

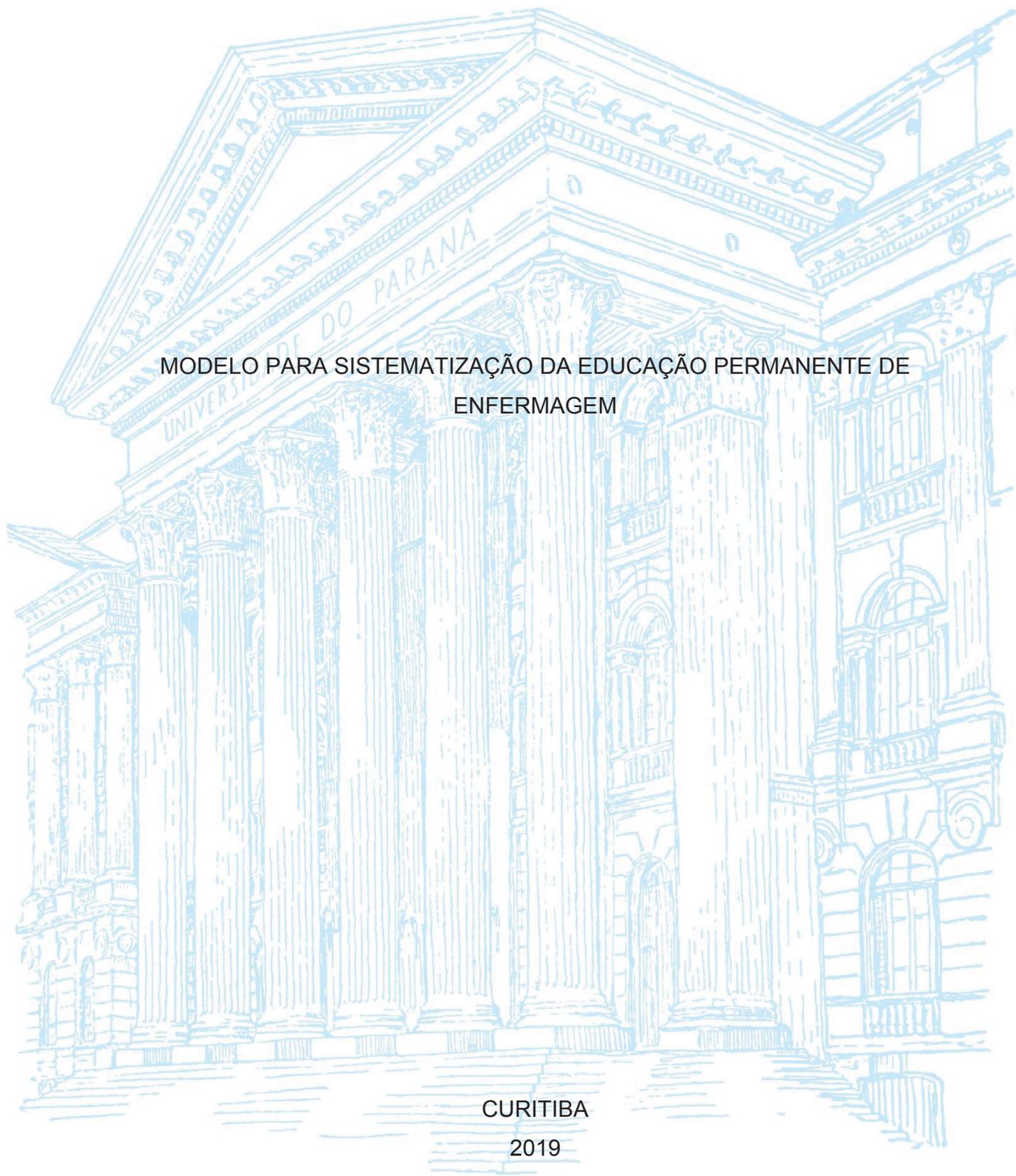
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA CAROLINE SZPIN

MODELO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE  
ENFERMAGEM

CURITIBA

2019



CAMILA CAROLINE SZPIN

MODELO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE  
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Prática do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Coorientadora: Dra. Ana Paula Hermann

CURITIBA

2019

Szpin, Camila Caroline

Modelo para sistematização da educação permanente de enfermagem [recurso eletrônico] / Camila Caroline Szpin – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall  
Coorientadora: Professora Dra. Ana Paula Hermann

1. Educação em enfermagem. 2. Prática profissional. 3. Competência.  
4. Enfermagem. I. Wall, Marilene Loewen. II. Hermann, Ana Paula. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.7307



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO  
EM SAÚDE – 40001016073PO

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAMILA CAROLINE SZPIN** intitulada: **MODELO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 20 de Novembro de 2019.

MARILENE LOEWEN WALL

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

LETÍCIA PONTES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MIRIAM APARECIDA NITZ

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que acreditam na Educação como instrumento de mudança. Mudança social, mudança cultural, mudança intelectual... mudança de vida.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por seu infinito amor e por sempre estar presente em minha vida, me inspirando, guiando e fortalecendo em todas as caminhadas.

À minha **filha Barbara**, que foi, é, e sempre será minha inspiração para seguir buscando o melhor de mim. Obrigada por estar sempre ao meu lado, por aceitar minhas ausências e por entender que tudo que faço é por você. Te amo!

À minha amada família. Meus **irmãos, Luiz Phillipe e Nicolas**, que mesmo longe sempre se fizeram presentes. Meu **pai Luiz Antonio**, que sempre acreditou e investiu na educação de seus filhos como sendo o maior presente que poderia nos dar. E especialmente à minha **mãe, Maria Carlota**. Exemplo de mulher. Grande responsável por todas as minhas vitórias e apoio incondicional para os momentos de dificuldade. Sem você esta conquista não seria possível!

Ao meu **noivo** e companheiro de todos os momentos **Rogério**, pelo amor, proteção e cumplicidade que me fizeram seguir em frente, sempre me proporcionando segurança e palavras de conforto, acreditando em mim mais do que eu mesma.

Às minhas **sobrinhas Helena e Gabriela**, que tanto alegram minha vida.

Aos queridos **amigos Daniele e Wiverson**, pessoas especiais em minha vida, com quem sei que posso contar para tudo. E à amada **Elaine**, que com sua luz e sabedoria sempre carrega consigo a palavra certa para cada momento, trazendo o consolo que precisava nos momentos de dificuldade que enfrentei no decorrer desta jornada.

À **Profa. Dra. Marilene Loewen Wall**, minha orientadora e, sobretudo, a luz que me guiou nesta trajetória acadêmica. Obrigada por sua dedicação e por ter depositado sua confiança em mim, aceitando orientar este trabalho que muitos consideraram um grande desafio. Só tenho a agradecer pela serenidade, carinho, incentivo, compreensão e principalmente por sempre demonstrar otimismo, amenizando os momentos de angústia que me permearam. Tens minha eterna admiração.

À minha **coorientadora, Dra. Ana Paula Hermann**, que em um momento tão especial de sua vida se dispôs a auxiliar neste estudo, trazendo sempre grandes contribuições.

Às **professoras** que fizeram parte da banca de qualificação e defesa, titulares e suplentes, por aceitarem o convite e por disponibilizarem tempo para ler e contribuir com o aprimoramento deste estudo.

Aos meus **colegas de trabalho** da Comissão de Educação Permanente de Enfermagem que não pouparam esforços para me ajudar, fazendo com que a concretização desta dissertação fosse possível. Obrigada pelo companheirismo e principalmente, pela amizade construída ao longo destes anos de trabalho.

Ao **Complexo Hospitalar de Clínicas** e à **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares** pela oportunidade de realizar este estudo. Em especial à **enfermeira Darlene**, pelo apoio dentro da Divisão de Enfermagem.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde da UFPR**, e a todos os docentes que compartilharam seus conhecimentos e proporcionaram momentos de aprendizado significativos para minha vida acadêmica e profissional.

Aos membros do **grupo de pesquisa NEPECHE**, pelas experiências e conhecimentos compartilhados. Em especial à querida doutoranda **Deisi**, que com sua simpatia e competência organizou as reuniões do grupo, sempre disposta a auxiliar quem precisasse. E à minha colega de turma **Lindalva**, com quem tive a grata oportunidade de dividir esta caminhada.

A todos os **familiares** e **amigos** que direta ou indiretamente contribuíram, acreditaram e torceram por mim.

## EPÍGRAFE

“Somos o que repetidamente fazemos.  
A excelência, portanto, não é um feito, mas sim um hábito”  
(Will Durant, 1926, p. 87)

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo construir um modelo para sistematização da educação permanente de Enfermagem, visando ao fornecimento de uma estrutura que possibilite a implantação efetiva do processo de educação em Enfermagem em diferentes contextos da prática profissional. Por meio de pesquisa metodológica, que teve como cenário um hospital universitário federal da região sul do Brasil, o estudo foi organizado em três etapas constituídas por múltiplos processos de coleta e análise de dados. Na Etapa 1, foi construída uma matriz de padrões de prática profissional de Enfermagem, que teve como base experiências internacionais de padronização analisadas à luz da legislação brasileira de educação e prática de Enfermagem. A Etapa 2 utilizou as diretrizes do *Magnet Recognition Program* e do referencial de Hoffart e Woods para mostrar a aplicação dos padrões de prática profissional de Enfermagem por meio da definição de um modelo de prática profissional de Enfermagem. Para tanto, os componentes-chave para a construção deste tipo de documento foram descritos em um guia, e sua aplicação prática foi demonstrada pela construção de um exemplo para o hospital cenário deste estudo. Na Etapa 3, o conceito de *Entrustable Professional Activities*, idealizado por Olle Ten Cate, foi empregado para estabelecer um processo de educação em Enfermagem alinhado às expectativas dos padrões e modelo de prática profissional de Enfermagem. A metodologia adotada permitiu que cada etapa do estudo reunisse diferentes reflexões em prol do alcance do objetivo estabelecido. Como resultado destas reflexões, o estudo mostrou que a união de padrões de prática profissional de Enfermagem, modelo de prática profissional de Enfermagem, e *Entrustable Professional Activities* resulta em um modelo viável para sistematização da educação permanente de Enfermagem. O produto final desta construção foi sintetizado em um modelo de aplicação que reúne os três principais conceitos deste modelo de sistematização. Conclui-se, portanto, que este estudo atingiu o objetivo proposto, sendo, todavia, reconhecida a necessidade de novas pesquisas, especialmente relacionadas à validação dos padrões elencados e à construção das listas de competências requeridas para a descrição e implementação das *Entrustable Professional Activities*.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Prática profissional; Competência; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aimed to build a model for the systematization of permanent nursing education, aiming to provide a structure that enables the effective implementation of the nursing education process under different contexts of professional practice. This study was a methodological research, organized in three phases, consisting of multiple processes for data collection and analysis, which took place at a federal university hospital in southern Brazil. In phase 1, a matrix of professional nursing practice standards was built, based on international standardization experiences, and was analyzed under the light of the Brazilian legislation on nursing education and practice. In the phase 2, the guidelines of the Magnet Recognition Program and of the Hoffart and Woods framework were used to show the application of the professional nursing practice standards and to define a professional nursing practice model. To this end, the key components for the construction of this document type were described in a guide, and their practical application was showed by constructing an example for the hospital mentioned in this study. In phase 3, the concept of Entrustable Professional Activities, conceived by Olle Ten Cate, was used to establish a nursing education process, aligned with expectations of the professional nursing practice standards and model. The methodology adopted allowed that each phase of this study gathered different reflections, aiming to reach the established objective. As a result from these reflections, this study showed that the union of Nursing Professional Practice Standards, Nursing Professional Practice Model, and Entrustable Professional Activities results in a viable model for systematizing permanent nursing education. The final product of this construction was synthesized in an application model that brings together the three main concepts of this systematization model. It is concluded, therefore, that this study achieved the proposed objective, but recognizing the need for further research, especially related to the validation of the listed standards and the construction of competency lists required for the description and implementation of Entrustable Professional Activities.

**Keywords:** Competence. Nursing. Nursing Education. Professional practice.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - COMPONENTES DO MPPE .....	29
FIGURA 2 - INTEGRAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE EPA, COMPETÊNCIAS, MARCOS DE CONFIANÇA E NÍVEIS DE SUPERVISÃO .....	35
FIGURA 3 - PROCESSO DE ANINHAMENTO DE EPAs .....	36
FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MPPE CONSTRUÍDO PARA O HUF .....	71
FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PARCIAL DO MPPE - COBERTURA ..	71
FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PARCIAL DO MPPE - PILARES.....	74
FIGURA 7 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PARCIAL DO MPPE - FUNDAÇÃO.....	79
FIGURA 8 - PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM EPA.....	88

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DAS FORÇAS MAGNÉTICAS .....	27
QUADRO 2 - DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES DE UMA EPA .....	36
QUADRO 3 - LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	41
QUADRO 4 - DECLARAÇÃO DE MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HUF .....	42
QUADRO 5 - DOCUMENTOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA FINAL DE PPPE ...	46
QUADRO 6 - VISÃO GERAL DOS PADRÕES DE PRÁTICA ESTABELECIDOS PELOS PAÍSES SELECIONADOS NO ESTUDO .....	48
QUADRO 7 - PRINCÍPIOS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS PADRÕES INTERNACIONAIS .....	50
QUADRO 8 - RELAÇÃO DOS PPPE COM AS LEGISLAÇÕES DE EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS .....	54
QUADRO 9 - VERSÃO FINAL DOS PPPE BRASILEIRO .....	57
QUADRO 10 - CONSISTÊNCIA ENTRE DECLARAÇÃO DE MISSÃO E OS VALORES DE ENFERMAGEM.....	62
QUADRO 11 - DEFINIÇÃO DE AUTORIDADE, AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE.....	70
QUADRO 12 - EXEMPLO DE CONSTRUÇÃO DE EPA PARA ENFERMEIROS.....	85

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOCUMENTOS ENCONTRADOS, EXCLUSOS E INCLUSOS, SEGUNDO O TIPO DE BUSCA.....	46
TABELA 2 - PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A TOMADA DE DECISÃO SOBRE APRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, EM ORDEM DE PRIORIDADE.....	66
TABELA 3 - REPRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EPAS E AS COMPETÊNCIA DESCRITAS NO MPPE DO HUF .....	84

## LISTA DE SIGLAS

AAN	- American Academy of Nurses
ANA	- American Nurses Association
ANCC	- American Nurses Credentialing Center
CEB	- Câmara de Educação Básica
CEPE	- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CES	- Câmara da Educação Superior
CNA	- Canadian Nurses Association
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
EBC	- Educação Baseada em Competências
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPA	- Entrustable Professional Activities
EPE	- Educação Permanente de Enfermagem
EPPE	- Escopo da Prática Profissional de Enfermagem
EUA	- Estados Unidos da América
HUF	- Hospital Universitário Federal
ICN	- International Council of Nurses
LNT	- Levantamento de Necessidades de Treinamento
MPC	- Modelo de Prestação de Cuidados
MPPE	- Modelo de Prática Profissional de Enfermagem
NEEP-PR	- Núcleo de Enfermeiros de Educação Permanente do Paraná
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PE	- Processo de Enfermagem
PEduc	- Processo de Educação
PIDP	- Plano Individual de Desenvolvimento Profissional
PPPE	- Padrões de Prática Profissional de Enfermagem
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SisEPE	- Sistematização da Educação Permanente de Enfermagem
SUS	- Sistema Único de Saúde

## LISTA DE SÍMBOLOS

® - Marca registrada

% - Porcentagem

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
3.1	PADRÕES DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	23
3.2	MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	25
3.3	PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	33
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	38
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	39
4.3	ESTRATÉGIAS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.3.1	Coleta e análise de dados da Etapa 1 - Fase 1 .....	39
4.3.2	Coleta e análise de dados da Etapa 1 – Fase 2 .....	41
4.3.3	Coleta e análise de dados da Etapa 2 .....	42
4.3.4	Coleta e análise dos dados da Etapa 3. ....	42
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
5.1	ETAPA 1: CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ DE PPPE.....	44
5.1.1	Caminho percorrido na Etapa 1 – Fase 1 .....	44
5.1.2	Caminho percorrido na Etapa 1 – Fase 2 .....	49
5.2	ETAPA 2: DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES E EXEMPLIFICAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DE UM MPPE .....	58
5.2.1	Caminho percorrido na Etapa 2.....	59
5.2.1.1	Valores Profissionais .....	59
5.2.1.2	Relações Profissionais .....	64
5.2.1.3	Modelo de Prestação de Cuidados – MPC.....	65
5.2.1.4	Abordagem de Gerenciamento ou Governança .....	66
5.2.1.5	Sistema de Compensação e Recompensas.....	68
5.2.2	Exemplo de Construção de um MPPE .....	69
5.2.2.1	Descrição parcial do MPPE do HUF - Cobertura.....	71
5.2.2.2	Descrição parcial do MPPE do HUF - Pilares.....	73

5.2.2.3	Descrição parcial do MPPE do HUF - Fundação.....	78
5.3	ETAPA 3: PROCESSO DE EDUCAÇÃO .....	83
5.3.1	Caminho percorrido na Etapa 3.....	83
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE 1 – MODELO DE APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>102</b>
	<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>103</b>

## APRESENTAÇÃO

Para melhor compreensão do leitor acerca da escolha pela temática deste estudo, entendo ser relevante uma breve apresentação de meu percurso acadêmico e profissional, que teve início ainda no final do ensino médio, quando já afirmava minha intenção de cursar Enfermagem para atuar especificamente na área de educação.

O reconhecimento precoce dessa vocação oportunizou que, durante a graduação, ocorrida entre os anos de 2005 e 2008, principalmente durante os estágios curriculares supervisionados, eu me inserisse em diversos projetos relacionados à educação em Enfermagem, desenvolvendo, inclusive, uma proposta de ação educativa para o programa antitabagismo do Ministério da Saúde.

Ao término da graduação, imediatamente ingressei em um curso de pós-graduação em educação, que me possibilitou trabalhar durante alguns anos na formação de técnicos e auxiliares de Enfermagem em uma instituição pública do interior do estado de São Paulo.

Embora estivesse satisfeita com a trajetória profissional que havia traçado, incomodava-me perceber que a educação permanente da equipe de Enfermagem nem sempre era vista como prioridade nos serviços de saúde com os quais tinha contato. Alarmada por esta condição, que, a meu ver, induzia à perpetuação de uma prática de Enfermagem tecnicista e fragmentada, contra a qual lutava diariamente na formação de meus alunos, passei a tentar compreender os fatores que influenciavam essa condição.

Ao pesquisar a literatura científica, constatei que a dificuldade em associar o exercício da educação permanente com os processos de trabalho não era um problema pontual daquelas instituições, mas, sim, uma realidade geral dos serviços de saúde brasileiros. Esta condição impactava diretamente na implementação efetiva da educação permanente, terminando por reduzi-la à realização de cursos ou ações educativas isoladas.

Ainda que, em geral, as instituições tivessem um setor específico para tratar dos assuntos relacionados à capacitação da equipe, normalmente denominado de “educação continuada” ou “educação permanente” de Enfermagem, chamava a atenção o fato de grande parte deles ser comandado por enfermeiras afastadas da assistência, seja por estarem gestantes, ou por apresentarem alguma restrição de

capacidade laborativa. Enfermeiras que, muitas vezes, não detinham os conhecimentos e habilidades preconizados para o desempenho da função.

Alguns anos mais tarde, em 2014, uma medida pública trouxe avanços para a questão. Neste ano, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) lançou o primeiro edital de um concurso público de nível federal com vaga específica para enfermeiros com especialização em educação. A EBSERH é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, criada no ano de 2011 com a proposta de reestruturar os Hospitais Universitários Federais (HUFs) do país.

