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600020>. Acesso em: 10 out. 2016.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. 5. ed. Positivo: Rio de Janeiro, 2010.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000. Disponível em: <www.worldcat.org/title/intersetorialidade-na-rede-unida/oclc/69995884>. Acesso em: 10 set. 2016.

FILHO, C.C.S. et al. Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. IN: PRADO, M.L.; SCHMIDT, K.R. **Paulo Freire: a boniteza de ensina e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p.141-156.

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, mai/ago. 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200487>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FONTES, W. D.; LEADEBAL, O. D. C. P.; FERREIRA, J. A. Competências para aplicação do PE: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. **Rev. Rene**, Fortaleza,

v. 11, n. 3, p. 86-94, jul./set. 2010. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/399/pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

FRANCISCATTO, L.; et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 482-486, 2011. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/21146/14967>. Acesso em: 28 mai. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____; **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____; **Política e educação: ensaios**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____; **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____; **A educação como prática da liberdade**. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

_____; **Pedagogia do oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREITAS, M. I. P.; CARMONA, E. V. Estudo de caso como estratégia de ensino do processo de enfermagem e do uso de linguagem padronizada. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1157-1160, nov/dez. 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a25.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan/mar. 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2015.

_____; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 3, n. 2, p. 25-33, ago. 2004. Disponível em: www.nepae.uff.br/siteantigo/objn302garciaetal.htm>. Acesso em: 2 mai. 2015.

GASPARY, L.V. Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital geral público da grande São Paulo. **RAS**, São Paulo, v. 16, n. 62, jan/mar. 2014. Disponível em: www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1261>. Acesso em: 10 set.2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GLASSER, B. Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. **International Journal of Qualitative Methods**, Alberta, v. 1, n. 2, p. 23-38, Spring 2002. Disponível em: www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/glaser.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

GOMES, I. M. et al. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 9, (Supl. 1), p. 466-474, jan. 2015. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../11383>. Acesso em: 04 jan. 2015.

GONZÁLEZ-CASTILLO, M.G.; MNROY-ROJAS, A. Proceso enfermero de tercera generación. **Enfermería Universitaria**, México, v. 13, no. 2, p.124-129, 2016. Disponível em: <www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/55900/49592>. Acesso em: 09 sep. 2016.

GOUVEIA, B.L.A.; FONTES, W.D. **Ensino dos registros de enfermagem e SAE na graduação**: Aproximações e distanciamentos para a sistematização da assistência. João Pessoa: Novas edições acadêmicas. 2016.

HALL, S.A. **A identidade cultural da pós-modernidade**. 10. ed. São Paulo: DP&A. 2005.

_____. Quem precisa da identidade. In: SILVA, T.T. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 99-109.

HERDMANN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015-2017. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HOEVE, H.Y.; JANSEN, G.; ROODBOL, P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity: a discussion paper. **J Adv Nurs**, Malden, v.70, no. 2, p. 295-309, Feb. 2014. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23711235>. Acesso em: 17 jul. 2016.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. 16. ed. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório de atividades do grupo de enfermagem**. Porto Alegre: HCPA, 2013. Disponível em: <www.hcpa.edu.br/downloads/Publicacoes/relatorio_atividades_genf_2013.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

_____; **Relatório de gestão exercício 2014**. Porto Alegre: HCPA, 2015. Disponível em: <www.hcpa.edu.br/downloads/Publicacoes/relatorio_gestao_2014.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

_____; **Prêmios e destaques**. Porto Alegre: HCPA, 2016. Disponível em: <www.hcpa.edu.br/content/view/204/2196/>. Acesso em: 12 jul. 2016.

ITO et al. **Anotações de enfermagem**: reflexo do cuidado. São Paulo: Martinari, 2011.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL. **Padrões de acreditação da joint commission internacional para hospitais**. Consórcio brasileiro de acreditação de sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro, 5. ed. CBA: 2010. Disponível em: <www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2016.

_____; **Cuidado a longo Prazo**. JCI, 2016. Disponível em : <www.jointcommissioninternational.org>. Acesso em: 07 jun. 2016.

KLETEMBERG, D.F.; et al. O Processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, jan/fev. 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005>. Acesso em: 10 mai. 2015.

KOERICH, M.S.; et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 446-451, out/dez. 2007. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400010>. Acesso em: 05 jan. 2015.