Apesar de gerenciar mais de 40 HUFs em todo país, este foi, até hoje, o único concurso da EBSERH com previsão de vaga para enfermeiros de educação. Contudo, mais impressionante do que a falta de vagas, é a falta de profissionais habilitados para preenchê-las. Para que se tenha uma ideia, das sete vagas ofertadas neste edital, apenas quatro foram preenchidas.

Por meio deste concurso, no ano de 2015 tornei-me a primeira enfermeira de educação em Enfermagem da EBSERH. Experiência que só fez aumentar minhas inquietações em relação à educação permanente. Afinal, eu acabara de deixar uma sala de aula com cerca de 50 alunos para assumir a educação permanente de mais de 1.600 profissionais de Enfermagem de um hospital de alta complexidade no estado do Paraná.

Apesar dos inúmeros desafios que permearam esta nova experiência, uma questão em particular se tornou minha principal fonte de angústia. A falta de uma estrutura própria para apoiar o processo de educação fazia com que me sentisse não como uma enfermeira, mas, sim, como um “garçom de educação”. Isso porque a dinâmica de trabalho perpetuada na instituição consistia em “tirar os pedidos” de capacitação com as supervisoras de Enfermagem das unidades assistenciais e depois retornar para entregar as ações educativas solicitadas.

Embora popular, o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT), como é conhecida essa estratégia, quando aplicado isoladamente, não fornece garantias de que as ações “encomendadas” representem as reais necessidades de capacitação da equipe, tampouco se preocupa em alinhar o desenvolvimento dos profissionais às metas da instituição ou às necessidades do paciente ali atendido.

Como membro do Núcleo de Enfermeiros de Educação Permanente do Paraná (NEEP-PR), um grupo independente e sem fins lucrativos, composto por enfermeiros de educação de todo o estado, resolvi comparar minha prática com a de

outros serviços de saúde em busca de algum insight que pudesse rapidamente reestruturar meu processo de trabalho. Entretanto, acabei descobrindo que essa mesma estratégia era quase uma unanimidade entre as instituições de saúde, tanto públicas, quanto privadas.

Frente a essa situação e ciente da responsabilidade social embutida no cargo que hoje ocupo, me vi diante da importante missão de procurar alternativas para sanar essa deficiência. Por reconhecer a magnitude da problemática, julguei oportuno buscar apoio junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade Federal do Paraná.

Para iniciar esse percurso acadêmico, foi necessário delinear um projeto de pesquisa, que, nesse caso, tinha como propósito sistematizar a educação permanente de Enfermagem. O grande desafio desta construção estava em estruturar uma proposta de desenvolvimento profissional focada na qualidade do cuidado prestado pela equipe de Enfermagem, extrapolando a abordagem gerencial com que esta temática habitualmente é tratada na literatura científica.

Após diversas discussões com minha orientadora e coorientadora, chegamos ao consenso de que esta proposta de Sistematização da Educação Permanente de Enfermagem (SisEPE) seria pensada nos moldes da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Assim como a SAE fornece sustentação para a execução do Processo de Enfermagem (PE), o foco da SisEPE seria criar uma estrutura necessária para que o Processo de Educação (PEduc) pudesse ser implementado de maneira autêntica e sustentável, sendo consolidado como uma ferramenta para a qualidade da assistência de Enfermagem.

Concluída a apresentação, convidamos o leitor a prosseguir com a leitura desta dissertação, onde relatamos cada uma das etapas percorridas para a construção desta proposta de sistematização. Convidamos ainda a uma reflexão durante a leitura sobre a importância da educação permanente para a prática de Enfermagem e o espaço que esse tema ocupa hoje nos serviços de saúde. Será que a educação permanente realmente existe na Enfermagem?

## 1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, grande parte da demanda dos serviços de saúde, em termos de forças profissionais de trabalho, está relacionada a conhecimentos que extrapolam a abordagem do modelo biomédico, exigindo maior abrangência acerca do processo de saúde e de doença, com ênfase nas políticas de saúde e na operação de novos modos de cuidar. Essa questão está diretamente ligada ao fato de, nas últimas décadas, terem ocorrido mudanças no perfil clínico e epidemiológico da população, na expectativa de vida, na economia e na política mundial, com consequente reestruturação do setor saúde. Isso impôs novos desafios aos profissionais, os quais devem, de forma articulada, se organizar para enfrentar os problemas que surgem nos diversos cenários de atuação e que repercutem no campo da saúde e no fazer da Enfermagem. (PORTO et al., 2013).

Essa condição tem criado, na perspectiva de alguns autores, uma oportunidade para que profissionais de Enfermagem reflitam sobre sua prática e definam um rumo para garantir a sustentabilidade profissional e a qualidade da assistência. (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016). Tal mudança vem atrelada à necessidade de capacitação, atualização e reconhecimento das aptidões e do desenvolvimento de potenciais dos trabalhadores de Enfermagem (KOERICH; ERDMANN, 2016), não apenas no sentido de buscar inovações e construir organizações mais ágeis e lucrativas, mas também e, principalmente, na construção de uma assistência qualificada e humanizada, visando sempre ao “cuidado como núcleo de competência” (RUTHES; CUNHA, 2009, p. 903).

A educação permanente é um dos instrumentos pelo qual esse processo pode ser alcançado, pois se baseia na possibilidade de modificar as práticas profissionais, utilizando formas diferenciadas de ensinar, indo além da valorização das técnicas e das capacitações pontuais (SÁ et al, 2018), motivando o autoconhecimento, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento profissional. Entretanto, sabe-se que existe uma lacuna entre falar sobre a importância da educação permanente e, efetivamente, implementá-la na prática. (PUGGINA et al., 2015).

A necessidade de repensar a Educação Permanente de Enfermagem (EPE) com os profissionais inseridos no serviço, a fim de articular saberes e práticas e ampliar/extrapolar o conhecimento técnico científico, constitui-se em inquietação incessante das instituições de ensino e serviços de saúde. Dessa forma, procura-se

aprimorar as ações educativas voltadas aos trabalhadores desta área, de forma a efetivar uma articulação entre esses saberes fragmentados nos serviços, de modo mais flexível, reflexivo e participativo, com vistas a contribuir para a qualidade da assistência por meio do desempenho da equipe e do crescimento pessoal (DE LEMOS MELLO et al., 2017).

Entretanto, estudos apontam que, no Brasil, a educação dos profissionais de Enfermagem ainda é concebida com base na realização de treinamentos, cursos e atualizações, sob a responsabilidade de um determinado setor do serviço empregador, guardando pouca ou nenhuma relação com as necessidades institucionais ou do processo de cuidado vivenciado. Há necessidade, portanto, para que o processo de ensino-aprendizagem se torne permanente, de o enfermeiro, na condição de responsável por seu autodesenvolvimento e pela educação de sua equipe (BRESCIANI et al., 2016), apropriar-se de instrumentos que possibilitem a continuidade do aprender no cotidiano de seu trabalho (COSTA et al., 2017).

Entendendo que a capacitação dos profissionais de Enfermagem para prestação de cuidados de alta qualidade exige a compreensão sobre as expectativas relacionadas à sua prática (GIRARD; LINTON; BESNER, 2005), adotou-se, internacionalmente, o consenso de que a Enfermagem, como disciplina e profissão, deve estabelecer padrões que orientem sua prática e sirvam de apoio para o desenvolvimento contínuo de seus profissionais (LARRABEE, 2009).

Tendo esse consenso como referência, vários países, por meio de seus órgãos regulamentadores e/ou associações profissionais de Enfermagem, passaram a empreender esforços no sentido de identificar e documentar padrões comuns à prática de seus profissionais. Destes estudos, emergiu o conceito de Padrões de Prática Profissional de Enfermagem (PPPE), que compreendem documentos responsáveis por descrever o nível mínimo de desempenho esperado dos profissionais de Enfermagem (MALONEY, 2016).

A estruturação do conhecimento na forma de PPPE permitiu a países como Austrália, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Filipinas, África do Sul, entre outros, construir programas nacionais de educação permanente, que apoiam o desenvolvimento contínuo dos profissionais de Enfermagem nos mais variados cenários de prática. Fazendo uso de uma gama de recursos para desenvolvimento e avaliação dos padrões, esses programas buscam, principalmente, gerar uma força de

trabalho capaz de atender com qualidade e segurança as necessidades de saúde da população (EDCAN, 2008).

Considerando a evidente emergência de novos modelos aplicados à EPE, que transcendem as ações educativas pontuais e isoladas ainda praticadas no Brasil que já não correspondem às necessidades dos profissionais, dos pacientes e das próprias instituições, faz-se necessária uma ampliação de estudos acerca desta temática, no intuito de acompanhar os acelerados avanços do setor. Assim, é imprescindível a sistematização de um processo educativo que possibilite o desenvolvimento profissional contínuo e a utilização dos conhecimentos, habilidades e atitudes no exercício profissional da Enfermagem (SADE et al., 2019).

Segundo Simon (2007), a sistematização refere-se à interpretação crítica de uma ou várias experiências, de maneira que possibilite uma compreensão mais profunda de uma determinada atividade. “Num esforço rigoroso e claramente teórico, faz análise e síntese, indução e dedução, obtém conclusões e verificações práticas, criando novos conhecimentos que explicam as mudanças que se processam” (SIMON, 2007, p. 542).

Partindo do pressupondo de que a estruturação de uma proposta sistematizada de educação permanente de Enfermagem pode constituir-se em uma das alternativas de rever e ressignificar o processo de trabalho em Enfermagem, visando à melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada (SILVA, 2012), estabeleceu-se como questão norteadora desta pesquisa: **como estruturar um modelo para sistematizar a educação permanente de Enfermagem?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir um modelo para sistematização da educação permanente de Enfermagem.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

De modo a proporcionar fundamentação apropriada para as reflexões pertinentes aos objetivos deste estudo, este capítulo apresenta uma discussão acerca das publicações encontradas na literatura sobre as temáticas: padrões de prática profissional de Enfermagem, modelos de prática profissional de Enfermagem e processo de educação em Enfermagem.

#### 3.1 PADRÕES DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Por muitos anos, a educação em Enfermagem brasileira reproduziu um cenário de ensino-aprendizagem mecanicista, embasado na sua transmissão de informações e na sua necessidade de memorização pelos estudantes, impossibilitando-os de estruturar um arcabouço cognitivo que priorizasse o pensamento crítico e a articulação do aprendizado com suas vivências, de forma significativa (REGINO, 2018).

As consequências dessa dimensão educativa tradicional se refletem no cotidiano do profissional de Enfermagem, marcado pelo racionalismo técnico, que se revela em uma prática tecnicista, fragmentada, muitas vezes não reflexiva, implicando tanto a desconsideração de evidências científicas para a tomada de decisão e julgamento clínico (NETTO; SILVA; RUA, 2018; REGINO, 2018), quanto o despreparo para responder às reais necessidades de saúde da população (CARBOGIN et al., 2014).

Hoje, considerando um modelo de saúde diferenciado que se caracteriza pela multidisciplinaridade das equipes de saúde, ampliaram-se as exigências de polivalência de seus profissionais, que devem desenvolver habilidades para identificar diagnósticos e solucionar problemas, para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços (DELUIZ, 2001).

Com isso, o trabalhador e a temática do desenvolvimento profissional passaram a ter destaque na área da saúde, sendo, inclusive, apontados como uma das possíveis soluções para seus maiores entraves, pois são eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população, influirão na atenção à saúde e na terapêutica prestada aos indivíduos e coletividades (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A Enfermagem tem por característica preocupar-se constantemente com a melhoria da assistência, buscando conhecimentos próprios para sistematizar e organizar sua prática e seu processo de cuidar, de modo a favorecer uma assistência baseada não somente na dimensão biológica do ser humano, mas, essencialmente, na compreensão do indivíduo como sujeito social e seu processo saúde doença, seja no âmbito hospitalar ou na saúde coletiva (BRESCIANI et al., 2016).

Nesse sentido, o *International Council of Nurses* (ICN), federação constituída por mais de 130 associações nacionais de Enfermagem, atribuiu aos governos, por meio de seus órgãos regulamentadores da profissão, a responsabilidade de estabelecer um Escopo da Prática Profissional de Enfermagem (EPPE) que seja flexível e sensível à natureza dinâmica da prestação de cuidados de saúde e às necessidades da população (ICN, 2009).

Um EPPE busca estabelecer padrões, definir os limites de atuação e determinar as condições para a prática profissional de Enfermagem, quer individual, quer coletivamente. Para tanto, deve ser proposto em consonância com a lei do exercício profissional, o código de ética dos profissionais de Enfermagem e com as demais legislações e políticas pertinentes à profissão (BCCNP, 2019b).

Parte fundamental de um EPPE são os Padrões de Prática Profissional de Enfermagem (PPPE), que representam uma descrição do nível mínimo de desempenho esperado de seus profissionais, seguido por várias declarações de competência que servem como evidência para o cumprimento de cada padrão (MALONEY, 2016). Esses padrões são dinâmicos, pois devem ser responsivos às mudanças de necessidades de saúde da população, ao desenvolvimento do conhecimento e aos avanços tecnológicos, motivos pelos quais, necessitam ser revisados periodicamente (ICN, 2013).

Os PPPE descrevem um nível de cuidado de Enfermagem competente embasado no modelo de raciocínio clínico conhecido como Processo de Enfermagem (PE), que inclui os componentes de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, que, quando adequadamente utilizados, promovem ações significativas e formam a base para a tomada de decisão do enfermeiro. Além disso, descrevem um conjunto de características que influenciam o comportamento profissional, incluindo, principalmente, ações relacionadas à ética, à qualidade e à segurança do paciente (ANA, 2010).

Em geral, os padrões não se limitam a descrever tarefas específicas, funções ou responsabilidades, mas buscam orientar uma combinação de conhecimento, julgamento e habilidade, que permitam ao profissional implementar e avaliar cuidados de Enfermagem, defender os interesses do paciente, família, grupos e comunidade, supervisionar e delegar tarefas, liderar, gerenciar, ensinar, realizar pesquisas e desenvolver políticas de saúde. (ICN, 2013)

Em contexto internacional, é notório o número crescente de publicações que vêm se dedicando à definição e utilização de PPPE, especialmente em países da América do Norte e da Europa. Já no Brasil, embora o país esteja representado no ICN pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), parece existir uma lacuna de estudos sobre a definição de padrões de Enfermagem, não tendo sido localizada qualquer publicação que se debruçasse sobre essa temática em nível nacional.

Levando em conta que a prestação de uma assistência de Enfermagem de alta qualidade depende da capacidade de seus profissionais praticarem de acordo com os PPPE e de um ambiente de trabalho que apoie a excelência do desempenho (SALANOVA et al., 2011), parece urgente e necessário que a Enfermagem brasileira desperte para a necessidade de estabelecer padrões para sua prática.

### 3.2 MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Cotrin-Guimarães (2009) aponta que o sucesso de um programa institucional de EPE requer mais do que apenas ações educativas, uma vez que as demandas que emergem da prática profissional também costumam se referir a problemas de relacionamento interpessoal, insumos, estrutura física, desempenho individual ou grupal, entre outros, que, além de demandarem estratégias de educação, necessitam também de variadas intervenções de gestão.

Este fato coloca a Enfermagem diante da compreensão de que educação e planejamento estratégico são elementos indissociáveis e que sistematizar um processo de educação permanente, neste caso específico o da Enfermagem, mostra-se uma ação efetiva para nortear as instituições de saúde na implantação de programas que atendam, não só às demandas de capacitação, mas que correspondam, efetivamente, às reais e mais amplas necessidades da equipe de Enfermagem e da instituição.

Neste contexto, é imperioso que esta sistematização, além de considerar os aspectos pedagógicos inerentes ao desenvolvimento profissional, também seja capaz de orientar as ações estratégicas que organizam a prática de Enfermagem. Uma das respostas para estes desafios está em uma nova e sistêmica forma de aprendizagem, baseada em uma educação permanente que promova o ser humano em seu desenvolvimento pessoal e profissional, criando flexibilidade e agilidade para que a organização possa lidar com a incerteza, podendo as pessoas gerar novas formas de criar resultados (SENGE, 1990).

Um dos modelos pioneiros para compreensão dessa articulação foi desenvolvido pela *American Academy of Nursing* (AAN) no início da década de 1980. Neste período, a falta de profissionais de Enfermagem nos Estados Unidos da América (EUA) era tão expressiva que ameaçava o funcionamento dos hospitais e sua capacidade de prestar atendimento de qualidade. Essa condição levou a AAN a reunir um grupo de pesquisadores para avaliar possibilidades para o enfrentamento dessa situação de crise (MCCLURE et al., 1983).

Análises preliminares apontaram que, embora a maioria das instituições de saúde enfrentasse de fato uma escassez de enfermeiros, um seleto grupo de hospitais não apresentava problemas em relação ao recrutamento e retenção de profissionais. Após a constatação deste fenômeno, ficou evidente para os pesquisadores que era necessário identificar e discutir as razões que levavam os profissionais a serem "atraídos" por essas instituições (MCCLURE; HINSHAW, 2003).

Então, em 1981, a AAN deu início a um estudo nacional com o propósito de averiguar os fatores que impediam ou facilitavam a prática profissional de Enfermagem e os elos entre esses fatores e a capacidade de as instituições de saúde recrutarem e reterem os profissionais. Por meio de entrevistas com grupos de enfermeiros e de gestores, foram avaliadas 41 das instituições previamente identificadas pela pesquisa (AIKEN; PATRICIAN, 2000; MCCLURE et al., 1983).

Na coleta de dados, um guia composto por nove perguntas foi utilizado para entrevistar separadamente cada um dos grupos. Esta medida visava a garantir que as informações representassem as percepções únicas de cada grupo. Os dados coletados nas entrevistas e nos comentários pós-entrevista foram cuidadosamente revisados e categorizados em três grupos principais: 1- gestão; 2- prática profissional; e 3- desenvolvimento profissional (MCCLURE et al., 1983).

Um fato bastante interessante do estudo foi o grau de congruência entre as respostas dos enfermeiros e das equipes de gestores, que, apesar de terem perspectivas diferentes, apontaram os mesmos elementos como principais atrativos de seus hospitais. Uma visão geral dos 14 elementos identificados na pesquisa, chamados de “forças magnéticas”, é fornecida no Quadro 1.