KRAUZER, I.M. et al. Registros de enfermagem sob a ótica de uma revisão integrativa. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 5, n. 1, p. 68-79, 2015. Disponível em: www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3866/4302>. Acesso em: 07 jun. 2016.

LAURENT, M.C.R.; DURANT, D.; ABARNO, C.P. Papel do enfermeiro na assistência a pacientes pediátricos e adolescentes com fibrose cística no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 233-7, 2011. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/20856/1288>. Acesso em: 20 mai. 2016.

LEADEBAL, O.D.C.P. et al. Análise das bases didático-pedagógicas para o ensino da sistematização da assistência enfermagem. **REME - Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 65-75, jan/mar. 2009. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/164>. Acesso em: 12 mar. 2016.

LEADEBAL, O.D.C.P.; FONTES, W.D.; SILVA, C.C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 190-198, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a27v44n1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

LEITE, J. L. et al. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da teoria fundamentada nos dados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 772-777, 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300033&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 mai. 2014.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 303-308, mar. 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100014>. Acesso em: 10 abr. 2015.

LUCENA, A. F. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 8-9, 2013.

LUNNEY, M. Uso do pensamento crítico para o alcance de resultados positivos de saúde. In: LUNNEY, M. (org) **Pensamento Crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-39.

MACEDO NETO, A.V. Prefácio. In: BONES, E. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre: parte 1: na região dos sonhos**. Porto Alegre: Backstage, 2013. p.16.

MANGUEIRAL, S. O.; FONTES, W. D. O processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 438-447, 2008. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a15.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MANNINEN, K. et al. Patients' approaches to students' learning at a clinical education ward- an ethnographic study. **BMC Medical Education**, London, v. 14, no. 131. July. 2014. Disponível em: <www.bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-131>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MARIN, M.J.S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 967-974, mar. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300967>. Acesso em: 15 jun. 2015.

MARINELLI, N.P.; SILVA, A.R.A.; SILVA, D.N.O. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 254-263, jul/dez. 2015. Disponível em: <www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MAZIERO, V.G.; SPIRI, W.C. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 121-129, jan/mar. 2013. Disponível em: <www.dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14757>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MEAD, G. H. *Espiritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, set. 2012.

MENEZES, S.R.T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L.. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a23.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009.

MICCAS, F.; BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.. Metassíntese: uma experiência de pesquisa sobre educação permanente em saúde. **CIAIQ2016**, Porto, v. 2, p. 944-53, 2016. Disponível em: <www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/841>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIZOI, C.S. Estratégias educacionais para os profissionais de saúde. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 41-52.

MONTEZELI, J. H. et al. Referencial de Horta como instrumento de ensino-aprendizagem em enfermagem: pesquisa convergente assistencial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2009.2055/462>. Acesso em: 12 fev. 2015.

MORAIS, S. C. R. V. **Fenômenos de enfermagem identificados por enfermeiros em um caso clínico: considerações a luz das classificações da NANDA-I, NOC e NIC e a CIPE**. 2014. 246 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Curso de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MOURA, A.F.; LIMA, M.G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, 2014. Disponível em: <www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rteo/article/view/18338/11399>. Acesso em: 12 ago. 2016.

OLIVEIRA, M.A.N.. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, set/out. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019>. Acesso em: 10 mai. 2016.

PAPATHANASIOU, I.V. et al. Critical thinking: the development of na essential skill for nursing students. **Acta Inform Med**. Bosnia. v. 22, no. 4, p. 283-286, Aug. 2014. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216424/>. Acesso em: 10 mai. 2016.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, set. 2006.

_____; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484. set. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019>. Acesso em: 18 abr. 2016.

PESSALACIA, J.D.R. et al. Percepção dos estudantes de enfermagem sobre os comportamentos e os aspectos éticos implicados no recolhimento de dados dos pacientes. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 31, no. 2, May/Aug.2013. Disponível em: <www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072013000200006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2015.

PESUT, D. J. 21st Century nursing knowledge work: reasoning into the future. In: WEAVER, C.A. et al. **Nursing and informatics for the 21st Century**. Chicago: Healthcare information and management systems society, 2006. p. 43-69.

PFEILSTICKER, D. C.; CADÊ, N. V. Estratégias pedagógicas para o ensino da classificação internacional para a prática de enfermagem no processo de cuidar. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 264-268, abr./jun. 2009. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/about/contact>. Acesso em: 10 mai. 2016.

PIRES, D. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010. Disponível em: www.revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/182>. Acesso em: 16 mai. 2016.

POLIT, D. F.; CHERYL, T. B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROENÇA, G. **História da arte**. 17. ed. São Paulo: Editora Ática, 2009.

PRUINELLI, L. et al. Operacionalização do processo de enfermagem no HCPA. In: ALMEIDA, M.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 53-66.

ROZA, B.A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidencia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 95-108.

SALVADOR, P.T.O. et al. Ensino da sistematização da assistência de enfermagem aos técnicos de enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 557-562, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0557.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

SAMPAIO, A.T.L. Formação e educação permanente em saúde: desafios pedagógicos para um modelo de atenção integral no Brasil. IN: CASTRO, J.L.; VILAR, R.L.A.; OLIVEIRA, N.H.S. **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal, RN: Uma, 2016. p.151-177.

SAMPAIO, J.; et al. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface**, Botucatu, v.18, n. supl. p. 1299-1312, 2014. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em 12 ago. 2016.

SANTOS, A. D. B. et al. Estratégias de ensino-aprendizagem do processo de Enfermagem na graduação e pós-graduação de enfermagem. **J. res.: fundam. care.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1212-1220, jul/set. 2013. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1604/pdf_1381>. Acesso em: 12 dez. 2015.

SANTOS, J.L.G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, jun. 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

SANTOS, S. R. Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. **Rev Enferm Bras.**, Brasília, v. 7, n. 4, p. 233-237, jul/ago. 2008.

SILVA, A.N. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1099-1107, 2015. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01099.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SILVA, C. C. et al. O ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva de professores e alunos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 174-181, abr/jun. 2011a. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a03.htm>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SILVA, C.T. et al. Educação Permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.35, n. 3, p. 49-54, set. 2014.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 128-134, jun. 2014.

SILVA, J.P.; GARANHARI, M.L.; PERES, A. M. Sistematização da assistência de enfermagem na graduação: um olhar sob o pensamento complexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 59-66, jan/fev. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set. 2010.

SILVA, M. M. et al. A teoria fundamentada nos dados nos estudos de pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 13, n. 4, p. 671-679, 2011b. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a11.htm>. Acesso em: 10 mai. 2014.

SILVA, T.T. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

SILVA, V.S. et al. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 351-357, abr/jun. 2013. Disponível em: <www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32585>. Acesso em: 12 mai. 2015.

SOUZA, D.M. et al. Entre a alienação e a libertação: da concepção bancária a concepção problematizada da educação. IN: PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. **Paulo Freire**: a boniteza de ensina e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p.37-60.

SOUZA, K.V. et al. Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 234-239, abr/jun. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200004>. Acesso em: 12 mai. 2015.

SOUZA, M.F.G.; SANTOS, A.D.B.; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 167-173, mar/abr. 2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200003>. Acesso em: 12 mai. 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 2002.

_____; _____. **Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

SCHULZ, R.S.; SILVA, M.F. Análise da evolução dos registros de enfermagem numa unidade cirúrgica após implantação do método SOAP. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 91-100, jan/mar. 2011. Disponível em: www.revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=127>. Acesso em: 14 jun. 2016.

TAKAHASHI, A.A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem – Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TAROZZI, M. **O que é a grounded theory?** metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis, RJ: Vozes 2011.

TEODOSIO, S.S.; PADILHA, M.I. “Ser enfermeiro”: escolha profissional e a construção dos processos identitários (anos 1970). **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 428-434, mai/jun. 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0428.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016.

TOMBINI, L.H.T. **Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. 2010. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

VENDRUSCOLO, C. **Integração ensino-serviço: movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde**. 2014. 352 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

_____; et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016a. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____; et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, jun. 2016b. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005014101&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Reorientação do ensino no SUS, para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p. 246-260, set/dez. 2016c. Disponível em: www.online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/5420>. Acesso em: 14 dez. 2016.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y.M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do programa *Lazer e Saúde* da prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

WATERKEMPER, R.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. Paulo Freire: ideias que desacomodam. In: PRADO, M.L.; SCHMIDT, K.R. **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 13-36.