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DAS FORÇAS MAGNÉTICAS

<b>Gestão</b>	
1- Qualidade da liderança	Líderes experientes, fortes e que assumem riscos seguem uma filosofia bem articulada, estratégica e visionária nas operações diárias dos serviços de Enfermagem.
2- Estilo de gestão	Utilização de uma abordagem participativa e colaborativa. O <i>feedback</i> é incentivado, valorizado e incorporado pela equipe em todos os níveis.
3- Estrutura organizacional	Estrutura plana, descentralizada; dinâmica e responsiva às mudanças.
4- Políticas de gestão de recursos humanos	As políticas e programas de pessoal apoiam a prática profissional de Enfermagem, o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e a prestação de cuidados de qualidade.
<b>Prática Profissional</b>	
5- Modelo de cuidado	Confere responsabilidade e autoridade ao enfermeiro, para garantir a continuidade da assistência.
6- Qualidade do cuidado	É a força motriz sistemática da Enfermagem e da instituição. Os enfermeiros que ocupam cargos de liderança são responsáveis por proporcionar um ambiente que influencie positivamente os resultados dos pacientes.
7- Melhoria da qualidade	A instituição possui estruturas e processos para medição da qualidade e possui programas para melhorar a qualidade dos cuidados e serviços.
8- Consultoria e alocação de recursos	A instituição fornece recursos, apoio e oportunidades adequadas para os profissionais de Enfermagem.
9- Nível de autonomia	Capacidade do profissional para avaliar e fornecer cuidados de Enfermagem apropriados ao paciente, com base em sua competência, experiência e conhecimento profissional.
10- Integração com a comunidade e organizações de saúde	Os relacionamentos são estabelecidos com vistas a desenvolver parcerias que apoiem melhores resultados para pacientes e comunidade.
11- Papel educativo	Os profissionais de Enfermagem estão envolvidos em atividades educacionais na instituição e na comunidade, e existe um programa formal de educação de pacientes.
12- Imagem da Enfermagem	Os demais membros da equipe de saúde reconhecem a importância dos serviços prestados pelos profissionais de Enfermagem.
<b>Desenvolvimento Profissional</b>	
13- Relações interdisciplinares	As relações de trabalho colaborativo intra e interdisciplinares são valorizadas. O respeito mútuo se baseia na premissa de que todos os membros da equipe de saúde fazem contribuições essenciais e significativas para a obtenção de resultados clínicos. As estratégias de gerenciamento de conflitos estão em vigor e são usadas efetivamente, quando indicado
14- Programa de desenvolvimento profissional	A instituição valoriza e apoia o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional da equipe.

FONTE: ANA (2019).

Como pode ser observado, os 14 itens identificados como potencializadores de uma prática de Enfermagem de qualidade não foram propriamente uma inovação. Na verdade, os resultados da pesquisa, publicados em 1983, revelaram que uma combinação de vários elementos era o que criava um bom ambiente de trabalho, enfatizando a necessidade de integrar essas práticas ao planejamento estratégico das instituições. A presença das 14 forças magnéticas, responsáveis por distinguir os hospitais estudados dos demais, fez com que essas instituições passassem a ser reconhecidas como “hospitais-ímãs”.

Segundo a definição do estudo original, um hospital-ímã é aquele capaz de atrair e reter profissionais de Enfermagem por promover um ambiente de alta satisfação profissional, que se traduz em cuidados de qualidade aos pacientes (MCCLURE et al., 1983). Para certificar as instituições detentoras destas características, em 1990, a *American Nurses Association* (ANA), por meio da *American Nurses Credentialing Center* (ANCC), iniciou um programa formal de reconhecimento da excelência nos serviços de Enfermagem: o *Magnet Recognition Program* (ANCC 2019a).

Para obter a designação *Magnet*, as instituições de saúde devem passar por um longo e criterioso processo, sendo necessário apresentar evidências qualitativas e quantitativas sobre os cuidados prestados e os resultados do paciente. Se a pontuação da documentação apresentada estiver dentro de uma faixa preestabelecida de excelência, a instituição então recebe a visita de um grupo de examinadores responsáveis por avaliar minuciosamente sua estrutura. Após essa visita, uma comissão da ANCC afere os dados coletados para determinar se o reconhecimento *Magnet* será concedido ou não (ANCC 2019a).

Após um programa piloto envolvendo cinco hospitais em 1994, a ANCC concedeu o primeiro reconhecimento *Magnet* ao centro médico da Universidade de Washington, em Seattle (EUA). O credenciamento é concedido por quatro anos e, para renová-lo, a instituição deve demonstrar que continua a atender os critérios estabelecidos (ANCC, 2019a). Atualmente, 498 instituições de saúde têm o reconhecimento *Magnet*, a maioria delas (488) localizada nos EUA. Outros países que têm a certificação são: Austrália (3), Arábia Saudita (2), Bélgica (1), Canadá (1), China (1), Jordânia (1) e Líbano (1) (ANCC, 2019b).

Atingir o status de hospital-ímã é universalmente reconhecido como o “padrão ouro” da excelência em Enfermagem e a maior honra que um serviço de Enfermagem pode receber. Segundo a ANCC, este prestígio se deve ao fato de os hospitais com reconhecimento *Magnet* apresentarem percentuais mais altos de profissionais de Enfermagem satisfeitos, menores taxas de vacância e rotatividade, maior satisfação do paciente e melhores resultados clínicos (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2016).

A necessidade de documentar a presença das forças de magnetismo e o comprometimento institucional com a qualidade dos cuidados prestados tornou a implementação de um Modelo de Prática Profissional de Enfermagem (MPPE) um dos requisitos mais importantes para a obtenção do reconhecimento *Magnet* (ROBERT; FINLAYSON, 2015). De acordo com a ANCC (2019a), um MPPE é uma estrutura visual que articula o cuidado prestado pelos profissionais de Enfermagem para alcançar resultados da mais alta qualidade. Um MPPE reflete como os profissionais praticam, colaboram, se comunicam e se desenvolvem profissionalmente, integrando missão, visão, valores, filosofia e teorias de Enfermagem à sua prática (BERGER; CONWAY; BEATON, 2012).

Em uma das primeiras e até hoje mais renomada revisão sobre o tema, Hoffart e Woods (1996) identificaram cinco elementos-chave para a composição de um MPPE: I) valores profissionais, II) relações profissionais, III) modelo de prestação de cuidado, IV) abordagem de gerenciamento ou governança e V) sistema de remuneração e recompensas. Para exemplificar a relevância deste modelo, as autoras fazem analogia a uma corda de cinco filamentos, cada qual representando um dos elementos-chave. Segundo elas, se estes filamentos estiverem entrelaçados, a corda então será muito mais forte do que qualquer um dos fios sozinho (Figura 1).

FIGURA 1 - COMPONENTES DO MPPE



FONTE: Hoffart e Woods (1996), tradução nossa.

Neste mesmo estudo foram analisados cinco MPPE para determinar como cada um dos elementos-chave eram representados. Identificou-se que os valores

profissionais incluídos com mais frequência retratavam a autonomia, a responsabilidade, o desenvolvimento profissional, a educação continuada e o atendimento de alta qualidade. Em menor número, mas também presentes, apareciam a continuidade no atendimento, o comprometimento com o serviço e o raciocínio crítico. Relações profissionais em que os profissionais de Enfermagem respeitam as habilidades e necessidades uns dos outros, se comunicam de maneira eficaz e enfatizam a colaboração, apareceram como relacionamentos essenciais para o sucesso de um MPPE (HOFFART; WOODS, 1996).

O Modelo de Prestação de Cuidado (MPC), terceiro elemento de um MPPE, constitui a estrutura ou processo pelo qual as responsabilidades pelo atendimento ao paciente são atribuídas e o trabalho é coordenado entre os profissionais. Segundo o estudo, os MPC tradicionais incluem: Enfermagem funcional, Enfermagem por equipe, assistência integral ao paciente e Enfermagem primária (HOFFART; WOODS, 1996). Neste ponto, cinco questões são indicadas para orientar a definição de um MPC. (a) “Quem é responsável por tomar decisões sobre o atendimento ao paciente”? (b) “Quanto tempo as decisões dessa pessoa permanecem em vigor”? (c) “Como o trabalho é distribuído entre os funcionários: por tarefa ou por paciente”? (d) “Como é tratada a comunicação no atendimento ao paciente”? (e) “Como é gerenciada toda a unidade”? (DIMITROFF et al., 2016).

A seleção de uma abordagem de gerenciamento ou governança específica a estrutura e os processos usados para tomar decisões relacionadas à organização da unidade e da instituição. A este respeito, o estudo identificou que as instituições e os serviços de Enfermagem que tradicionalmente vinham se apresentando de forma altamente burocrática, recentemente passaram a diminuir as camadas organizacionais e a adotar processos descentralizados de tomada de decisão. As abordagens participativas de gerenciamento foram mais consistentes com os valores profissionais de autonomia e responsabilidade do que as abordagens tradicionais (HOFFART; WOODS, 1996).

O quinto e último componente do MPPE, o sistema de remuneração e recompensas, busca reconhecer as contribuições para os resultados dos pacientes, da organização e da profissão. Métodos alternativos para remuneração financeira são sugeridos pelas autoras, como, por exemplo, a compensação com base no esforço aprimorado, aumento da produtividade da unidade e melhores resultados dos

pacientes, por serem consistentes com o valor profissional da responsabilidade pela prática (HOFFART; WOODS, 1996).

Métodos de recompensa não financeira também são vistos como uma excelente maneira de garantir o engajamento dos profissionais (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2018). Nesse caso, pode-se investir na liberação do profissional para participar de cursos e congressos em sua área de atuação, no reconhecimento formal por meio dos canais de comunicação da instituição, ou até mesmo pela criação de um prêmio simbólico em nível local ou regional (HOFFART; WOODS, 1996).

Percebe-se, assim, que a utilização de um MPPE orienta a prática de Enfermagem e promove a identidade profissional. Para além disso, ainda é capaz de direcionar as atividades de Enfermagem e a formação educacional necessária para executá-las com segurança (ARFORD; ZONE-SMITH, 2005). Portanto, qualquer instituição, esteja ela em busca do reconhecimento *Magnet* ou não, pode e até deveria implementar um MPPE (SLATYER et al., 2016).

Três caminhos diferentes podem guiar esta mudança: I) a adoção de um modelo disponível na literatura, II) a adaptação de um modelo ou III) a criação de um modelo personalizado. É importante considerar que, embora adotar um MPPE pronto possa soar mais fácil do que criar sua própria estrutura, conseguir um bom ajuste para as especificidades da instituição é mais difícil ao adotar do que ao criar sua própria versão. Por outro lado, a elaboração de uma estrutura personalizada exige uma quantidade considerável de tempo, dedicação e disposição para cometer erros ao longo do processo (MILES; VALLISH, 2010).

Independentemente do caminho escolhido, alguns pontos devem ser observados para que se obtenha sucesso na implementação de um MPPE. A participação da equipe de Enfermagem é um componente crítico deste processo, pois promove a compreensão e a adesão ao novo modelo. Quando os profissionais da equipe estão ativamente envolvidos, é mais provável que se sintam mais bem conectados em seus relacionamentos com os pacientes, com os outros profissionais e com a própria instituição. Portanto, ainda que grande parte das discussões sobre o MPPE ocorra em nível gerencial, os profissionais da equipe de Enfermagem devem ser convidados a compartilhar suas contribuições e recomendações (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2016).

Um dos primeiros passos no desenvolvimento do MPPE é uma revisão da literatura atual como forma de identificar as melhores práticas. O MPPE deve usar

evidências atualizadas como base para o aprimoramento dos padrões, procedimentos e políticas de Enfermagem que afetam a prestação de cuidados. Isso mantém a equipe consciente e envolvida com as ações de desenvolvimento que visem à qualidade dos cuidados (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2016).

Segundo Miles e Vallish (2010), para que o MPPE se mantenha fiel àquilo que é realmente relevante para a instituição, deve-se ter em mente os seguintes questionamentos: O que valorizamos e quais são os nossos princípios orientadores? Quais resultados estratégicos são importantes para a Enfermagem e para nossa instituição? Quais estruturas e processos são necessários para alcançar os resultados desejados? Como vamos avaliar a eficácia da nossa prática?

Para encontrar respostas para estas questões, uma análise aprofundada do planejamento estratégico e da filosofia de Enfermagem da instituição fornece um importante ponto de partida. A coleta de dados por meio de fóruns pode acrescentar outras informações valiosas a respeito do que a equipe de Enfermagem aprova e desaprova na instituição. Quanto mais os profissionais sentirem que seus valores são compreendidos e respeitados, mais dispostos estarão a participar da implementação do MPPE (HOFFART; WOODS, 1996).

Outro ponto importante para o engajamento contínuo dos profissionais refere-se a uma revisão regular do MPPE, de forma a garantir que ele continue sendo atual e significativo para as necessidades da instituição e dos profissionais. Avaliações formais também são uma boa maneira de verificar o envolvimento da equipe e obter *feedback* sobre os aspectos do MPPE que podem necessitar de alterações (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2016).

Por fim, é indicado que o MPPE seja formalmente apresentado a todos os profissionais de Enfermagem por meio de sessões interativas. Nesse sentido, o desenvolvimento de uma linguagem comum e clara para descrever os componentes do MPPE (BASOL; HILLEREN-LISTERUD; CHMIELEWSKI, 2015) e a adoção de uma representação gráfica têm feito parte dos MPPE publicados na literatura científica e costumam auxiliar os profissionais na assimilação dos principais conceitos (SLATYER et al., 2016).

A existência de estudos que reconhecem os MPPE como principais responsáveis por fomentar ambientes que promovam uma prática profissional de Enfermagem de qualidade (BASOL; HILLEREN-LISTERUD; CHMIELEWSKI, 2015; MURPHY et al., 2011) faz desse modelo um sólido alicerce sobre o qual pode ser

construído o Processo de Educação (PEduc) da equipe de Enfermagem, representando, assim, uma importante ferramenta para a Sistematização da Educação Permanente de Enfermagem (SisEPE) pretendida neste estudo.

### 3.3 PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Em países desenvolvidos, a Educação Baseada em Competências (EBC) vem ganhando forças como estratégia de desenvolvimento profissional, especialmente à medida que assuntos relacionados à qualidade do cuidado e à segurança do paciente se tornaram foco central de políticas de atenção à saúde (FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

A competência, nesse caso, pode ser entendida como um saber agir responsável reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional (LE BOTERF, 1995). Seu desenvolvimento está fortemente relacionado à qualidade do cuidado e à segurança do paciente e, por estas razões, tem despertado o interesse de governantes e responsáveis por instituições de saúde ao redor do mundo (SAMOTO, 2013).

Ainda que a importância da competência para a prática de Enfermagem no atual sistema de saúde seja indiscutível e que sua utilização seja cada vez mais recorrente, sinais de confusão acerca deste conceito ainda são bastante visíveis (DONLEY; FLAHERTY, 2008) e têm evocado diversas críticas por parte de estudiosos que consideram complicado e inadequado operacionalizar o ensino e a avaliação dos profissionais por meio de longas listas de competências (TEN CATE; TOBIN; STOKES, 2017).

Neste contexto, um grande desafio para a educação nas profissões de saúde é encontrar maneiras de estruturar e avaliar a integração de conhecimentos, habilidades e atitudes à formação de um profissional competente (CHESBRO; JENSEN; BOISSONNAULT; 2017). Uma fórmula emergente para preencher essa lacuna entre a EBC e a prática profissional foi introduzida na área da saúde por Olle Ten Cate, em 2005, e refinada em 2015, por meio das “*Entrustable Professional Activities*” (EPAs) (TEN CATE, 2005; MULDER et al., 2010).

É importante destacar que as EPAs não se destinam a substituir as competências, mas, sim, a traduzi-las para a prática profissional, tendo como foco o

aumento da autonomia e da responsabilidade em relação à prontidão para a prática não supervisionada de tarefas essenciais para a profissão. Consistem, portanto, em atividades que podem ser confiadas a um profissional, uma vez que as competências requeridas para sua execução sejam suficientemente atingidas (PETERS et al., 2017).

A principal diferença entre esses dois conceitos é que as competências são características relacionadas aos indivíduos (isto é, conhecimentos, habilidades e atitudes que o profissional deve ter), enquanto as EPAs estão focadas nas características do trabalho que deve ser realizado. Desta maneira, o mapeamento das EPAs basicamente responde à pergunta: quais competências o profissional deve ter para que a execução de uma atividade seja confiada a ele sem necessidade de supervisão? (TEN CATE; TOBIN; STOKES, 2017).

Nas profissões da saúde, a definição de EPAs mostra-se útil de duas maneiras. Primeiro, convida os responsáveis pelo PEduc a identificar e selecionar as atividades importantes, representativas e/ou críticas que devem ser dominadas pela equipe, concentrando-se nos resultados desejados. E segundo, implica que cada atividade esteja vinculada explicitamente ao domínio das competências que são mais cruciais para seu desempenho, criando, assim, uma base para observação e avaliação dessas competências à medida que se manifestam na prática profissional (MULDER et al., 2010).

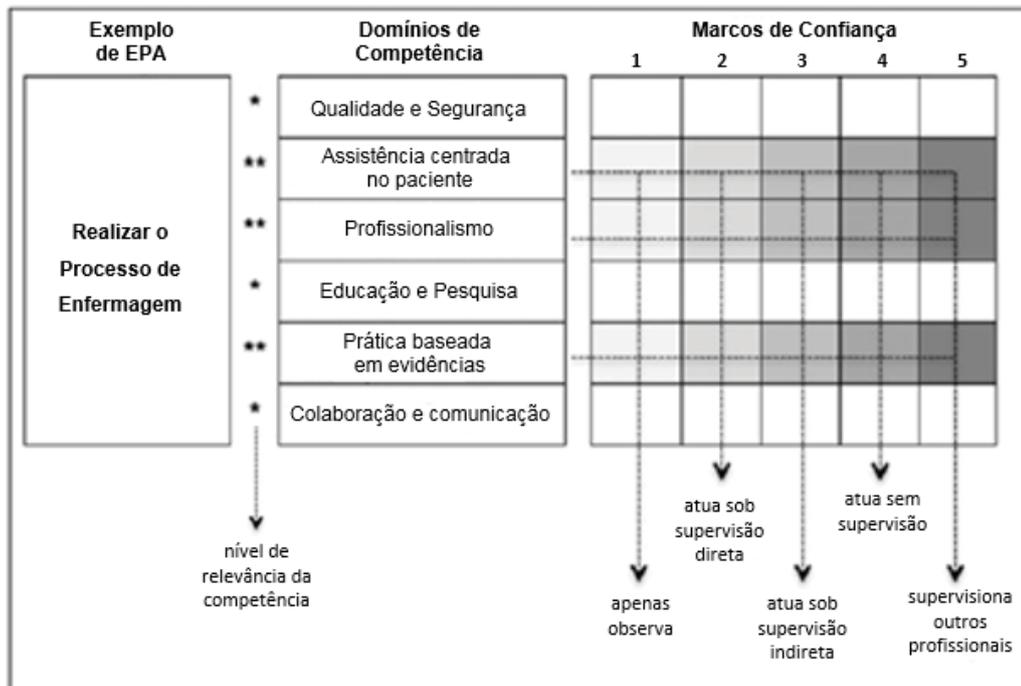
Além da possibilidade de implementar competências em uma rotina diária de trabalho e ensino, as EPAs se propõem a simplificar a decisão de quando uma atividade pode ser confiada ao profissional, constituindo o principal método de avaliação deste modelo. Nesse sentido, Ten Cate (2005) propõe que os profissionais sejam avaliados e classificados para cada EPA de acordo com cinco níveis de supervisão: I: atua apenas na observação; II: atua sob supervisão direta; III: atua sob supervisão indireta; IV: atua sem supervisão; e V: atua na supervisão de outros profissionais.

Em decorrência de a avaliação das EPAs estar diretamente relacionada ao nível de supervisão, é importante definir as características a serem observadas para determinar se o profissional está apto ou não a desempenhar uma EPA sem supervisão. Na literatura científica, esse conjunto de características é conhecido como *Milestones* e representa o nível de confiança a ser atingido para que a atividade possa ser delegada com segurança ao profissional. Por não haver uma tradução validada do

termo *Milestones* para a língua portuguesa, optou-se por tratá-lo daqui por diante como “marcos de confiança”.

A integração entre os conceitos de EPA, competências, marcos de confiança e níveis de supervisão é mostrada na Figura 2.

FIGURA 2 - INTEGRAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE EPA, COMPETÊNCIAS, MARCOS DE CONFIANÇA E NÍVEIS DE SUPERVISÃO



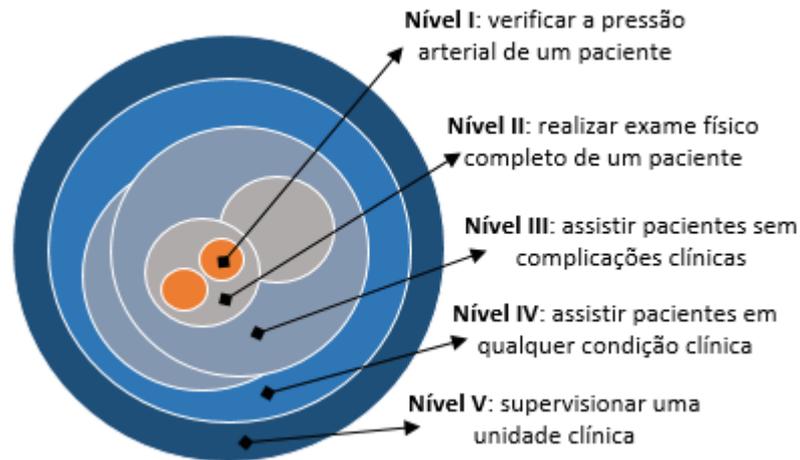
FONTE: Adaptado de Ten Cate et al. (2015).

Uma análise mais atenta da Figura 2 revela a possibilidade de classificar cada domínio de competência de acordo com seu nível de relevância para o desempenho da EPA. Embora não seja obrigatória, essa medida auxilia os profissionais a priorizar o desenvolvimento das competências mais úteis para sua prática, podendo direcionar, inclusive, os critérios de avaliação (TEN CATE et al., 2015).

Delimitar a amplitude das EPAs é frequentemente um tópico de debate e, às vezes, de confusão. Embora não exista um número específico de atividades a serem definidas, é importante considerar agrupar pequenas atividades em uma única EPA. Por exemplo, uma das primeiras atividades a serem confiadas a um profissional de Enfermagem é a “verificação da pressão arterial”. Ainda que essa ação verdadeiramente represente uma EPA, essa responsabilidade pode (e deve) estar incluída em uma EPA mais ampla, como “realização de exame físico completo” (SCHAAF, 2014). Esta dinâmica, que aninha EPAs menores em EPAs maiores,

conforme as atribuições do profissional, pode ser mais bem compreendida pela análise da Figura 3.

FIGURA 3 - PROCESSO DE ANINHAMENTO DE EPAs



FONTE: Adaptado de Ten Cate et al. (2015).

Segundo Ten Cate et al. (2015), uma descrição completa de EPA inclui seis ou sete seções que definem título, descrição, domínios de competência, competências requeridas, marcos de confiança, critérios de avaliação e, opcionalmente, o prazo estimado para que o profissional passe a desempenhar a atividade sem necessidade de supervisão direta.

QUADRO 2 - DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES DE UMA EPA

(continua)

<b>Componente</b>	<b>Descrição</b>
Título	Deve ser conciso e informativo, de modo a ser prontamente entendido. Sempre que possível deve ser limitado a 10 palavras ou menos.
Descrição	Deve listar e descrever claramente o que está incluído na atividade.
Domínios de competência	Deve descrever os princípios/padrões mais aplicáveis à atividade.
Competências requeridas	Deve descrever as competências a serem desenvolvidas para que o profissional seja capaz de desempenhar a atividade sem a necessidade de supervisão direta.
Marcos de confiança	Deve descrever as características a serem observadas em um profissional que tenha atingido o nível de competência suficiente para desempenhar a atividade sem a necessidade de supervisão direta.

QUADRO 2 - DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES DE UMA EPA

(conclusão)

Componente	Descrição
Critérios de avaliação	Deve descrever os critérios e responsáveis por avaliar e fundamentar a decisão de atribuir ou não a atividade a um profissional. Pode incluir: observação direta, discussões de casos e avaliação de produtos.
Prazo estimado	Opcionalmente pode descrever o tempo estimado para que um profissional atinja o nível de competência suficiente para desempenhar a atividade sem a necessidade de supervisão direta.

FONTE: Ten Cate et al. (2015), tradução nossa.

Vale ressaltar que a seleção das atividades depende tanto da especialidade e das demandas específicas do local de trabalho quanto da habilitação do profissional para realizá-las. Isso faz com que a EPA seja um componente altamente personalizado, capaz de fornecer uma visão equilibrada das competências de um profissional e de tornar o processo de ensino e a avaliação mais práticos e gerenciáveis (MULDER et al., 2010).

## 4 METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta a metodologia adotada para orientar esta pesquisa, definindo para tanto o tipo de estudo, o local do estudo, as estratégias para coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O delineamento de uma pesquisa requer conhecimento sobre qual a melhor forma de se descobrir, por meios científicos, a resposta para uma problemática estabelecida. Essa melhor forma pode emergir por meio de diversos fatores: interesse e habilidade do pesquisador para conduzi-la, tempo e recursos disponíveis, enquadramento do método ao objeto de pesquisa e, principalmente, pelos pressupostos ontológicos e epistemológicos adotados pelo pesquisador (MASSUKADO, 2008).

Com base nos objetivos que este estudo se propõe a alcançar e nos processos a serem conduzidos para o alcance dos resultados, optou-se pelo desenvolvimento de pesquisa metodológica. Segundo Polit e Beck (2011), a pesquisa metodológica refere-se à investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisa rigorosa para elaboração de instrumento confiável, preciso e utilizável, que possa ser utilizado por outros pesquisadores e outras pessoas.

Esse método pode ser empregado em qualquer disciplina científica que lide com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de Enfermagem (POLIT; HUNGLER, 1995). Na prática, utiliza sistematicamente os conhecimentos existentes para elaborar uma nova intervenção ou para melhorar significativamente uma intervenção existente. Pode ainda compreender a elaboração ou a melhoria de instrumentos, dispositivos ou métodos de mediação (CONTRADIOPOULOS et al., 1997).

Para atender ao objetivo proposto, este estudo foi subdividido em três etapas:

Etapa 1: Construção de uma matriz brasileira de PPPE.

Ocorreu em duas fases:

- Fase 1: Seleção de modelos internacionais de PPPE que pudessem ser replicados ou adaptados à realidade brasileira;

- Fase 2: Comparação e adequação dos PPPE internacionais às especificidades da legislação brasileira de educação e prática de Enfermagem.

Etapa 2: Descrição dos componentes e exemplificação da construção de um MPPE.

Etapa 3: Definição de um modelo de processo de educação.

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi um HUF de grande porte, situado na região Sul do Brasil. Trata-se de um hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinado ao atendimento de casos de alta complexidade, bem como à realização de consultas especializadas.

Inaugurado no ano de 1912, o HUF tem 63 mil metros quadrados de área construída, capacidade para 601 leitos, e equipe profissional composta por 3.092 funcionários, distribuídos em 59 especialidades (HUF, 2018).

## 4.3 ESTRATÉGIAS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de pesquisa que envolveu múltiplos métodos para obtenção e organização dos dados, a descrição dos procedimentos relacionados à coleta e análise dos dados será apresentada individualmente para cada uma das etapas e fases estabelecidas para o estudo.

### 4.3.1 Coleta e análise de dados da Etapa 1 - Fase 1

A primeira etapa deste estudo, que teve como objetivo construir uma matriz brasileira de PPPE, teve início com uma revisão da literatura nacional. Em virtude desta revisão não ter revelado nenhum estudo ou documento que fosse capaz de esclarecer esse conceito em nível nacional, identificou-se a necessidade de explorar referências internacionais de padronização que pudessem ser aplicadas e/ou adaptadas para o contexto local.

Como forma de delimitar as buscas, optou-se por pesquisar os sítios eletrônicos das 130 instituições que compõem o ICN, buscando por documentos que contivessem padrões para a educação e/ou prática de Enfermagem. Esta escolha se deve ao fato de o ICN ser a primeira e mais abrangente organização internacional de profissionais de saúde, representando atualmente mais de 20 milhões de profissionais

de Enfermagem em todo o mundo (ICN, 2019). Além disso, a opção pela inclusão de documentos que descrevessem padrões de educação visou a ampliar os achados e identificar possíveis inconsistências entre a formação e a prática de Enfermagem nesses países.

Em razão do número restrito de instituições que tinham um sítio eletrônico válido, optou-se por ampliar a pesquisa, procedendo a uma busca manual por documentos. Para tanto, foi utilizado o buscador “*Google*”, sendo aplicadas as seguintes estratégias:

Estratégia 1: (“padrões para prática de enfermagem + nome do país em língua portuguesa”) OR (“nome do país em língua inglesa + *nursing standards*”) OR (“*patrones de enfermería* + nome do país em língua espanhola”).

Estratégia 2: (“competências de enfermagem + nome do país em língua portuguesa”) OR (“nome do país em língua inglesa + *nursing competencies*”) OR (“*competencias de enfermería* + nome do país em língua espanhola”).

Os documentos identificados foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: a) disponibilizado gratuitamente; b) referendado por Associação e/ou Conselho de Enfermagem; c) publicado em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; e d) relacionado à prática geral de Enfermagem.

Para explorar os documentos selecionados, optou-se pelo procedimento de análise documental pela sua clareza e coesão com as finalidades e os objetivos deste processo de identificação de PPPE. A análise documental é um procedimento que engloba identificação, verificação e apreciação de documentos que mantêm relação com o objeto investigado. Requer avaliação do contexto de produção dos documentos, de sua autoria, natureza e procedência, o que exige cuidado e perícia por parte do pesquisador (ANDRADE et al., 2018).

No campo da Enfermagem, tem possibilitado o aprofundamento teórico em temáticas específicas, utilizando documentos de diferentes fontes, como diretrizes curriculares, artigos, revistas, registros em prontuário de paciente, manuais, dissertações e teses (ANDRADE et al., 2018), para produzir ou reelaborar conhecimentos e criar formas de compreender fenômenos, interpretar fatos, sintetizar informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer inferências (LINDER, 2008).

#### 4.3.2 Coleta e análise de dados da Etapa 1 – Fase 2

Para adequar o conjunto de PPPE identificados na fase anterior à prática dos profissionais de Enfermagem brasileiros, foi necessário analisar as bases legais da profissão, buscando elementos que permitissem comparar a realidade local com os padrões internacionalmente validados. Neste sentido, optou-se pela análise de conteúdo das legislações que regem a educação e a prática profissional de enfermagem no Brasil, utilizando como base os documentos listados no Quadro 3.

QUADRO 3 - LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Documento	Órgão Legislador	Finalidade
Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986	Presidência da República	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987	Presidência da República	Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
Resolução COFEN nº 0564, de 06 de dezembro de 2017	Conselho Federal de Enfermagem – COFEN	Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
Resolução CNE/CEB nº 04/99, de 26 de novembro de 1.999	Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação	Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico
Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001	Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação	Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

FONTE: As autoras (2019).

Chizotti (1998) afirma que a decodificação de documentos pode empregar diferentes procedimentos na busca pelo significado profundo das comunicações neles cifradas. Neste caso, optou-se pela realização de leitura exploratória e crítica das legislações selecionadas, procurando evidenciar informações, dados e conceitos que pudessem ser comparados com os dados oriundos dos documentos internacionais de padronização.

#### 4.3.3 Coleta e análise de dados da Etapa 2

Tendo como base o referencial de Hoffart e Woods (1996), com o propósito de orientar as instituições de saúde brasileiras que desejam construir seu próprio MPPE, foi elaborado um roteiro composto por: 1) valores profissionais; 2) modelo de prestação de cuidados; 3) relações profissionais; 4) abordagem de gerenciamento ou governança; e 5) sistema de remuneração e recompensas (HOFFART; WOODS, 1996).

No intuito de demonstrar a aplicação prática destes elementos, construiu-se um MPPE que teve como base os elementos descritos na matriz de PPPE deste estudo e as declarações do planejamento estratégico do HUF cenário deste estudo, cujas missão, visão e valores são apresentados no Quadro 4.

QUADRO 4 - DECLARAÇÃO DE MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HUF

<p><b>Missão</b></p> <p>O HUF, como hospital de ensino, tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população.</p> <p><b>Visão</b></p> <p>“Ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção do país, acreditado com excelência”.</p> <p><b>Valores</b></p> <p>Comportamento ético; Compromisso com o Ensino e Pesquisa; Gestão participativa e Sustentável; Humanização; Qualidade; Segurança</p>
--

FONTE: Planejamento estratégico do HUF (2016).

#### 4.3.4 Coleta e análise dos dados da Etapa 3

A literatura científica existente acerca do conceito de “*Entrustable Professional Activities*” (EPAs), proposto por Ten Cate (2005), foi empregada para elaborar uma estrutura prática para o PEduc em Enfermagem, com vistas ao desenvolvimento de um profissional apto a praticar dentro de elevados padrões de qualidade e segurança.

A relação entre os conceitos de EPAs e competências foi mostrada em uma matriz, que teve como base os princípios extraídos do MPPE construído neste estudo.

A abordagem de cinco estágios de Kwan et al. (2016) foi adotada como modelo para orientar a identificação de EPAs.

Para guiar a descrição das EPAs, seguiu-se a configuração sugerida por Ten Cate et al. (2015), composta por título, descrição, domínios de competência, competências requeridas, marcos de confiança e critérios de avaliação. Uma EPA relacionada à execução do PE foi construída para exemplificar a descrição de cada um dos componentes

A estrutura fornece orientações para identificação e descrição das EPAs, sua combinação com as competências requeridas para o desenvolvimento da atividade e os marcos confiança que informam quando a EPA pode ser delegada com segurança ao profissional. Considerando o fato de a avaliação das EPAs ser pautada na capacidade que o profissional tem ou não para realizar uma determinada atividade sem supervisão, foram propostos quatro níveis de supervisão para embasar essa avaliação.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando as normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, recebendo parecer favorável em 24 de maio de 2018, sob o Parecer número 2.674.684 (Anexo A).

Todas as etapas da pesquisa foram conduzidas em conformidade com os quatro princípios básicos da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), visando, acima de tudo, a assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e do Estado no que se refere à confidencialidade, anonimato dos participantes, sigilo das informações e uso dos resultados unicamente para fins de publicação, eventos e revistas de cunho científico (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dada a subdivisão desta pesquisa em três etapas, optou-se por transcrever os resultados simultaneamente às respectivas discussões. Assim, neste capítulo serão apresentadas as informações provenientes dos documentos selecionados, bem como discutidos os resultados das análises feitas, no intuito de responder ao objetivo do estudo de sistematizar a educação permanente de Enfermagem.

### 5.1 ETAPA 1: CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ DE PPPE

Os padrões profissionais passaram a fazer parte da profissão de Enfermagem pela compreensão de que a capacitação de seus profissionais para prestação de cuidados de alta qualidade exigia a compreensão sobre as expectativas relacionadas à sua prática (FERGUSON-PARE et al., 2002). Assim, adotou-se internacionalmente o consenso de que a Enfermagem, como disciplina e profissão, deveria estabelecer padrões que orientassem sua prática e servissem de apoio para o desenvolvimento contínuo de seus profissionais. (LARRABEE, 2008).

Considerando este consenso, o ICN e os órgãos regulamentadores e/ou associações profissionais de Enfermagem de diferentes países passaram a empreender esforços no sentido de identificar e documentar princípios comuns à atuação dos profissionais de Enfermagem. Estes estudos deram origem a documentos de PPPE que descrevem o nível mínimo de desempenho esperado destes profissionais (STRONG, 2016).

Neste contexto, é razoável pensar que a exploração destas experiências internacionais de padronização seja uma estratégia apropriada para reunir as evidências necessárias para definição de um conjunto de PPPE brasileiros. Contudo, sua adequação aos preceitos éticos e legais que fundamentam a profissão de Enfermagem no Brasil requer que os dados provenientes desta exploração sejam analisados à luz da legislação nacional.

#### 5.1.1 Caminho percorrido na Etapa 1 – Fase 1

Inicialmente, foram acessados os 77 sítios eletrônicos (*sites*) disponibilizados na lista de membros do ICN (ICN, 2019). Para os demais 53 países, que não tinham esta informação cadastrada, utilizou-se o buscador “Google” para pesquisar a

existência de algum endereço eletrônico válido. A amostra final desta primeira etapa de pesquisas foi composta pelos sites de 76 instituições, visto que um dos endereços cadastrados no ICN era inválido.

Cada *site* foi amplamente examinado em busca de documentos que contivessem padrões para a prática e/ou educação de Enfermagem, retornando apenas três resultados válidos, oriundos da Austrália, Canadá e Estados Unidos.

Considerando que somente 58% dos países membros do ICN tinham um endereço eletrônico válido e que, destes países, menos de 4% continham os documentos buscados, ampliou-se a pesquisa, procedendo-se a busca manual de documentos para cada um dos 54 países que não contavam com um endereço eletrônico cadastrado, bem como para os 73 países que não apresentaram resultados na primeira rodada da pesquisa. Utilizando novamente o buscador “Google”, foram aplicadas duas estratégias de busca:

Estratégia 1: (“padrões para prática de enfermagem + nome do país em língua portuguesa”) OR (“nome do país em língua inglesa + *nursing standards*”) OR (“*patrones de enfermería* + nome do país em língua espanhola”).

Estratégia 2: (“competências de enfermagem + nome do país em língua portuguesa”) OR (“nome do país em língua inglesa + *nursing competencies*”) OR (“*competencias de enfermería* + nome do país em língua espanhola”).

Desta rodada de pesquisa, retornaram 32 documentos, que se somaram àqueles localizados na primeira rodada. Para composição da amostra final, os 35 documentos foram submetidos a critérios de inclusão elencados no item 4.3.1 desta pesquisa: a) disponibilizados gratuitamente; b) referendados por Associação ou Conselho de Enfermagem; c) publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; e d) relacionados à prática geral de Enfermagem.

Após aplicados os critérios de inclusão, restaram 17 documentos para composição da amostra final deste processo de identificação de PPPE. Todas as publicações foram acessadas entre os meses de fevereiro e junho de 2019 e não incluíram qualquer tipo de artigo científico ou documento que fizesse referência a uma área específica de atuação da Enfermagem (especialidade).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOCUMENTOS ENCONTRADOS, EXCLUSOS E INCLUSOS, SEGUNDO O TIPO DE BUSCA

Tipo de Busca	Número de países pesquisados	Número de documentos encontrados	Documentos excluídos critério "a"	Documentos excluídos critério "b"	Documentos excluídos critério "c"	Documentos excluídos critério "d"	Documentos incluídos
Sítio eletrônico	76	03	01	00	00	00	02
Manual	127	32	00	11	00	06	15
Total							17

FONTE: As autoras (2019).

Em razão da expressiva relevância, dois documentos foram acrescentados aleatoriamente a essa amostra; o primeiro, de autoria do *Nursing and Midwifery Council*, órgão regulador das profissões de Enfermagem e Obstetrícia nos países do Reino Unido, e o segundo referente à publicação do próprio ICN, mencionado em diversos documentos como fonte de dados para que os países estabelecessem seus próprios padrões. Os 19 documentos que compuseram a amostra final estão listados no Quadro 5.