APÊNDICE A - Protocolo de validação da revisão integrativa

PROCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

I. RECURSOS HUMANOS

Dda Edlamar Kátia Adamy (1)

Profa. Dra Miriam de Abreu Almeida (2)

II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES

- Elaboração protocolo: 1,2
- Busca e seleção dos estudos (resumos): 1,3
- Pré-análise crítica dos estudos (resumos) definição dos trabalhos completos: 1,3
- Busca dos estudos (trabalho completo): 1,3
- Leitura flutuante e coleta de dados dos estudos selecionados: 1,3
- Revisão dos dados colhidos: 1,2,3
- Análise e síntese dos dados: 1,2,3
- Revisão da análise e síntese dos dados: 1,2,3
- Apresentação do trabalho em forma de artigo científico: 1,2,3

** Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.*

III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROCOLO

Avaliadora do tema e do método: Profa Dra Denise de Azambuja Zocche e Profa Dra Carine Vendruscolo

IV. PERGUNTA

Do que tratam as produções científicas sobre o ensino do Processo de Enfermagem?

V. OBJETIVO

Analisar as produções científicas que abordam o tema Processo de Enfermagem (PE) relacionado ao ensino em enfermagem e sua contribuição no processo de trabalho em saúde e enfermagem.

VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão integrativa de literatura, a qual permitirá compreender a temática Processo de Enfermagem (PE), por meio de publicações diversas sobre o objetivo em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O trabalho será baseado seguindo as etapas de Ganong (1987).

- 1) Definir a questão de pesquisa;
- 2) Determinar os critérios de inclusão e de exclusão para o estudo;
- 3) Validar o protocolo com profissionais de expertise no tema e metodologia;
- 4) Selecionar e coletar os dados;

- 5) Revisar os dados para detectar pontos que impeçam a inclusão;
- 6) Inserir trabalhos selecionados na matriz do programa Excel (ANEXO) ;
- 6) Observar os resultados, identificar diferenças e conflitos;
- 7) Interpretar e discutir os resultados;
- 8) Apresentar a pesquisa na forma de manuscrito e publicação em formato de artigo científico.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Trabalhos publicados entre janeiro de 2002 e janeiro de 2015; (últimos 10 anos)
- b) Disponível nos idiomas português, inglês e espanhol;
- c) Trabalhos publicados na forma de artigo científico, tese e dissertação;
- d) Disponível online no formato resumo e trabalho completo para análise de dados.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Trabalhos de conclusão de curso e monografias;
- b) Formato de publicação como relatórios de pesquisa, cartas, editoriais, livros, resenhas, publicações governamentais (portarias, leis e outros).

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

A técnica que será utilizada é a busca de dados na Biblioteca Virtual em Saúde e no Portal da CAPES usando e cruzando o descritor Processos de Enfermagem, conforme o DECs e os termos:

Português:

- Processos de Enfermagem and ensino
- Processos de Enfermagem and formação de recursos humanos
- Processos de Enfermagem and educação permanente
- Processos de Enfermagem and educação continuada
- Processo de enfermagem and processo de trabalho em saúde and enfermagem

Inglês:

- Nursing Process and education
- Nursing Process and continuing education
- Nursing Process and training of human resources

Espanhol:

- Proceso de Enfermería and educación
- Proceso de Enfermería and educación continua
- Proceso de Enfermería and formación de recursos humanos

BASES DE DADOS:

- À Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), disponível no site <www.bireme.br> serão incorporadas as seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, BEDENF. (BVS/BIREME, 2014).

- O Portal da CAPES, disponível em www.periodicos.capes.gov.br , será incorporado aos registros de acervos relacionados a ciência da saúde.

X. BUSCA, SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS:

1ª etapa:

- 1) A busca dos artigos, dissertações e teses será realizada com o acesso nas bases de dados supracitadas, por meio da inserção dos descritores/termos, sem aspas, estipulando-se os limites desejados. Todos os trabalhos encontrados serão submetidos à próxima etapa deste protocolo.
- 2) Leitura individual dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados.
- 3) Todos os estudos que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão serão coletados e salvos em pastas no Microsoft Office, especificadas em trabalhos inclusos e excluídos. Dentro destas pastas, a organização ocorrerá mediante a nomeação dos arquivos pelo sobrenome do primeiro autor seguida do ano de publicação;
- 4) Revisão por pares dos estudos pré-selecionados.

2ª etapa:

- 1) Será feita a leitura dos artigos completos, dissertações e teses, sendo excluídos os trabalhos fora do tema conforme concordância dos pesquisadores. Os trabalhos em que apenas um pesquisador excluiu serão novamente analisados por ambos;
- 2) Os trabalhos adequados nos critérios de inclusão serão organizados em uma matriz com as seguintes informações:
 - Base de Dados de localização dos estudos;
 - Periódico/Vínculo/Instituição;
 - Ano de publicação;
 - Título;
 - Autor (es);
 - País de origem;
 - Objetivos do estudo;
 - Metodologia do estudo;
 - Local do estudo;
 - População/amostra;
 - Referencial teórico;
 - Principais Resultados/conclusões;
 - Possível dimensão temática;
 - Lacunas;
 - Observações.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Será produzida uma revisão integrativa de literatura, moldando-se pelo modelo analítico de Ganong (1987). Será realizada uma leitura completa dos artigos, para identificar a dimensão temática do estudo. Os trabalhos selecionados serão salvos em pastas do Microsoft Word e organizados na matriz, seguindo os critérios da revisão integrativa.

XII. DIVULGAÇÃO

A divulgação dos resultados será realizada por meio de artigo científico produzido e publicado em periódico de circulação nacional ou internacional, seguindo o cronograma abaixo.

XIII. CRONOGRAMA

Atividade	Período				
	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
Elaboração do protocolo	X				
Validação do protocolo	X				
Busca e seleção dos estudos	X	X			
Coleta e organização dos dados (programa Excel)		X	X		
Análise dos dados coletados		X	X	X	
Síntese dos dados			X	X	
Estruturação dos resultados e conclusão da pesquisa					X

XIV. REFERÊNCIAS:

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS/BIREME). **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>> Acesso em: 26 jun. 2014.

GANONG, L.H. **Integrative reviews of nursing**. Rev. Nurs Health, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

MENDES, K. D.S.; SILVEIRA, R.C. de C. P.; GALVAO, C. M. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Enfermagem. 2008, vol.17, n.4, pp. 758-764. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>> . Acesso em : 26 jun.2014.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados: entrevista intensiva

Dados de Identificação
<p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____ Estado civil: _____</p> <p>Sexo: () Feminino () Masculino</p> <p>Formação: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () especialista () mestre () doutor () sem especialização () outro: _____</p> <p>Ano de conclusão do seu curso: _____</p> <p>Tempo de experiência no cargo/setor: _____</p> <p>Tempo de trabalho na instituição: _____</p> <p>Tempo de experiência na Enfermagem: _____</p> <p>Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () Noite () Outro: _____</p> <p>Segmento que representa: _____</p>
Questões norteadoras
<ol style="list-style-type: none"> 1) Conte-me sobre seu trabalho, sua experiência/vivência com o Processo de Enfermagem (PE)? 2) Conte-me como você percebe o seu papel enquanto... (educador, gestor, enfermeiro, controle social) na implementação do PE no contexto da Educação Permanente em Saúde (EPS)? Como considera a sua participação nesse processo? 3) Você considera que deve estar envolvido nas atividades de formação/ensino nos serviços de saúde? Como você percebe a participação dos segmentos do prisma na formação/ensino/EPS do PE no HCPA? (como percebe o outro) 4) O que você pensa sobre o PE e sua formação em serviço no contexto hospitalar? E a Integração ensino e serviço. Como são os processos de formação para o PE no HCPA? 5) Conte-me quais as fontes da sua compreensão sobre o PE? De onde veio? Academia, serviço...? e como foi? Quem te marcou nesse processo? Você poderia descrever os marcos da formação mais importantes que você aprendeu ao vivenciar o PE? 6) Como foi que você aprendeu a trabalhar com o PE? 7) Há algo mais que você considera que eu deva compreender melhor neste processo de formação/ensino/EPS do PE?

OBS: este roteiro poderá sofrer alterações para as amostragens em profundidade de acordo com as lacunas identificadas na análise das entrevistas intensivas aplicadas ao primeiro grupo amostral misto.

APÊNDICE C – Instrumento de devolutiva e ampliação da coleta de dados: roda de conversa

Dados de identificação dos participantes/seguirá mesmo codinome da entrevista intensiva
Nome (codinome):
Questões norteadoras para discussão nas Rodas de conversa
<ol style="list-style-type: none">1) Como vocês percebem a formação em serviço do PE?2) A quem atribuir a função da formação/ensino/EPS nos serviços de saúde?3) Com base nos resultados apresentados, como vocês percebem a formação/ensino/EPS do PE no HCPA?4) Como vocês percebem a integração ensino-serviço do HCPA para a formação dos trabalhadores de enfermagem no que tange o PE?5) O que vocês acharam da Roda de conversa?6) Há algo mais que vocês consideram que eu deva compreender melhor neste processo de formação/ensino/EPS do PE?7) Há algo que vocês gostariam de me perguntar?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Proposição de um Modelo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde para o Processo de Enfermagem na Atenção Hospitalar”. Trata-se do Projeto Doutorado da enfermeira Edlamar Kátia Adamy.