QUADRO 5 - DOCUMENTOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA FINAL DE PPPE

(continua)

<b>Pais</b>	<b>Órgão Responsável</b>	<b>Documento</b>	<b>Ano</b>
África do Sul	South African Nursing Council	Directive for the Certificate for Enrolment as a Nurse	2018
Austrália	Australian Nursing and Midwifery Council	Enrolled nurse standards for practice Registered nurse standards for practice	2016
Bangladesh	Bangladesh Nursing Council	Entry to Practice Competencies for Nurse-midwives in Bangladesh	2015
Bermudas	Bermuda Nursing Council	Standards of Practice and Scope of Practice for Nursing Associates	2017
Canadá	Canadian Nurses Association	Framework for the practice of registered nurses in Canada	2015
Cingapura	Singapore Nursing Board	Core competencies of enrolled nurse Core competencies of registered nurse	2018
El Salvador	Junta de Vigilancia de la Profesion de Enfermeria	Perfil Genérico para la Formación de Profesionales de Enfermeria em El Salvador	2015
Emirados Árabes Unidos	UAE Nursing and Midwifery Council	Nursing and midwifery scope of practice	2012

QUADRO 5: DOCUMENTOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA FINAL DE PPPE

			(conclusão)
<b>País</b>	<b>Órgão Responsável</b>	<b>Documento</b>	<b>Ano</b>
Hong Kong	The Nursing Council of Hong Kong	A reference guide to the syllabus of subjects and requirements for the preparation of registered nurse (general) in the Hong Kong special administrative region	2016
Irlanda	Nursing and Midwifery Board of Ireland	Scope of Nursing and Midwifery Practice Framework	2015
Jordânia	Jordanian Nursing Council	National Standards and core competencies for registered nurse	2016
Malta	Nursing Services Directorate	The competency framework: guide for evidence and indicators The competency framework: information booklet	2016
Mianmar	Myanmar Nurses and Midwife Council	Core competencies for MNMC registered nurses and midwives	2015
Nepal	Nepal Nursing Council	Test Guidelines for the National Licensure Examination for Nurses (NLEN)	2019
Nova Zelândia	Nursing Council of New Zealand	Competencies for enrolled nurses Competencies for registered nurses	2012 2007
Paquistão	Pakistan Nursing Council	License practical nursing curriculum	2013
Portugal	Ordem dos Enfermeiros de Portugal	Perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais	2015
<b>Documentos incluídos aleatoriamente</b>			
Reino Unido	Nursing and Midwifery Council	Future nurse: Standards of proficiency for registered nurses	2018
Suíça (Sede)	International Council of Nurses	ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse	2003

FONTE: As autoras (2019).

A análise desses documentos não se limitou apenas a reunir informações relevantes, mas a proceder a uma reflexão criteriosa sobre o tema, buscando os significados contidos e suas implicações, de forma a possibilitar uma ampla discussão sobre propostas inovadoras para o desenvolvimento de profissionais de Enfermagem aptos a enfrentar a realidade complexa dos serviços de saúde (LINDER, 2008).

Para sintetizar os achados provenientes dessa reflexão elaborou-se o Quadro 6, composto por oito padrões distribuídos em três domínios diferentes. Uma lista de 40 conceitos-chave é fornecida para exemplificar como estes padrões podem ser

reconhecidos na prática profissional de Enfermagem. Pretende-se ainda que a definição destes conceitos-chave seja útil para embasar o desenvolvimento de listas de competências específicas para cada padrão.

QUADRO 6 - VISÃO GERAL DOS PADRÕES DE PRÁTICA ESTABELECIDOS PELOS PAÍSES SELECIONADOS NO ESTUDO

(continua)

<b>Domínio</b>	<b>Padrões</b>	<b>Conceitos-chave</b>
Prática profissional, ética e legal.	Prática Legal	Conhecer e cumprir legislações relacionadas à prática de Enfermagem;
	Prática Ética	Conhecer e cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
	Profissionalismo	Reconhecer os limites de sua prática; Aceitar responsabilidade e responsabiliza-se pelos cuidados de Enfermagem prestados ou delegados;
Gestão e prestação de cuidados	Princípios da Gestão do Cuidado	Liderança;
		Delegação de tarefas;
		Supervisão do cuidado;
		Raciocínio crítico;
		Priorização e gestão do tempo;
		Resolução de conflitos;
		Tomada de decisão;
	Princípios da Prestação do Cuidado	Processo de Enfermagem (avaliação; diagnóstico; planejamento; implementação e evolução)
		Continuidade do cuidado;
		Conhecimentos e habilidade;
		Promoção da saúde;
		Prevenção de doenças;
		Plano de Cuidados;
		Registros de Enfermagem;
		Cuidado holístico;
		Assistência centrada no paciente;
		Cuidado culturalmente competente;
		Cuidados paliativos;
		Prática Baseada em Evidência;
		Colaboração e prática interprofissional;
Comunicação e relações interpessoais;		
Segurança do ambiente e da prática profissional;		
Informática e tecnologia;		
Medidas de contingência;		
Desenvolvimento profissional	Valorização da profissão	Imagem positiva da Enfermagem;
		Desenvolvimento de políticas e programas;
		Valorização de pesquisas de Enfermagem;
	Melhoria contínua da qualidade	Inovação e tendências;
		Utilização de indicadores;
		Participação em programas de garantia da qualidade;

QUADRO 6: VISÃO GERAL DOS PADRÕES DE PRÁTICA ESTABELECIDOS PELOS PAÍSES SELECIONADOS NO ESTUDO

(conclusão)

Domínio	Padrões	Conceitos-chave
Desenvolvimento profissional	Aprendizagem contínua	Reflexão e revisão da prática;
		Aprendizagem ao longo da vida;
		Desenvolvimento e manutenção de competências;
		Apoio ao desenvolvimento de estudantes e profissionais de saúde;
		<i>Feedback</i> construtivo;
		Aprendizagem em equipe.

FONTE: As autoras (2019).

Embora a prática de Enfermagem seja distinta em cada sociedade, notou-se que os documentos analisados se estruturam em torno dos mesmos padrões, diferenciando-se, em alguns casos, por um ou outro conceito relacionado ao desempenho profissional. É provável que esta condição se deva ao fato de todos eles terem como base os princípios éticos e legais da profissão e os princípios da gestão e prestação de cuidados, que dão enfoque especial ao processo de Enfermagem e às questões deontológicas que alicerçam a prática de Enfermagem nos diversos contextos de cuidados em saúde.

Por consequência, pensar a construção de PPPE implica compreender como a Enfermagem se organiza como ciência e profissão em um determinado contexto e sua influência para a prática de seus múltiplos agentes. Condição especialmente relevante no Brasil, onde a profissionalização da Enfermagem, ocorrida em meados do século XIX, foi acompanhada, desde o início, entre outros aspectos, pela divisão do trabalho, que fragmentou sua prática em cuidados diretos e indiretos (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

#### 5.1.2 Caminho percorrido na Etapa 1 – Fase 2:

Antes de proceder à comparação dos achados da Fase anterior com a legislação nacional, é importante destacar que, de acordo com a Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87, “a Enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação” (BRASIL, 1986). Cabem ao enfermeiro atividades de maior complexidade e que exijam maior conhecimento técnico e científico; ao técnico, atividades de auxílio; e ao auxiliar, atividades de natureza repetitiva

(BRESCIANI et al., 2016). A função de parteira, por ter características peculiares de formação e prática, não será abordada nesse estudo.

Considerando estas subdivisões que incidem sobre o trabalho da Enfermagem brasileira, convém pensar a identificação dos PPPE nacionais sob uma ótica funcional, ponderando, a todo tempo, os limites de cada categoria profissional. Tal condição encaminha para que a análise seja iniciada pelo documento que traz o maior número de referências comuns a todos os profissionais de Enfermagem, neste caso, o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) - Resolução COFEN nº 564/2017.

Reservados os artigos e parágrafos que fazem referências individuais a uma das categorias profissionais, no Quadro 7, estão relacionados os trechos do CEPE que informam princípios comuns à prática profissional de Enfermagem brasileira. São apresentadas também as respectivas correlações entre estes princípios e os padrões extraídos dos documentos validados pelos países membros do ICN.

QUADRO 7 - PRINCÍPIOS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS PADRÕES INTERNACIONAIS

(continua)

Legislação	Trecho de Referência	Domínio	Padrão	Conceito -chave
Resolução COFEN nº 564/2017 Princípios Fundamentais	“o profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico”	Prática profissional, ética e legal	Prática Legal	Conhecer e cumprir legislações relacionadas à prática de Enfermagem
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 26	“conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem”		Prática Ética	Conhecer e cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
Resolução COFEN nº 564/2017 Art. 62 - Das Proibições	“executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade”		Profissionalismo	Reconhecer os limites de sua prática

QUADRO 7 - PRINCÍPIOS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS PADRÕES INTERNACIONAIS

(continuação)

Legislação	Trecho de Referência	Domínio	Padrão	Conceito-chave
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 51	“responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato”	Prática profissional, ética e legal	Profissionalismo	Aceitar responsabilidade e responsabilizar-se pelos cuidados de enfermagem prestados ou delegados
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 14	“aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade”	Gestão e prestação de cuidados	Princípios da gestão do cuidado	Prática Sistematizada: (avaliação; diagnóstico; planejamento; implementação e evolução)
Resolução COFEN nº 564/2017 Princípios Fundamentais	“o cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas”		Princípios da prestação de cuidados	Conhecimentos e habilidade
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 48	“prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto”			Promoção da saúde
Resolução COFEN nº 564/2017 Preâmbulo	“tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento”			Prevenção de doenças
Resolução COFEN nº 564/2017 Princípios Fundamentais	“a Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade”			Plano de Cuidados
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 36	“registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras”			Registros de Enfermagem
Resolução COFEN nº 564/2017 – Princípios Fundamentais	“exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade”			Cuidado holístico

QUADRO 7: PRINCÍPIOS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS PADRÕES INTERNACIONAIS

(continuação)

Legislação	Trecho de Referência	Domínio	Padrão	Conceito -chave
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 42	Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais	Gestão e prestação de cuidados	Princípios da prestação de cuidados	Assistência centrada no paciente
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 41	Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza			Cuidado culturalmente competente
Resolução COFEN nº 564/2017 Art. 48 (§ único)	“nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”			Cuidado paliativo
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 4	Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão			Colaboração e prática interprofissional
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 38	Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.			Comunicação e relações interpessoais
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 44	Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria			Segurança do ambiente e da prática profissional
Resolução COFEN nº 564/2017 – Art. 49	Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.			Medidas de contingência

QUADRO 7: PRINCÍPIOS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS PADRÕES INTERNACIONAIS

(conclusão)				
Legislação	Trecho de Referência	Domínio	Padrão	Conceito-chave
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 3	Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente	Desenvolvimento Profissional	Valorização da profissão	Imagem positiva da Enfermagem
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 10	Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração			Desenvolvimento de políticas e programas
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 18	Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.			Valorização de pesquisas de Enfermagem
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 6	Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional		Aprendizagem contínua	Aprendizagem ao longo da vida
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 55	Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.			Desenvolvimento e manutenção de competências
Resolução COFEN nº 564/2017 - Art. 17	Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente			Aprendizagem em equipe

FONTE: As autoras (2019).

Os resultados apresentados mostram que, entre os PPPE internacionalmente aceitos, apenas o padrão “Melhoria contínua da qualidade” não teve nenhum item validado pela Resolução COFEN 564/2017. Ainda assim, de um total de 40 conceitos-chave, 24 mostraram estreita relação com os princípios definidos no CEPE, revelando sua aplicabilidade a todas as categorias profissionais de Enfermagem incluídas neste estudo.

Buscando novos esclarecimentos para os padrões ainda não confirmados, foram analisadas as legislações pertinentes à educação dos profissionais de Enfermagem brasileiros, neste caso, a Resolução CNE/CEB nº 04/99, que institui diretrizes para a educação profissional de nível técnico, e a Resolução CNE/CES nº 03/01, que tem os mesmos propósitos para o curso de graduação em Enfermagem.

Assim como na análise do CEPE, os principais achados da apreciação das legislações de educação são apresentados na forma de quadro. Contudo, neste caso, é necessário observar que os dados provenientes de cada legislação habilitam a aplicação dos padrões unicamente para a categoria profissional que representam. Assim sendo, os princípios identificados na Resolução CNE/CEB nº 04/99 dão validade aos padrões para técnicos e auxiliares de Enfermagem, e os princípios da Resolução CNE/CES nº 03/01 conferem valor aos padrões para enfermeiros.

QUADRO 8 - RELAÇÃO DOS PPPE COM AS LEGISLAÇÕES DE EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS

(continua)

<b>Resolução CNE/CEB nº 04/99</b>	<b>Resolução CNE/CES nº 03/01</b>	<b>Domínio</b>	<b>Padrão</b>	<b>Conceito -chave</b>
	“no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade”	Gestão e prestação de cuidados	Princípios da Gestão do Cuidado	Liderança;
	”reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem”			Delegação de tarefas;
	“compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários”			Supervisão do cuidado;
	“Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”			Raciocínio crítico;

QUADRO 8 - RELAÇÃO DOS PPPE COM AS LEGISLAÇÕES DE EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS

(continuação)

Resolução CNE/CEB nº 04/99	Resolução CNE/CES nº 03/01	Domínio	Padrão	Conceito -chave
	“ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança”	Gestão e prestação de cuidados	Princípios da Gestão do Cuidado	Resolução de conflitos;
	“o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas”			Tomada de decisão;
	“a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo”			Continuidade do cuidado;
	“os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”		Princípios da Prestação do Cuidado	Prática Baseada em Evidência;
“utilizar recursos e ferramentas de informática específicos da área”	“usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem”			Informática e tecnologia;
	“desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional”	Desenvolvimento profissional	Melhoria contínua da qualidade	Inovação e tendências;
“coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação”	“utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde”			Utilização de indicadores;
“planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade”	“desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional”			Participação em programas de garantia da qualidade;

QUADRO 8: RELAÇÃO DOS PPPE COM AS LEGISLAÇÕES DE EDUCAÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS

(conclusão)

Resolução CNE/CEB nº 04/99	Resolução CNE/CES nº 03/01	Domínio	Padrão	Conceito-chave
	“este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente”	Desenvolvimento profissional	Aprendizagem contínua	Reflexão e revisão da prática;
	“ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais”			Apoio ao desenvolvimento de estudantes e profissionais de

FONTE: As autoras (2019).

Nota-se que os conceitos “priorização e gestão do tempo” e “*feedback* construtivo” não foram validados para nenhuma das categorias profissionais, indicando, assim, que não devem ser incluídos na lista de PPPE brasileiros. Dos 14 conceitos restantes, todos mostraram correspondência com as características relacionadas à formação de nível superior, tornando-os válidos para a prática dos enfermeiros. Já a prática dos profissionais de nível técnico teve três conceitos validados: “informática e tecnologia”, “utilização de indicadores” e “participação em programas de garantia da qualidade”.

A versão final da lista dos PPPE que estão em conformidade com a legislação brasileira de educação e prática de Enfermagem está representada no Quadro 9. Os conceitos-chave que definem cada padrão encontram-se sinalizados de acordo com a categoria profissional para o qual foram validados. Embora não pretenda ser exaustiva, esta lista busca fornecer um direcionamento para as instituições que tenham a intenção de adotar essa proposta de SisEPE.

QUADRO 9 - VERSÃO FINAL DOS PPPE BRASILEIRO

Domínio	Padrão	Conceito-chave	ENF	TE/AE
Prática profissional, ética e legal.	Prática Legal	Conhecer e cumprir legislações relacionadas à prática de enfermagem;	X	X
	Prática Ética	Conhecer e cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;	X	X
	Profissionalismo	Reconhecer os limites de sua prática;	X	X
Aceitar responsabilidade e responsabiliza-se pelos cuidados de enfermagem prestados ou delegados;		X	X	
Gestão e prestação de cuidados	Princípios da Gestão do Cuidado	Liderança;	X	
		Delegação de tarefas;	X	
		Supervisão do cuidado;	X	
		Raciocínio crítico;	X	
		Resolução de conflitos;	X	
		Tomada de decisão;	X	
	Processo de Enfermagem (avaliação; diagnóstico; planejamento; implementação e evolução)	X	X	
	Continuidade do cuidado;	X		
	Princípios da Prestação do Cuidado	Conhecimentos e habilidade;	X	X
		Promoção da saúde;	X	X
		Prevenção de doenças;	X	X
		Plano de Cuidados;	X	X
		Registros de Enfermagem;	X	X
		Cuidado holístico;	X	X
		Prática Centrada na pessoa;	X	X
		Cuidado culturalmente competente;	X	X
		Cuidados paliativos;	X	X
		Prática Baseada em Evidência;	X	
		Colaboração e prática interprofissional;	X	X
		Comunicação e relações interpessoais;	X	X
Segurança do ambiente e da prática profissional;		X	X	
Informática e tecnologia;		X	X	
Medidas de contingência;	X	X		
Desenvolvimento profissional	Valorização da profissão	Imagem positiva da enfermagem;	X	X
		Desenvolvimento de políticas e programas;	X	X
		Valorização de pesquisas de enfermagem;	X	
	Melhoria contínua da qualidade	Inovação e tendências;	X	
		Utilização de indicadores;	X	X
		Participação em programas de garantia da qualidade;	X	X
	Aprendizagem contínua	Reflexão e revisão da prática;	X	
		Aprendizagem ao longo da vida;	X	X
		Desenvolvimento e manutenção de competências;	X	X
		Apoio ao desenvolvimento de estudantes e profissionais de saúde;	X	
Aprendizagem em equipe.	X			

FONTE: As autoras (2019).

A amplitude dos padrões elencados mostra que a Enfermagem vem expandindo, a cada dia, seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto internacional, assumindo um papel cada vez mais proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de Enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde e, por isso, deve ser motivo para crescentes debates e ressignificações (BACKES, 2012).

As experiências descritas nesta etapa da pesquisa inferem que a prática de Enfermagem é parte do trabalho em saúde e das variáveis que correspondem às necessidades de saúde da população. Desta forma, ao se desenvolver, costuma adquirir feições e características próprias, influenciada pelas mudanças que ocorrem no âmbito de cada sociedade, seja no que diz respeito ao paradigma hegemônico de produção de conhecimento, seja pelas formas de organização do trabalho (PEREIRA et al., 2009).

## 5.2 ETAPA 2: DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES E EXEMPLIFICAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DE UM MPPE

Os objetivos da prestação segura e bem-sucedida de atendimento ao paciente incluem um atendimento de alta qualidade e baixo custo, com a obtenção de melhores resultados para paciente e familiares, e maior nível de satisfação profissional. A capacidade de atingir esses objetivos depende da abordagem utilizada pela instituição para combinar recursos humanos e materiais com as características do paciente e suas necessidades de cuidados de saúde (HUBER, 2016).

As evidências relatadas nesse estudo reforçam que instituições de saúde que aderem ao MPPE têm profissionais mais satisfeitos e, conseqüentemente, capazes de alcançar melhores resultados para seus pacientes. Condição que fornece um grande ímpeto para a ampla aplicação deste modelo.

No entanto, é provável que a terminologia e os conceitos do MPPE sejam novos e potencialmente difíceis de compreender para os profissionais não familiarizados com o referencial teórico do *Magnet* (SLATYER et al., 2016), contexto em que se enquadram os profissionais de Enfermagem brasileiros. Por esse motivo, optou-se por melhor esclarecê-los neste subcapítulo do estudo.

## 5.2.1 Caminho percorrido na Etapa 2

Utilizando o referencial de Hoffart e Woods (1996), foi construído um roteiro com o propósito de orientar as instituições de saúde brasileiras que desejem construir seu próprio MPPE. O roteiro, apresentado na sequência, traz diversas considerações acerca da aplicação dos cinco conceitos-chave: 1) valores profissionais; 2) relações profissionais; 3) modelo de prestação de cuidados; 4) abordagem de gerenciamento ou governança; e 5) sistema de remuneração e recompensas.

### 5.2.1.1 Valores Profissionais

A conscientização dos profissionais de Enfermagem sobre seus valores é um componente crítico do cuidado humano de Enfermagem, uma vez que implica diretamente a resolução de problemas, o raciocínio crítico, a priorização de cuidados e a atenção prestada às necessidades do paciente. Fatores que representam importantes influências para a qualidade da assistência (PANG et al., 2009).