O projeto tem o objetivo de construir um modelo pedagógico para o ensino do Processo de Enfermagem no ambiente hospitalar na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Você está sendo convidado a participar, porque queremos compreender os significados que os enfermeiros atribuem ao ensino do Processo de Enfermagem e analisar as ações dos enfermeiros em relação ao ensino e a implementação do Processo de Enfermagem na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

Caso aceite participar, sua participação ocorrerá em dois momentos:

Primeiro momento: Será realizada uma Entrevista.

A entrevista abordará o tema Processo de Enfermagem. A pesquisadora utilizará um roteiro de perguntas para nortear a conversa. A entrevista será realizada em um consultório do Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA conforme a data e horário agendado com você. A entrevista será individual, garantindo a sua privacidade. O tempo médio para a entrevista será de uma hora e a mesma será gravada em áudio.

Segundo momento: Será realizado uma Roda de Conversa com a participação dos entrevistados.

A roda de conversa será utilizada como uma forma de entrevistas com grupos, e tem como objetivo reunir mais informações sobre o tema que está sendo pesquisado, a partir de um grupo de participantes. Na Roda de conversa serão validadas as informações da entrevista realizada no primeiro momento. Será realizado em uma sala de aula da Escola de Enfermagem da UFRGS de forma que proporcione a privacidade dos participantes. O tempo médio será de uma a duas horas, em data e horário previamente agendados. O encontro será gravado em áudio.

Os riscos previstos em razão da sua participação no estudo são relacionados a possíveis desconfortos ao responder os questionamentos. Há a possibilidade de desencadear desconforto emocional, ansiedade, angústia, medo. Caso você sentir necessidade ou demonstrar qualquer indicativo destes desconfortos, as pesquisadoras se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual pelas

próprias pesquisadoras. Caso você queira falar algo que não deseja ser gravado, isso será feito com o gravador desligado.

Não está previsto nenhum benefício direto ao participante. Entretanto, as informações obtidas no estudo subsidiarão a construção de um Modelo Pedagógico que poderá nortear estratégias para implantar e implementar o Processo de Enfermagem em demais serviços onde ocorre o cuidado de Enfermagem, com intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, proporcionar maior segurança para o paciente e sua família quanto às orientações e procedimentos realizados na consulta de Enfermagem e um atendimento pautado em evidências científicas.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem direito de recusar-se a participar deste estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem acarretar prejuízo em seu trabalho. Sua participação não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

As pesquisadoras se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. Em momento algum, informações que possam identificá-lo serão divulgadas. As informações gravadas serão transcritas e agrupadas. Solicitamos a sua autorização para o uso dos dados para a produção de artigos técnicos e científicos.

Informamos que todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa através de contato com a pesquisadora responsável, professora doutora Miriam de Abreu Almeida, Chefe do Serviço de Educação em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8606.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que aprovou este projeto, pelo telefone (51) 3359-7640, no horário das 8h às 17h de segunda a sexta-feira, 2º andar, sala 2227.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e a outra mantida pela equipe de pesquisa.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Nome da pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Local e data: _____

APÊNDICE E – Termo de consentimento para fotografias, vídeos e gravações**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS VÍDEOS E GRAVAÇÕES**

Permito que sejam realizadas fotografias, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “**PROPOSIÇÃO DE UM MODELO PEDAGÓGICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO HOSPITALAR**”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____

Local e Data

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO A - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSIÇÃO DE UM MODELO PEDAGÓGICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48658015.1.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: FIPE/HCPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.283.685

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFRGS e desenvolvida no HCPA. A educação em serviço nas instituições é atividade e responsabilidade de todos os envolvidos com a missão de criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os profissionais dominem as situações, a tecnologia e os saberes a seu tempo e em seu ambiente de forma a pensar e buscar soluções criativas para os problemas. Considerando que, segundo a legislação, o Processo de Enfermagem (PE) deve acontecer em todas as instituições em que ocorra o serviço de enfermagem, logo, a formação dos profissionais que executam o PE deve atender a legislação e as necessidades dos serviços de saúde. O prisma da formação é constituído pelas relações dos segmentos gestão, controle social, e ensino que interagem diretamente com o serviço que implementa o Processo de Enfermagem (PE) na prática assistencial, o que possibilitaria a construção de um modelo pedagógico de educação permanente para implementar o PE no cotidiano de saúde e enfermagem no ambiente hospitalar. A proposta do presente projeto é construir um modelo pedagógico do ensino do PE que permita aos serviços de saúde hospitalar, tê-lo como referência de formação em serviço, com base em evidência científica, utilizando-se de uma linguagem padronizada para a implementação do PE e atendendo o Ideário das Metas Internacionais de Segurança do paciente e da Política Nacional de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2027 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3350-7640 Fax: (51)3350-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.203.695

Segurança do Paciente e das exigências da Acreditação Hospitalar. Além de difundir o conhecimento sobre o PE baseado em evidência científica, construir um modelo pedagógico de formação/ensino/EPB para o PE implica em uma aproximação maior da formação dos enfermeiros com boas práticas do cuidado, treinamento e qualificação profissional e valorização do ensino em serviço. A questão de pesquisa do projeto é como construir um modelo pedagógico do ensino do processo de enfermagem a partir dos significados, da interação e da subjetividade de cada sujeito que representa o prisma da formação na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. A metodologia proposta é qualitativa e será orientada pela Teoria Fundamentada em Dados (TFD) de Charmaz (2009) norteada pelo referencial teórico do Interacionismo simbólico de Blumer (1998), com base nos pressupostos da EPB do Ministério da Saúde, construída a partir dos significados e das vivências dos sujeitos que compõe o prisma da formação. A pesquisa tem como sujeitos um grupo amostral misto composto por enfermeiros do HCPA que representam os segmentos gestão, controle social, ensino e serviço (que compreende o prisma da formação). A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas intensivas, as informações coletadas serão validadas pelos participantes da pesquisa com o objetivo de levar a ideia de volta aos participantes para que sejam confirmadas, a qual será realizada por meio da técnica de grupo focal. A análise das entrevistas seguirá a orientação metodológica da TFD a qual propõe que a coleta e análise dos dados aconteçam simultaneamente codificando-se os dados. As entrevistas e o grupo focal serão agendados previamente, gravados (sob consentimento), transcritos e agrupados com o auxílio do software NVivo, versão 10, que permite organizar, analisar e compartilhar dados compatível com a abordagem da TFD. A codificação pode ser feita de dois tipos: codificação linha a linha inicial e a codificação focalizada, além da análise dos memorandos e diagramas.

Objetivo da Pesquisa:

- Construir um modelo pedagógico para o ensino do Processo de Enfermagem no ambiente hospitalar na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.
- Compreender os significados que os enfermeiros integrantes dos segmentos representados no ambiente hospitalar (Prisma da Formação em Saúde) atribuem ao ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.
- Analisar as ações dos enfermeiros integrantes dos segmentos representados no ambiente hospitalar (Prisma da Formação em Saúde) em relação ao ensino e a implementação do Processo de Enfermagem na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3350-7640 Fax: (51) 3350-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA / UFRGS



Continuação do Protocolo: 1.203.005

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos, considerando que os possíveis desconfortos gerados poderão ser decorrentes da abordagem para a solicitação de participação, a possibilidade de desencadear desconforto emocional, ansiedade, angústia, medo. Caso o participante sentir necessidade ou demonstrar qualquer indicativo destes riscos mínimos, as pesquisadoras se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado mediante atendimento individual pelas próprias pesquisadoras e ou pelo setor de psicologia do HCPA.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão as informações que poderão nortear estratégias para implantar e implementar o Processo de Enfermagem em demais serviços onde ocorre o cuidado de Enfermagem, com intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, proporcionar maior segurança para o paciente e sua família quanto às orientações e procedimentos realizados na consulta de Enfermagem e um atendimento pautado em evidências científicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa com tema relevante, com foco na educação permanente em serviço, contextualizada nas exigências legais e nas metas institucionais da Acreditação. Para atingir os objetivos as pesquisadoras pretendem entrevistar enfermeiros que tenham experiência em relação ao fenômeno a ser investigado. A amostragem inicial seguirá o que propõe o "prisma da formação". Primeiro a coleta de dados será com um grupo misto representado pelos segmentos que compreendem o prisma (serviço, ensino): enfermeiro assistencial que realizam assistência direta ao paciente internados e que integram o Petit Comitê da COPE - , representam o serviço; professor da graduação em Enfermagem/UFRGS, discente do penúltimo período/fase do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS e enfermeiro da RIMS - representam o ensino; e o enfermeiro responsável técnico, que responde pelo serviço de enfermagem do HCPA, representante enfermeiro do SEDE e representante enfermeiro da COPE - representam a gestão; enfermeiro representante da Associação dos Enfermeiros do HCPA - representam o controle social. Busca-se a aprovação com o grupo amostral citado, no entanto, o aumento da precisão conceitual das ideias emergentes é que definirá a necessidade ou não de um possível segundo ou terceiro conjunto de entrevistas, bem como o retorno aos informantes-chaves para o desenvolvimento das propriedades das categorias. Essa precisão será definida na medida em que se avança com as entrevistas e para a definição de um novo grupo amostral, será utilizada a estratégia de amostragem de rede (bola de neve), na qual se solicita aos primeiros informantes que indiquem outros participantes para a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2227 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-005
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51) 3359-7640 Fax: (51) 3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.203.695