Nesse contexto, um conjunto amplamente aceito de valores profissionais é visto como um padrão de excelência que a profissão de Enfermagem deve incorporar em todos os níveis de prática (POORCHANGIZI et al., 2019). Para tanto, faz-se necessário compreender quais são esses valores, como eles são formados e suas influências para a tomada de decisão profissional (GILMORE, 2014).

O processo de esclarecimento de valores requer o envolvimento de toda a equipe de Enfermagem da organização e pode ser conduzido por meio de um encontro presencial, mediado por um facilitador. Em organizações de grande porte, onde é difícil reunir um grande número de profissionais ao mesmo tempo, a técnica do grupo focal pode ser empregada como alternativa, reunindo vários grupos menores até que todos tenham a oportunidade de participar (HOFFART; WOODS, 1996).

Em geral, o exercício de esclarecimento de valores é iniciado com o facilitador lançando um questionamento relacionado ao propósito do encontro. Por exemplo: “qual você considera o objetivo final da Enfermagem”? Essa pergunta pode ser seguida por outra mais específica, do tipo: “como esse objetivo pode ser alcançado”? Se necessário, outras perguntas podem ser feitas para estimular mais discussões (HOFFART; WOODS, 1996).

Uma vez que os valores vão sendo nomeados, o facilitador pode conduzir um diálogo sobre eles, abordando livremente as reações dos membros e sondando as

possíveis consequências institucionais do uso desses valores para orientar a prática de Enfermagem (HOFFART; WOODS, 1996).

Outra opção consiste em o facilitador apresentar uma lista previamente elaborada de valores de Enfermagem e pedir aos participantes que as classifiquem em ordem de prioridade. Embora eficiente, uma desvantagem desse método é a falta de reflexão profunda por parte dos participantes (HOFFART; WOODS, 1996).

Independentemente da técnica escolhida, é importante que o facilitador lance mão de variados recursos de facilitação, parafraseando e espelhando os diálogos, atraindo pessoas, realocando deliberadamente e gerenciando a energia do grupo para garantir um processo abrangente e participativo (KANER, 2014).

À medida que os valores vão sendo articulados, eles devem ser documentados e uma estratégia de análise deve ser empregada para priorizar aqueles mais significativos para o grupo. Como exemplo, a técnica *Delphi*, que pode ser empregada para agrupar várias respostas e, em seguida, gerar consenso em uma lista final de valores de Enfermagem. É prudente manter esta lista final curta para facilitar a compreensão e a integração aos documentos da instituição.

Além de orientar a tomada de decisão da equipe de Enfermagem, o esclarecimento de um conjunto de valores profissionais serve como base para a construção de outros documentos, como a declaração de filosofia de Enfermagem. (HOFFART; WOODS, 1996). Uma declaração de filosofia é definida como uma explicação dos sistemas de crenças que determinam como uma missão ou um objetivo deve ser alcançado. É abstrata e descreve um estado ideal, podendo ser iniciada pelas palavras "Acreditamos que...".

Quando alinhados à missão da organização, esses documentos asseguram que as crenças e intenções sejam evidentes no cotidiano de trabalho e que as partes interessadas, tanto internas quanto externas, compreendam o que a instituição está se propondo realizar. (INGERSOLL; WITZEL; SMITH, 2005). A combinação desses elementos de gerenciamento e dos recursos disponíveis forma a estrutura básica para o funcionamento da organização e traz implicações diretas para a prática profissional de Enfermagem (HUBER, 2016).

Para mostrar como ocorre esse alinhamento, foi adotado, conforme proposto nesse estudo, o exemplo de missão de um HUF do sul do Brasil, que traz a seguinte declaração:

*“O HUF, como hospital de ensino, tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e na sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população” (HUF, 2016).*

Nesta declaração, é possível notar que os objetivos principais da organização estão representados por quatro categorias distintas, mas inter-relacionadas: assistência, ensino, pesquisa e inovação. Assim, além de prestar assistência, parte do trabalho da equipe de Enfermagem desta organização incluirá a formação de alunos, a realização de pesquisas e a participação em projetos que visem à concepção e incorporação de novas tecnologias. Como resultado, os valores profissionais e a filosofia de Enfermagem deste HUF devem obrigatoriamente incluir essas quatro vertentes.

Embora o HUF em questão não tenha uma declaração de filosofia de Enfermagem consolidada, que permita fazer as devidas comparações, será fornecido um exemplo de como esta declaração poderia estar escrita:

*“Nos serviços de Enfermagem do HUF acreditamos que todo indivíduo tem o direito de ser atendido e de receber cuidados qualificados. É nossa convicção que a prática de Enfermagem de qualidade tem sua base na formação acadêmica exemplar, na pesquisa e na prática baseada em evidências. Por esses motivos, a equipe de Enfermagem do HUF está comprometida em orientar estudantes de Enfermagem e em se envolver em pesquisas científicas, num esforço contínuo pela busca de novos conhecimentos, inovações e melhorias, que impactem positivamente na prestação de cuidados seguros e eficazes” (AS AUTORAS, 2019).*

Os valores expressos nesse exemplo sugerem o direito do paciente ao atendimento de qualidade, a importância da educação e da pesquisa para o desenvolvimento da profissão e a necessidade de inovação e melhoria contínua para a excelência do cuidado. Comparando esse modelo hipotético de filosofia de Enfermagem aos dados da missão da organização, é possível reconhecer a coerência entre os documentos, como pode ser observado nos termos descritos no Quadro 10.

QUADRO 10 - CONSISTÊNCIA ENTRE DECLARAÇÃO DE MISSÃO E OS VALORES DE ENFERMAGEM

<b>Missão da Organização</b>	<b>Valores de Enfermagem</b>
Assistência	“Nos serviços de Enfermagem do HUF, acreditamos que todo indivíduo tem o direito de ser atendido e de receber cuidados qualificados”
Ensino	“É nossa convicção que a prática de Enfermagem de qualidade tem sua base na formação acadêmica exemplar (...)” “Por esses motivos, a equipe de Enfermagem do HUF está comprometida em orientar estudantes de Enfermagem (...)”
Pesquisa	“É nossa convicção que a prática de Enfermagem de qualidade tem sua base (...), na pesquisa (...)” “Por esses motivos, a equipe de Enfermagem do HUF está comprometida em (...) envolver-se em pesquisas científicas, num esforço contínuo pela busca de novos conhecimentos”
Inovação	“É nossa convicção que a prática de Enfermagem de qualidade tem sua base (...) na prática baseada em evidências” “Por esses motivos, a equipe de Enfermagem do HUF está comprometida (...) pela busca de (...), inovações e melhorias que impactem positivamente na prestação de cuidados seguros e eficazes”

Fonte: As autoras (2019).

É importante reconhecer que, embora sejam seguidos todos os passos descritos neste estudo para esclarecimento dos valores profissionais e construção da declaração de filosofia de Enfermagem, ainda podem ocorrer inconsistências entre esses documentos e a missão da organização. Orienta-se, neste caso, que os dados levantados com a equipe sejam revistos e reagrupados, buscando a construção de um conjunto mais coerente. Caso persista a falta de congruência, podem-se examinar os dados juntamente com uma lista de tarefas diárias de Enfermagem. Esse exercício fornece informações sobre o fluxo de trabalho e pode evidenciar valores que não haviam sido identificados anteriormente (HOFFART; WOODS, 1996).

Fato é que toda e qualquer inconsistência deve ser tratada, mesmo que isso implique refazer o processo de esclarecimento de valores desde o início, pois o alinhamento adequado da missão organizacional e dos valores de Enfermagem embasará a escolha de um fundamento teórico, que constitui a base sobre a qual será construído o MPPE.

O fundamento teórico fornece parâmetros para a prática de Enfermagem e pode ser informado por um conjunto de princípios centrais ou por teorias externas da área de Enfermagem ou Administração, contanto que se relacionem adequadamente à missão e aos valores de Enfermagem da organização (HOFFART; WOODS, 1996).

Slatyer et al. (2016), em um estudo de revisão em que avaliaram 38 MPPE, identificaram que as teorias de Enfermagem<sup>1</sup> mais comumente utilizadas foram a Teoria de Swanson, a Teoria de Watson e a Teoria de Nightingale. O Cuidado Baseado em Relacionamentos foi outra teoria bastante presente, seja de forma isolada ou em combinação com as teorias de Swanson ou Watson. O modelo de Benner também foi empregado em conjunto com outras teorias para abordar aspectos específicos do MPPE, como um programa de desenvolvimento profissional.

Fora da disciplina de Enfermagem, a teoria mais utilizada vem da Administração, que propõe, por meio da Teoria Organizacional, uma correlação entre as características da instituição e os resultados esperados para alcançar a qualidade nos cuidados prestados. Outras fontes de fundamentação teórica incluíram a adoção ou adaptação de modelos construídos por outras organizações ou disponíveis na literatura científica e, por fim, o levantamento dos próprios princípios centrais da organização como fundamento para a construção do MPPE (HOFFART; WOODS, 1996).

Diante dos inúmeros caminhos disponíveis para definição da fundamentação teórica, é importante que a organização conduza uma ampla revisão de literatura, buscando teorias e modelos que correspondam à sua declaração de missão e valores de Enfermagem. Os documentos selecionados devem ser levados ao conhecimento dos profissionais de Enfermagem da organização para serem amplamente discutidos e um ou mais modelos/teorias serem selecionados para fundamentar a construção do MPPE. Caso não seja identificada compatibilidade com os modelos ou teorias existentes, deve ser conduzido um processo para identificar os princípios que embasam a prática de Enfermagem na instituição. Esses princípios farão o papel de fundamentação teórica e o MPPE poderá ser construído em seu entorno.

---

<sup>1</sup> A Enfermagem, durante muitos anos, descreveu seus procedimentos a partir da experiência da prática clínica para, nas primeiras décadas do século XX, sistematizá-los por meio das técnicas de Enfermagem. Alguns anos mais tarde, nas décadas de 1950 e 1960, passou-se a refletir mais profundamente sobre a profissão, seu objeto de trabalho e os referenciais teórico pertinente ao processo de cuidar. Assim começaram a ser elaboradas as teorias de Enfermagem (SOUZA, 1988).

Independentemente do caminho escolhido para definir a fundamentação teórica, o resultado deverá ser capaz de posicionar a instituição quanto à maneira como o trabalho de Enfermagem será conduzido, em outras palavras, qual será o MPC a ser seguido.

#### 5.2.1.2 Relações Profissionais

Embora os profissionais de Enfermagem necessitem de autonomia para praticar, raramente eles trabalham isoladamente. Por conta disso, promover a colaboração interprofissional por meio de ações colegiadas que melhorem os resultados do paciente é uma expectativa da prática profissional de Enfermagem (OMS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a prática interprofissional como um processo pelo qual vários profissionais de saúde de diferentes formações prestam assistência abrangente, trabalhando com pacientes, famílias e comunidades para oferecer a mais alta qualidade de atendimento em todos os ambientes de cuidado (OMS, 2010). Quando presente, além de melhorar o cuidado, essa prática também é capaz de promover a contenção de custos e a diminuição das variações nos cuidados prestados (HOFFART; WOODS, 1996).

Apesar de vários estudos demonstrarem ligação entre a prática interprofissional e melhores resultados dos pacientes (REEVES et al., 2009), e de haver um interesse crescente na preparação acadêmica para a prática interprofissional, sua tradução para os ambientes de trabalho tem sido lenta. Isso se deve ao fato de grande parte das instituições de saúde ainda persistirem na divisão dos profissionais por disciplina; levando-os a praticar de maneira isolada.

Insistir com cuidado na inclusão das relações profissionais nos MPPE é uma responsabilidade ética, uma vez que, capacitar os profissionais para desenvolverem relacionamentos flexíveis e eficazes que aprimorem os resultados dos pacientes é uma das principais contribuições do interprofissionalismo. Ajudar os profissionais a identificar aspectos da prática que requerem colaboração e a aceitar múltiplos pontos de vista promove um objetivo comum a todos os profissionais de saúde: o de buscar "aquilo que é melhor para o paciente" (OMS, 2010).

### 5.2.1.3 Modelo de Prestação de Cuidados

Um MPC é descrito como uma abordagem estruturada para organizar e fornecer cuidados de Enfermagem baseados em valores e crenças. Em geral, sustenta as decisões sobre diversos aspectos da assistência e detalha a maneira como as tarefas, responsabilidade e autoridade são atribuídas para que seja prestado um atendimento de alta qualidade ao paciente (CHERRY, 2016).

Historicamente, quatro MPC dominaram a organização da assistência de Enfermagem: a “Enfermagem funcional” e a “Enfermagem em equipe”, orientadas por tarefas e baseadas na atuação de profissionais de Enfermagem de diferentes níveis de formação; a “Assistência integral ao paciente” e a “Enfermagem primária”, orientadas pelas necessidades do paciente e centradas na figura do enfermeiro (JENNINGS, 2008).

À medida que o sistema de saúde continua a evoluir, acompanhado da rápida rotatividade de pacientes em ambientes de cuidados intensivos, do uso extensivo de ambientes ambulatoriais e comunitários e da evidência do valioso papel da Enfermagem na segurança do paciente e em melhores resultados de saúde, emerge a necessidade de pensar novos MPC para a Enfermagem (CHERRY, 2016; JENNINGS, 2008).

Como método de organização e de prestação de cuidados ao paciente, o MPC leva em consideração um conjunto de princípios orientadores e os papéis de responsabilidades e relacionamentos dos profissionais envolvidos no cuidado, incluindo os fatores relacionados à infraestrutura e ao ambiente. Desta maneira, a escolha de um MPC apropriado envolve tanto o conhecimento dos diferentes modelos existentes, quanto das variáveis que afetam a situação do paciente, família ou comunidade.

Buscando consenso sobre os princípios que influenciam o desenvolvimento, implementação e avaliação de um MPC de Enfermagem, no ano de 2011, a *Canadian Nurses Association* (CNA) deu início a uma pesquisa nacional que reuniu mais de 2.000 profissionais de Enfermagem com o propósito de definir princípios orientadores para definição de MPC de Enfermagem. Os dez princípios identificados estão publicados no guia “*Nursing Care Delivery Models: Canadian Consensus on Guiding Principles*” (CNA, 2012), e podem ser observados na Tabela 2.

TABELA 2 - PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A TOMADA DE DECISÃO SOBRE APRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, EM ORDEM DE PRIORIDADE

- 
1. É essencial que o MPC de Enfermagem atenda às necessidades de cuidados de saúde de pacientes, famílias e comunidades;
  2. As competências da equipe (conhecimentos, habilidades e atitudes) fazem parte do MPC de Enfermagem.
  3. O MPC de Enfermagem reflete as melhores práticas, padrões profissionais e evidências de pesquisa.
  4. A equipe de Enfermagem de linha de frente e a gerência de Enfermagem estão envolvidas na tomada de decisões sobre o MPC de Enfermagem.
  5. O MPC de Enfermagem promove cuidados de qualidade e seguros, com boa relação custo-benefício e sustenta o sistema.
  6. Dados sistematicamente coletados sobre os resultados do paciente e sobre os recursos humanos de Enfermagem fundamentam as decisões sobre o MPC de Enfermagem.
  7. O planejamento formal do MPC de Enfermagem, incluindo estratégias de comunicação e de educação, considera as necessidades do paciente e da equipe, bem como a missão da organização.
  8. Estrutura organizacional e liderança compartilhada apoiam o MPC de Enfermagem.
  9. O dimensionamento apropriado de profissionais com base nas necessidades de atendimento ao paciente é um componente do MPC de Enfermagem.
  10. A tecnologia é um componente necessário para a implementação do MPC de Enfermagem
- 

FONTE: CNA (2012), tradução nossa.

Conforme descrito pela CNA (2012), um MPC é mais bem construído por meio de uma abordagem em grupo que envolva todas as categorias de Enfermagem. Durante uma série de reuniões, um facilitador pode trabalhar com o grupo para planejar como os cuidados de Enfermagem (conforme definido pela missão, valores e fundamentação teórica) serão entregues, levando sempre em consideração a influência de cada um dos princípios elencados.

#### 5.2.1.4 Abordagem de Gerenciamento ou Governança

Historicamente, a profissão de Enfermagem não investiu de maneira significativa na validação de alguns conceitos relacionados à governança, como o controle sobre a prática e a amplitude de suas ações. Entretanto, esforços recentes para melhorar a tomada de decisão e aumentar a colaboração entre profissionais de Enfermagem estão abrindo caminho para uma maior autonomia e gerenciamento da prestação de cuidados (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2019).

O primeiro modelo de governança foi proposto pelo pesquisador norte-americano Tim Poter O'Grady, na década de 1980. Intitulado governança compartilhada, esse modelo tem como ideia principal fornecer aos profissionais maior controle sobre sua prática (OLIVEIRA et al., 2017). Apesar de existirem outros modelos, como a governança clínica e a governança pública, o modelo de governança compartilhada é o que está mais diretamente relacionado à prática de Enfermagem, pois suscita questões sobre a autonomia e a participação do profissional nos processos de gestão, com vistas a melhores resultados assistenciais (SANTOS et al., 2013).

A Governança Compartilhada na Enfermagem cria um ambiente e uma estrutura inclusivos para o empoderamento, facilitando a resolução de problemas relacionados à prática profissional. Permite, dessa maneira, que profissionais de todos os níveis e ambientes de prática participem da tomada de decisão baseada em evidências acerca de assuntos que afetam a si mesmos, seus colegas e pacientes (PREMIER HEALTH, 2019).

Por sofrer variações de uma instituição para a outra, conforme sua missão e valores de Enfermagem, não há uma maneira única e/ou correta de promover a governança compartilhada. As necessidades de um serviço de Enfermagem diferem de uma instituição de saúde para outra e, conseqüentemente, seus profissionais terão opiniões e questões diferentes a serem tratadas. Levando em consideração essas especificidades, devem ser definidas regras básicas para a governança compartilhada em cada instituição (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2019).

Determinar o nível de envolvimento dos profissionais de Enfermagem na tomada de decisões é um bom primeiro passo para o desenvolvimento do modelo de governança compartilhada (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2019). Nesse sentido, podem ser criados conselhos/comissões gerais ou específicos de cada unidade assistencial para discutir questões que afetam a prática de Enfermagem e o atendimento ao paciente.

A definição de um estatuto é uma etapa vital para a criação e manutenção de uma governança compartilhada. Os estatutos definem as principais características da instituição, como ela deve funcionar e as normas que regem seus membros e lideranças. Também estabelece regras ou processos que não podem ser alterados sem aviso prévio e aprovação da maioria dos membros. Em geral, costumam incluir: a) declaração dos objetivos; b) elegibilidade para participação; c) estrutura de

comando; d) periodicidade dos encontros; e) processo eleitoral; f) conselhos, comissões e subcomissões; e g) procedimentos para alteração do estatuto (START et al., 2013).

A maneira como é abordada a liderança também faz diferença no sucesso da governança compartilhada. Popular entre os adeptos deste tipo de gestão, a liderança transformacional é reconhecida por promover o relacionamento profissional, facilitando a identificação de áreas que necessitam de mudanças e as soluções para alcançá-las. Em geral, quatro características ajudam a definir a liderança transformacional: influência idealizada, motivação inspirada, consideração individualizada e estimulação intelectual (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2019).

A influência idealizada ocorre quando os líderes de Enfermagem são vistos como um modelo pelos profissionais da assistência. A motivação inspirada refere-se à capacidade de inspirar os profissionais de Enfermagem a compartilhar de sua visão de mudança. A consideração individualizada representa a preocupação verdadeira com as necessidades e sentimentos dos profissionais, buscando desenvolver a confiança entre a equipe de Enfermagem. E a estimulação intelectual consiste em desafiar os profissionais de Enfermagem a serem criativos, auxiliando-os a alcançar níveis mais altos de desempenho (LIPPINCOTT SOLUTIONS, 2019).

Usados em conjunto, esses componentes da liderança transformacional podem auxiliar na implementação de um modelo de governança compartilhada nos mais diversos tipos de instituição de saúde.

#### 5.2.1.5 Sistema de Compensação e Recompensas

As recompensas desempenham um papel importante nas organizações. Influenciam uma variedade de comportamentos relacionados ao trabalho, bem como a motivação dos profissionais. São usadas para orientar as práticas destinadas a tentar atrair e reter profissionais mais qualificados e a mantê-los satisfeitos e motivados (GIETER et al., 2006). Embora as recompensas financeiras sejam uma grande fonte de motivação, incentivos não financeiros (por exemplo, oportunidade de desenvolvimento profissional contínuo, estabilidade no emprego, plano de carreira, reconhecimento, elogios, etc.) também são fatores bastante influentes para a motivação do trabalhador de saúde (BALJONN; BANJAR; BANAKHAR, 2018).

Um sistema de recompensa consiste, portanto, em estabelecer diretrizes que informem as abordagens seguidas para o reconhecimento formal dos profissionais, bem como para a oferta de recompensas financeiras e não financeiras, tendo como base as condições e características do trabalho (UC DAVIS HEALTH, 2019). Desta maneira, ao tentar melhorar o compromisso e a satisfação dos profissionais de Enfermagem por meio do reconhecimento e da concessão de recompensas, é importante ouvir a opinião da equipe para criar um sistema justo do ponto de vista dos profissionais (SEITORVITA et al., 2016).

### 5.2.2 Exemplo de Construção de um MPPE

Ainda que se reconheça que a construção de um MPPE para uma instituição de saúde requeira o envolvimento dos profissionais de Enfermagem desde o planejamento até sua implementação, o que se pretende neste estudo é reunir o maior número de informações que clarifiquem o conceito de MPPE e os processos envolvidos em sua concepção. Assim sendo, para que fosse possível mostrar o desenvolvimento de cada uma de suas etapas, foi projetado um MPPE para o HUF adotado como exemplo neste estudo. Esta construção se baseou na experiência das autoras em relação aos processos e rotinas do HUF e nas orientações descritas no item 5.2.1 deste estudo.

Para iniciar a construção, foi necessário retomar as definições do planejamento estratégico e a declaração de filosofia de Enfermagem proposta para o HUF no item 5.2.1.1:

*“Missão: o HUF, como hospital de ensino, tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e na sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população. Visão: “Ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, do país, acreditado com excelência”. Valores: Comportamento ético; Compromisso com o Ensino e a Pesquisa; Gestão participativa e Sustentável; Humanização; Qualidade; Segurança” (HUF, 2016).*

*“Filosofia de Enfermagem: Nos serviços de Enfermagem do HUF acreditamos que todo indivíduo tem o direito de ser atendido e de receber cuidados qualificados. É nossa convicção que a prática de Enfermagem de qualidade tem sua base na formação acadêmica exemplar, na pesquisa e na prática baseada em evidências. Por esses motivos, a equipe de Enfermagem do HUF está comprometida em orientar estudantes de Enfermagem e em se envolver em pesquisas científicas, num esforço contínuo pela busca de novos conhecimentos, inovações e melhorias que impactem positivamente na prestação de cuidados seguros e eficazes” (AS AUTORAS, 2019).*

Com base nas referidas declarações, o MPPE projetado a seguir torna-se uma representação dos valores, estruturas e processos que fundamentam a prática de Enfermagem no HUF. Para tanto, busca promover a consistência na prestação de cuidados e definir o nível de autoridade, autonomia e responsabilidade dos profissionais de Enfermagem, à medida que cuidam de pacientes, famílias e comunidade.

QUADRO 11 - DEFINIÇÃO DE AUTORIDADE, AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE

**Autoridade**<sup>2</sup>: reconhecimento e uso de **conhecimentos, habilidades** e julgamentos de Enfermagem, para fornecer **cuidados de alta qualidade** aos pacientes.

**Autonomia**: **tomada de decisão** sobre as melhores práticas de Enfermagem a serem implementadas, para fornecer **cuidados seguros e de alta qualidade**.

**Responsabilidade**: a aceitação da necessidade de **prestar contas** pelas ações, julgamentos e resultados decorrentes das **decisões tomadas**.

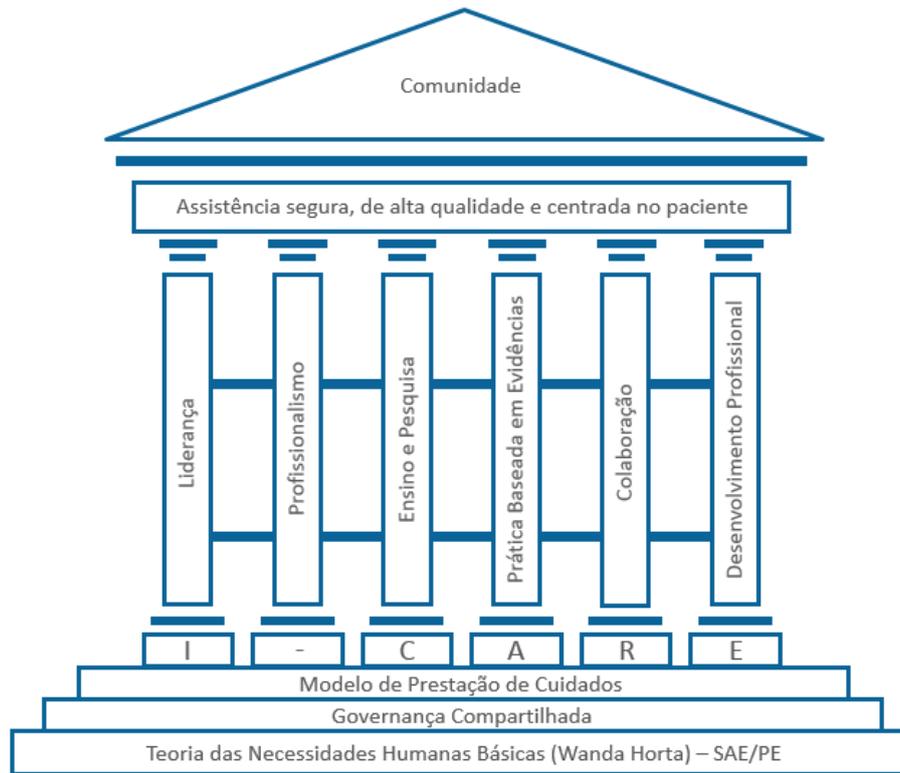
FONTE: As autoras (2019).

Buscando uma estrutura visual que conferisse identidade ao modelo, optou-se por representá-lo em uma imagem da fachada do prédio histórico da universidade à qual pertence o HUF. Muito além de um patrimônio institucional, este monumento é considerado um dos principais pontos turísticos da cidade, medida que pode facilitar a assimilação por parte dos profissionais da instituição.

---

<sup>2</sup> Ao longo da construção deste exemplo de MPPE algumas palavras aparecem destacadas propositalmente no texto para ressaltar sua relação com os PPPE construídos na primeira etapa deste estudo (Quadro 9).

FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MPPE CONSTRUÍDO PARA O HUF



FONTE: As autoras (2019).

Subdividindo o modelo em três partes - cobertura, pilares e fundação - na sequência, são explorados cada um dos componentes destas estruturas e suas respectivas formas de aplicação no contexto institucional.

#### 5.2.2.1 Descrição parcial do MPPE do HUF - Cobertura

FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PARCIAL DO MPPE - COBERTURA



FONTE: As autoras (2019).

**Segurança:**

Busca a **gestão de riscos assistenciais** visando à prevenção e à mitigação de incidentes desde a admissão até a transferência, alta ou óbito do paciente no serviço de saúde. No HUF, esta gestão está implementada por meio do Núcleo de Segurança do Paciente, que promove e apoia a prática de ações focadas na **melhoria contínua** dos processos de cuidado e de **uso de tecnologias**, na disseminação sistemática da **cultura de segurança**, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das **boas práticas** de funcionamento do serviço de saúde. Tem como foco a redução da probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados, utilizando-se de diretrizes relacionadas à identificação correta do paciente, comunicação efetiva, uso seguro de medicamentos, cirurgia segura, além da prevenção do risco de infecções, quedas e lesões por pressão.

**Qualidade:**

Representa o grau em que os serviços de Enfermagem são consistentes com o **conhecimento profissional atual** e sua capacidade de aumentar a probabilidade de pacientes, famílias ou comunidades alcançarem os resultados desejados. Para tanto, a instituição deve garantir que tem um corpo de Enfermagem qualificado que corresponda de maneira adequada à missão, aos recursos e às necessidades do paciente.

**Assistência centrada no paciente:**

Considerando o contexto nacional do SUS, seus princípios e diretrizes, com destaque para a integralidade da saúde, participação social e **trabalho em equipe**, a prática de Enfermagem no HUF está baseada em três elementos-chave: 1) perspectiva ampliada do cuidado à saúde, que coloca a necessidade do reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde de usuário, família e comunidade; 2) participação do paciente no cuidado, que remete à necessidade de empoderamento e apoio para o **autocuidado** e **autonomia**; e 3) **relação entre profissional e paciente**, que contempla a expressão da subjetividade dos partícipes como sujeitos dotados de autonomia (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Estes elementos são comprovados por **avaliação, educação, inclusão e colaboração** para

individualizar o **plano de cuidados** ao paciente, com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis.

### **Comunidade:**

Representa a finalidade principal da assistência de Enfermagem em seu esforço para **promover** uma comunidade local, regional e global mais **saudável**. Dentro deste MPPE, aspira-se prestar cuidados:

- **Culturalmente competentes** - Inclui a integração de conhecimento e experiências culturais ao avaliar, comunicar-se e prestar assistência aos membros de um grupo racial, étnico ou social, honrando as perspectivas e escolhas dos pacientes e familiares. Neste sentido, integra **conhecimento, habilidades**, valores, crenças e cultura do paciente e da família no **diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados** a serem prestados.

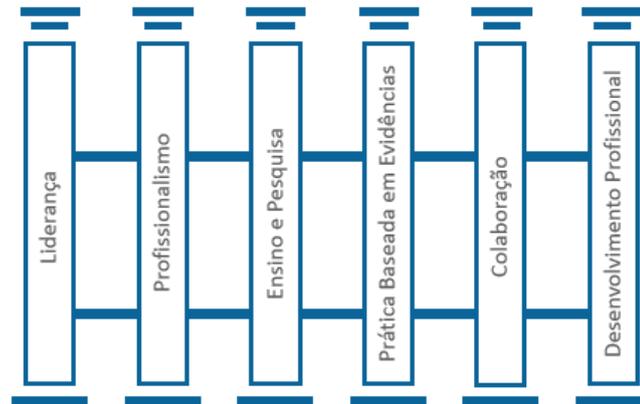
- **Holístico**: O cuidado de Enfermagem holístico envolve pensar e auxiliar os pacientes com os efeitos da doença no corpo, mente, emoções, espiritualidade, religião e relacionamentos pessoais, levando em consideração diferenças e preferências sociais e culturais. Pequenas atitudes como fazer contato visual, utilizar o toque terapêutico, preservar a dignidade, perguntar ao paciente como é possível reduzir sua ansiedade ou dor são ações capazes de melhorar o **relacionamento com os pacientes** e promover um ambiente psicológico, emocional e espiritual saudável.

- **Contínuos**: Um processo interprofissional que provê assistência de saúde a pacientes, famílias, comunidade e outras partes interessadas pelo desenvolvimento de um **plano de cuidados**. Esse processo facilita a **transição** do paciente entre profissionais ou serviços de saúde, com base nas mudanças de necessidades e disponibilidade de recursos.

- **Inclusivos** – Encorajando e apoiando o envolvimento ativo e a participação de pacientes e familiares na **tomada de decisões** em qualquer nível de assistência.

#### 5.2.2.2 Descrição parcial do MPPE do HUF - Pilares

FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PARCIAL DO MPPE - PILARES



FONTE: As autoras (2019).

### Liderança:

A liderança consiste principalmente em influenciar outras pessoas a mudar expectativas, percepções e motivações para trabalhar em direção a objetivos comuns. Na Enfermagem, é ilustrada como um processo difícil e multifacetado, que exige que os enfermeiros tenham habilidades de **comunicação**, **resolução de conflitos** e **negociação** para que sejam alcançados os melhores resultados para os pacientes. No entanto, a liderança não está apenas ligada aos níveis de gerência, devendo ser desenvolvida e implementada em todos os níveis do cuidado, inclusive, entre os enfermeiros que prestam assistência direta ao paciente (AL-DOSSARY, 2017).

Dado seu contato direto sustentado com os pacientes, os enfermeiros assistenciais, juntamente com os gerentes de suas unidades, estão em uma posição única para projetar novos modelos de atendimento capazes de melhorar a **qualidade**, eficiência e **segurança** dos cuidados. Explorar esse potencial exige o desenvolvimento de uma nova cultura no local de trabalho que incentive e apoie os líderes e exija que todos os membros de uma equipe de saúde se **responsabilizem** pelo desempenho da equipe (IOM, 2016).

Liderança não é necessariamente inata, pois muitas pessoas se tornam líderes. Às vezes, esse desenvolvimento vem da experiência, no entanto, também pode ser alcançado por programas de **educação e treinamento**. No HUF, busca-se seu desenvolvimento por meio do estilo de liderança transformacional, um modelo introduzido na literatura científica por James Victor Downton no ano de 1973 (DOWNTON, 1973).

A liderança transformacional tem amplas implicações para a Enfermagem, sendo uma poderosa estratégia de gerenciamento para a profissão. Permite que os líderes de Enfermagem implementem mudanças de maneira eficaz, sendo um meio essencial para desenvolver uma força de trabalho eficaz. Baseia-se em fundamentos morais e tem, principalmente, quatro componentes, conhecidos como os “4Is” da liderança transformacional: a) motivação inspirada; b) estimulação intelectual; c) consideração individualizada; e d) influência idealizada (RENJITH; RENU; GEORGE, 2015).

a) **Motivação inspirada:** inspiração e motivação são dois componentes essenciais da liderança transformacional. Um líder transformacional otimiza o seguidor para atingir as metas e objetivos da organização, enquanto os inspira a alcançar seus próprios objetivos. Alinhar as necessidades individuais com as necessidades organizacionais é uma estratégia essencial de motivação inspiradora. Os líderes transformacionais se esforçam para promover o espírito de **trabalho em equipe** e o **compromisso**. Um líder transformacional esclarece a visão, a missão e os objetivos estratégicos da organização e cria um forte senso de propósito entre os seguidores.

b) **Estimulação intelectual:** um líder incentiva e aprecia as ideias inovadoras e criativas dos profissionais de sua equipe. Por meio da simulação intelectual, estimula o **raciocínio crítico**, aprimora a **resolução de problemas** e capacita os seguidores. Em contextos clínicos, um líder transformacional estimula os seguidores a agir racionalmente e a praticar com base na melhor e mais atualizada **evidência científica**. Está sempre disposto a procurar melhores maneiras de fazer as coisas

c) **Consideração individualizada:** refere-se ao atributo de ser um líder compassivo, que atua como mentor de seus seguidores e os recompensa pela criatividade e **inovação**. Tem excelentes habilidades de **comunicação** e **relacionamento interpessoal**. Os seguidores são apoiados com base em suas necessidades, sendo nutridos com base em seus interesses. Os profissionais geralmente têm o poder de **tomar decisões** e recebem o apoio necessário para implementá-las. Um líder transformacional está interessado no **desenvolvimento contínuo** e no crescimento dos profissionais de sua equipe.

d) **Influência idealizada:** acredita ser essencial que um líder pratique aquilo que prega, ou não será capaz de influenciar seus seguidores. Portanto, um líder transformacional **atua como modelo** para os subordinados. Assim, ganha a confiança

e o interesse dos seguidores, que tentam imitá-lo. Quando um líder se torna um modelo, é provável que enfrente menor resistência por parte da equipe quando precisar implementar mudanças.

Em resumo, a liderança transformacional compreende carisma, inspiração, estímulo intelectual e uma certa dose de coerência. Os líderes carismáticos têm autoconfiança e uma boa visão das necessidades de seus seguidores, utilizando-se disso para influenciá-los positivamente. Um líder inspirador é motivacional, sensível, determinado e capaz de transmitir a visão da organização e de incentivar o orgulho e o senso de pertencimento. No ambiente clínico, estimulam intelectualmente os profissionais de Enfermagem, incentivando o uso de **práticas baseadas em evidências** e abordando o "porquê" e o "como" de ações específicas (SMITH, 2011).

#### **Profissionalismo:**

O profissional de Enfermagem é responsável perante pacientes, familiares e colegas por fornecer cuidados de Enfermagem de alta **qualidade**, pelo seu **desenvolvimento profissional** e pela **valorização da profissão**. Inclui **aderir** e **promover** o **Código de Ética** dos Profissionais de Enfermagem, bem como as demais legislações relacionadas à sua prática profissional. Cabendo-lhe ainda **defender os direitos** dos pacientes e das famílias.

#### **Educação e Pesquisa:**

A OMS (2010) define a **promoção da saúde** como um processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar sua saúde. Na condição de facilitadores desse processo, os profissionais de Enfermagem trabalham em um ambiente de **aprendizado contínuo**, sendo responsáveis por **educar** e **capacitar pacientes e familiares** a entender as condições da doença e as opções de tratamentos, de forma a apoiá-los na **tomada de decisões** sobre os cuidados com a saúde.

Outra questão indispensável para a prestação de uma assistência eficaz e segura é a **pesquisa** (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2009). Com seu **conhecimento** e experiência prática, os profissionais de Enfermagem podem teorizar, hipotetizar, estruturar estudos e coletar evidências que levem a melhores cuidados. Pode-se dizer então que o objetivo da pesquisa em Enfermagem é alcançar melhores padrões de atendimento e aplicações para pacientes e familiares (BLAKE, 2016).

**Prática Baseada em Evidências (PBE):**

A PBE é um meio de aplicar a melhor evidência científica à prática de Enfermagem, facilitando a **tomada de decisão** acerca dos cuidados a serem prestados. O HUF está comprometido em ser um ambiente que promove a **investigação científica**, o **raciocínio crítico** e a **inovação** por meio de seu programa de capacitação em PBE.

Seguindo o modelo proposto por Schaefer e Welton (2018), este programa é composto por três abordagens fundamentais para a consolidação da PBE: 1- preparar os profissionais de Enfermagem para reconhecerem situações-problema que demandam busca pela melhor evidência; 2- preparar os profissionais de Enfermagem para utilizar as bases de dados científicas, localizar e avaliar as evidências disponíveis; e 3- proporcionar um ambiente de apoio para contornar dificuldades relacionados à escassez de tempo e recursos para implementação da PBE.

A rede de apoio para a PBE do HUF é composta por enfermeiros de educação que, além de capacitar a equipe de Enfermagem, auxiliam na busca por evidências sempre que um profissional se depara com uma situação que o impossibilite realizá-la por conta própria. Outra importante função desta rede de apoio consiste em construir um repositório institucional com as evidências levantadas e um breve relato sobre o contexto em que esta foi aplicada, para que possam ser rapidamente consultadas por outros profissionais.