pesquisa com características semelhantes. Por se tratar de uma pesquisa baseada na TFD, o número de participantes não será predeterminado. Os resultados serão oriundos do processo de amostragem e saturação teórica que determinará o número e o momento de finalizar a coleta dos dados. As categorias estão saturadas quando a coleta de dados novos não mais desperta novos insights teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias teóricas centrais. Embora não haja necessidade de pré-determinar um número de participantes, pretende-se no primeiro grupo amostral, contar com a participação de três representantes de cada segmento que compõe o prisma (número total previsto = 12). Para a coleta dos dados, será utilizado a técnica de entrevista intensiva,

realizadas pessoalmente em local predefinido, de forma individual e ambiente que propicie o sigilo, com tempo médio previsto de uma hora. As datas serão previamente agendadas e preferencialmente durante o horário de expediente. A TFD prevê que ao término da coleta de dados, as informações coletadas sejam validadas pelos participantes da pesquisa com o objetivo de levar a ideia de volta aos participantes para que sejam confirmadas. Ou envolver o participante em uma discussão para gerar novas propriedades de uma categoria ou um conjunto de categoria, assim como atingir aquilo que eles omítam ou minimizaram. Esta pesquisa prevê a realização desta etapa por meio da técnica de Grupo focal e congregará os mesmos sujeitos, acontecerá no HCPA em ambiente que propicie o sigilo, com tempo médio previsto de uma a duas horas, de forma sigilosa e no horário de expediente.

Os critérios de inclusão foram definidos para cada categoria que forma o prisma: enfermeiro assistencial, o professor, o estudante de Enfermagem, o enfermeiro da RIMS, o enfermeiro responsável técnico (RT), o enfermeiro da COPE e do SEDE e o enfermeiro da Associação de Enfermeiros/HCPA. Não consta os critérios de exclusão.

A análise das entrevistas seguirá a orientação metodológica da TFD, a qual utiliza um processo de codificação visando à redução dos dados que inicialmente, constituem códigos preliminares, passando a códigos conceituais e, posteriormente, a categorias que podem convergir em fenômenos. Os dados serão analisados conforme a categorização da TFD descrita por Charmaz (2009), a qual propõe que a coleta e análise dos dados aconteçam simultaneamente codificando-se os dados e considerando o referencial teórico do Interacionismo simbólico. Os encontros gravados, serão transcritos e agrupados, com o auxílio do software NVivo, versão 10.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3356-7640 Fax: (51)3356-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.203.696

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.235.492 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 01/10/2015. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 01/10/2015 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_568335.pdf	01/10/2015 10:48:09		Aceito
Orçamento	Orçamento.xls	01/10/2015 10:47:33	Ecliana e Kátia Adamy	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.038-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51) 3359-7640 Fax: (51) 3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.203.695

Outros	Carta.docx	01/10/2015 10:47:09	Eclamar Kátia Adamy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	01/10/2015 10:46:32	Eclamar Kátia Adamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/10/2015 10:45:23	Eclamar Kátia Adamy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulario_delegacao_funcoes.pdf	26/08/2015 18:50:18	MIRIAM DE ABREU ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/08/2015 19:35:07	MIRIAM DE ABREU ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Outubro de 2015

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3269-7640 Fax: (51)3269-7640 E-mail: cepcpa@hcpa.edu.br