**Colaboração:**

O **trabalho em equipe** e o envolvimento do paciente e da família na **tomada de decisões** fortalecem os **relacionamentos** e são capazes de melhorar os resultados de saúde. No HUF, é uma prática diária entre os profissionais de Enfermagem e a equipe interdisciplinar no sentido de **defender os interesses do paciente e familiares**, garantir a segurança e contribuir para o plano de cuidados individualizado. Outras formas de viabilizar a colaboração ocorrem pela autonomia, governança compartilhada e tomada de decisão coletiva presentes neste MPPE.

**Desenvolvimento profissional:**

Ter um programa de **desenvolvimento profissional** organizado e **permanente** é fundamental para centralizar, operacionalizar e organizar os padrões

de qualidade. Como tal, é importante alocar recursos apropriados para a **aprendizagem ao longo da vida**. Isso engloba ter profissionais dedicados a avaliar e a atender às necessidades de desenvolvimento profissional da equipe de Enfermagem, e recursos para apoiar suas iniciativas e objetivos.

O programa de desenvolvimento profissional do HUF é operacionalizado pelo Conselho de Desenvolvimento Profissional (CDP), que integra a estrutura de governança compartilhada do hospital<sup>3</sup>. Os enfermeiros de educação que compõem este conselho têm conhecimentos e habilidades nos princípios de aprendizagem de adultos, **desenvolvimento profissional** em Enfermagem, desenvolvimento e gerenciamento de programas de educação e **liderança**.

É importante lembrar que as necessidades de desenvolvimento profissional de Enfermagem variam ao longo da carreira, o que requer o desenvolvimento de uma estratégia significativa focada em atender às necessidades básicas da organização e dos profissionais. Além disso, um programa de desenvolvimento bem estruturado deve ter a capacidade de medir e acompanhar as principais variáveis de desempenho, que podem incluir: satisfação; retenção; engajamento; conhecimentos e habilidades recém-adquiridos; satisfação do paciente e resultados clínicos.

Ao se comprometer com essas práticas, o HUF busca a criação de uma força de trabalho de Enfermagem engajada, proficiente e motivada, pronta para enfrentar os desafios de um cenário de saúde em constante mudança. Como tal, é importante ainda **reconhecer** e **recompensar** os profissionais de Enfermagem por suas contribuições e comprometimento com a instituição.

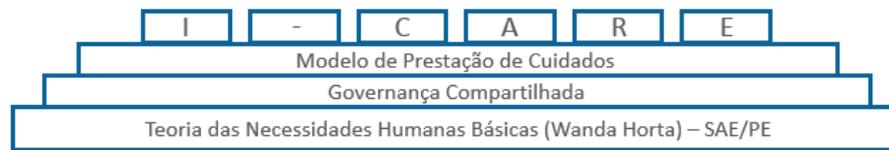
Nesse sentido, o programa reconhece e recompensa formalmente os profissionais de Enfermagem pela participação em atividades que beneficiam sua unidade, instituição e comunidade, por meio do prêmio “Missão Enfermagem”. Há ainda o reconhecimento informal, que pode vir de pacientes, acompanhantes, colegas e líderes, e são divulgados publicamente nos boletins internos do HUF.

### 5.2.2.3 Descrição parcial do MPPE do HUF - Fundação

---

<sup>3</sup> Para saber mais sobre a estrutura de governança compartilhada e o Conselho de Desenvolvimento Profissional, consultar o item “Fundação” deste MPPE.

FIGURA 7 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PARCIAL DO MPPE - FUNDAÇÃO



FONTE: As autoras (2019).

Reconhecendo que cada profissional desempenha um papel único no apoio ao desenvolvimento das estratégias, visão e missão da instituição e que suas ações afetam também a **imagem da profissão** perante a comunidade, é essencial que a fundação do MPPE seja constituída por um conjunto de valores bem especificados. Neste caso, os valores essenciais do HUF são representados pela integridade, compaixão, advocacia, respeito e excelência. Juntas, as iniciais destes valores compõem o acrônimo “I-CARE”, da língua inglesa, que pode ser traduzido como “Eu me Importo”, um lema que deve ser adotado por todos os membros da equipe de Enfermagem da instituição.

## I-CARE

**Inovação** é um novo conjunto de comportamentos, rotinas e maneiras de trabalhar direcionados à melhoria dos resultados de saúde, eficiência administrativa, custo-benefício, aumento de receita ou experiência dos pacientes, implementado por ações planejadas e coordenadas.

**Compaixão** significa compartilhar as emoções e sentimentos de pacientes, familiares e colegas de trabalho. Ao tratar o outro com compaixão, cria-se um ambiente que inspira confiança, preserva a dignidade e promove a cura.

**Advocacia** pode ser definida como um esforço para promover os interesses dos pacientes, garantindo que eles estejam cientes de seus direitos e tenham acesso a informações na **tomada de decisões**. Inclui ainda a **defesa dos direitos do paciente**, auxiliando-o a ter acesso a cuidados de saúde e a um atendimento de **qualidade**.

**Respeito** significa assumir a responsabilidade de salvaguardar a dignidade pessoal, a individualidade e o valor inerente de cada pessoa, interagindo com os pacientes e uns com os outros, num espírito de honestidade e compaixão.

**Excelência** pode ser demonstrada ao realizar o trabalho com o mais alto nível de **habilidade** possível, comprometendo-se com a **melhoria contínua** do que é feito e de como é feito.

A adoção desses valores não são conceitos inteiramente novos, pois estão, em grande parte, baseados em princípios que o HUF mostrou ao longo de sua existência. Entretanto, a codificação desses princípios permite que recebam a ênfase adequada, sendo claramente entendidos pela força de trabalho e, mais importante, tornando-se uma parte duradoura da cultura institucional. Para tanto, é essencial que seja exibido com destaque nas instalações do hospital como forma de enviar um forte sinal aos profissionais e à população atendida, de que o HUF se orgulha do que faz e se preocupa profundamente com sua missão.

### **Modelo de Prestação de Cuidados (MPC):**

No HUF, o MPC coloca todos os membros da equipe de Enfermagem em contato direto com o paciente, **colaborando** entre si para o fornecimento de um atendimento de excelência. Por meio do **processo de enfermagem**, o profissional enfermeiro atua como coordenador do atendimento ao paciente, **liderando** sua equipe, **delegando tarefas** e **supervisionando** a atuação de técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Mantendo sempre o **paciente e a família no epicentro** desse modelo e levando em consideração o nível de complexidade do atendimento, a equipe de Enfermagem estabelece relações colaborativas e interdisciplinares com assistentes sociais, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório e demais profissionais de suporte assistencial e administrativo para facilitar um **plano de cuidados** seguro e eficaz.

Nota-se, portanto, que neste MPC, o planejamento, entrega e avaliação dos cuidados são organizados em torno das necessidades e prioridades dos pacientes e de suas famílias, baseando-se em parcerias mutuamente benéficas entre pacientes, famílias e a equipe de saúde. Esta metodologia está ancorada em dois importantes conceitos: a **assistência centrada no paciente** e o cuidado baseado em relacionamentos.

O Cuidado Baseado em Relacionamentos é um modelo de transformação cultural e uma estrutura operacional que melhora a segurança, a qualidade, a satisfação do paciente e da equipe, melhorando os relacionamentos dentro de uma

instituição. Para tanto, identifica três relacionamentos essenciais para a prestação de cuidados de saúde humanos e compassivos: 1- o relacionamento dos profissionais de Enfermagem com o paciente/família; 2- o relacionamento entre os profissionais de Enfermagem; e 3- o relacionamento do profissional de Enfermagem consigo mesmo. Inclui princípios que moldam os comportamentos de cuidar, que orientam a transformação da infraestrutura, processos, sistemas e práticas para apoiar os profissionais em todas as variações do cuidado e na criação de **relacionamentos terapêuticos** com pacientes e familiares.

### **Governança compartilhada:**

Governança compartilhada é uma estrutura de **liderança** que permite que os profissionais influenciem decisões que afetam sua prática, capacitando-os a contribuir colaborativamente como tomadores de decisão em relação ao ambiente da prática de Enfermagem. No HUF, a governança compartilhada é buscada por meio das seguintes estruturas: conselhos de unidade, conselhos de departamento, conselho geral e subcomitês.

a) **Conselhos de Unidade:** são a pedra angular da estrutura de governança compartilhada. São compostos por profissionais de Enfermagem com ampla gama de experiência e talento, que refletem a missão da instituição, tomam decisões relacionadas à prática e criam um **ambiente seguro** para a prática profissional. Os conselhos de unidade podem tratar de assuntos como limpeza da unidade, passagem de plantão, satisfação do paciente, melhoria da qualidade e do desempenho e código de conduta.

b) **Conselhos de Departamento:** questões e decisões que impactam mais de uma unidade ou afetam outros departamentos e disciplinas profissionais são trazidas à atenção de um dos conselhos de departamento. Esses órgãos de tomada de decisão incluem:

- **Conselho Executivo de Enfermagem:** inspira a excelência e a prática segura de Enfermagem. Trabalha em parceria com a equipe de liderança executiva e os conselhos de unidade para atender às necessidades dos profissionais de Enfermagem. Esse conselho serve como fórum para disseminar o foco corporativo nos processos que afetam e apoiam a prestação de assistência ao paciente.

- **Conselho de Prática de Enfermagem:** supervisiona o desenvolvimento, a implementação e a avaliação do processo de Enfermagem na instituição. Fornece

orientação e colabora com vários membros da equipe interprofissional para conduzir a prática de Enfermagem com base em evidências científicas e em inovações que possam melhorar os resultados de saúde de pacientes, famílias e comunidade.

- Conselho de Pesquisa em Enfermagem: existe para validar o conhecimento sobre o qual se baseia a prática de enfermagem na instituição. Além disso, tem a missão de gerar novos conhecimentos para avançar a ciência e a prática da Enfermagem pela promoção e apoio à pesquisa em Enfermagem.

- Conselho de Dimensionamento: desenvolve, implementa e promove o planejamento da força de trabalho de Enfermagem para que atenda às necessidades dos pacientes de modo economicamente sustentável e viável em relação às normas que regem a prática de Enfermagem.

- Conselho de Desenvolvimento Profissional: fornece orientação estratégica e uma infraestrutura que promove o crescimento profissional da equipe de Enfermagem por meio dos componentes do MPPE.

- Conselho da Qualidade: supervisiona as atividades de gerenciamento da qualidade e segurança do paciente e faz recomendações para aprimorar a melhoria contínua da qualidade. Além disso, analisa e avalia as tendências dos indicadores de desempenho e faz comparações com outras instituições de saúde em relação aos indicadores de Enfermagem.

c) Conselho Geral: fornece liderança e coordena o trabalho dos conselhos de unidade e de departamento para garantir que as iniciativas estejam alinhadas aos objetivos institucionais e representem o corpo de Enfermagem perante a administração do hospital.

d) Subcomissões: compostas principalmente por profissionais de Enfermagem lotados diretamente na assistência ao paciente, essas “forças-tarefa” são criadas conforme necessário para trabalhar em projetos especiais.

### **Teoria de Enfermagem**

A teoria de Enfermagem fortalece a prática, fornecendo uma linguagem comum e a estrutura necessária para alcançar resultados positivos para o paciente. No HUF, a prática de Enfermagem está fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta (1979), adotada como guia para o desenvolvimento de todas as etapas do PE.

### 5.3 ETAPA 3: PROCESSO DE EDUCAÇÃO

O desenvolvimento profissional é a jornada educacional e experiencial que todo profissional de Enfermagem deve percorrer para adquirir os conhecimentos, as habilidades e o julgamento necessários para prestar cuidados de maneira consciente e confiável, sem necessidade de estar sob supervisão direta (CHESBRO; JENSEN; BOISSONNAULT, 2017). O objetivo deste capítulo é mostrar como o processo de educação pode ser aplicado para conduzir a equipe de Enfermagem a esse nível de prática, utilizando o MPPE como base para a projeção de um PEduc baseado em EPAs.

#### 5.3.1 Caminho percorrido na Etapa 3

Conforme mostrado neste estudo, há uma necessidade bem estabelecida de traçar estratégias sustentáveis de desenvolvimento dos recursos humanos de Enfermagem para garantir atendimento de qualidade ao paciente (PRICE; REICHERT, 2017). Nesse sentido, é necessário projetar um processo de educação baseado em evidências de alta qualidade, que permita aprimorar a prática profissional.

A literatura científica tem reconhecido algumas fragilidades na gestão desse processo, especialmente no que se refere ao levantamento de necessidades, avaliação e feedback das ações educativas (CHAGHARI et al., 2016). Para enfrentar esses desafios, as EPAs podem ser utilizadas como forma de avaliar o progresso e a capacidade dos profissionais de Enfermagem, e de fornecer expectativas mais claras em relação às tarefas clínicas que deverão ser desempenhadas.

As EPAs definem operacionalmente uma profissão por meio de uma lista de atividades (tarefas) que cada unidade, serviço ou profissional deve desempenhar em um dia, uma semana ou qualquer outro período de tempo preestabelecido (TEN CATE, 2018). Em termos gerais, uma EPA reflete competências e marcos relevantes, requer habilidades, conhecimentos e atitudes, pode ser avaliada por um especialista e aborda uma atividade profissional cujos resultados são observáveis (HAUER et al., 2013).

A relação entre EPAs e competências pode ser representada na forma de uma matriz, como no exemplo apresentado na Tabela 3, que tem como base os domínios descritos no MPPE construído neste estudo. Considerando que cada EPA deverá ser

acompanhada de uma lista de competência requeridas para seu desempenho, é útil que esse conceito esteja bem estabelecido na instituição. Por consequência, o primeiro passo na elaboração do PEduc consiste em descrever as competências relacionadas a cada princípio estabelecido no MPPE.

TABELA 3 - REPRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EPAS E AS COMPETÊNCIA DESCRITAS NO MPPE DO HUF

<b>Competências</b>	<b>EPA 1</b>	<b>EPA 2</b>	<b>EPA 3</b>	<b>EPA 4</b>	<b>EPA 5</b>
Qualidade e segurança	xx	xx	xx	xxx	xxx
Assistência centrada no paciente	xx		xx	xx	xx
Liderança	x			xx	xx
Profissionalismo	xx	xx	xxx		x
Ensino e Pesquisa	xx	X	x		
Prática baseada em evidências	xx	xx		xx	
Colaboração	xx		x		
Desenvolvimento profissional		xxx			

Legenda: xxx: competência extremamente importante para esta EPA;

xx: competência necessária para esta EPA;

x: competência útil para esta EPA.

FONTE: Adaptado de Ten Cate (2018).

Embora a construção de um MPPE seja altamente recomendável dentro desta proposta de SisEPE, pois, além de englobar os padrões que embasam a prática de Enfermagem, traz outras definições essenciais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, as instituições que não tiverem condição de desenvolvê-lo neste momento poderão organizar o PEduc, com fundamentação nos PPPE descritos no Quadro 9 deste estudo, selecionando aqueles que correspondam à sua missão e à filosofia de Enfermagem.

A descrição das competências, por sua vez, poderá ser feita especificamente para a instituição ou aproveitadas da literatura científica disponível. Diversas instituições de saúde, universidades e associações profissionais de Enfermagem ao redor do mundo já se dedicaram a escrever competências que poderão ser utilizadas para este fim. Uma referência bastante reconhecida e útil nesse caso é a *Massachusetts Nurse of the Future Nursing Core Competencies* (MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF HIGHER EDUCATION, 2016), que define os conhecimentos,

habilidades e atitudes necessárias para atender às expectativas da prática inicial de Enfermagem.

Após concluir a definição da estrutura de competências, o segundo passo consiste na identificação e descrição das EPAs. Atualmente não existe uma abordagem definida para esse processo, mas a literatura científica aponta que a técnica *Delphi* modificada ou abordagens semelhantes de consulta a especialistas têm sido as mais utilizadas para essa construção (KWAN et al., 2016).

Kwan et al. (2016) estabeleceram uma estratégia de cinco estágios para obter consenso sobre a identificação de EPAs: 1) Seleção das atividades; 2) Desenvolvimento do conteúdo da EPA, coletando dados dos participantes por meio de grupos focais e entrevistas individuais; 3) Descrição das EPAs com base na análise dos dados coletados; 4) Validação das EPAs com os profissionais e outras partes interessadas; e 5) Refinamento e elaboração da versão final das EPAs com base nos *feedbacks*.

Para a descrição das EPAs, pode ser adotada a estrutura de Ten Cate et al. (2015), apresentada anteriormente, composta por título, descrição, domínios de competência, competências requeridas, marcos de confiança e critérios de avaliação. A mesma referência pode ser empregada para abordar os conceitos de marcos de confiança e critérios de avaliação. Um exemplo desta construção é apresentado no Quadro 12.

QUADRO 12 - EXEMPLO DE CONSTRUÇÃO DE EPA PARA ENFERMEIROS

(continua)

<b>EPA 1: Realizar o Processo de Enfermagem</b>	
<b>Definição:</b> Avaliar clinicamente os pacientes, incorporando levantamento de dados, exame físico, formulação de diagnóstico diferencial, elaboração de um plano de cuidados e avaliação dos resultados esperados.	
<b>Domínios de competência:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade e Segurança;</li> <li>- Assistência centrada no paciente;</li> <li>- Cuidado culturalmente competente;</li> <li>- Profissionalismo;</li> <li>- Raciocínio crítico;</li> <li>- Tomada de decisão;</li> <li>- Prática baseada em evidências;</li> <li>- Plano de cuidados;</li> <li>- Colaboração e comunicação.</li> </ul>	<b>Competências requeridas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter histórico de Enfermagem;</li> <li>- Realizar exame físico;</li> <li>- Raciocinar criticamente para realizar formulações abrangentes;</li> <li>- Discutir os achados clínicos com pacientes, familiares e demais membros da equipe de saúde;</li> <li>- Incorporar considerações psicossociais à avaliação clínica;</li> <li>- Desenvolver diagnósticos provisórios e diferenciais, e selecionar as intervenções de Enfermagem adequadas;</li> <li>- Avaliar os resultados do paciente para revisar e adaptar o plano de cuidados, sempre que necessário.</li> </ul>

QUADRO 12 - EXEMPLO DE CONSTRUÇÃO DE EPA PARA ENFERMEIROS

(conclusão)

<p><b>Marcos de confiança:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunica-se com o paciente e familiares utilizando termos leigos apropriados e evitando terminologias de Enfermagem;</li> <li>- Adapta a coleta de dados e o exame físico à condição clínica e às necessidades específicas do paciente, respeitando sua privacidade, conforto e segurança;</li> <li>- Realiza exames físicos precisos e completos;</li> <li>- Reconhece e interpreta corretamente achados anormais;</li> <li>- Filtra, prioriza e sintetiza as informações pertinentes para direcionar os achados clínico e o diagnóstico de Enfermagem;</li> <li>- Formula apropriadamente diagnósticos provisórios e diferenciais;</li> <li>- Sempre que necessário, identifica e utiliza fontes alternativas para obtenção de informações sobre o paciente, como: familiares, cuidadores e outros profissionais de saúde;</li> <li>- Reconhece e toma conduta apropriada quando o paciente se encontra em situação de vulnerabilidade (abuso infantil; violência doméstica, autoagressão, etc.);</li> <li>- Procura entender as preocupações e os objetivos do paciente, e de seus familiares ou cuidadores;</li> <li>- Desenvolve, acompanha e revisa apropriadamente o plano de cuidados do paciente.</li> </ul>	<p><b>Sinais de necessidade de supervisão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir pouca informação ou coletar dados seguindo um modelo específico (independentemente da queixa principal);</li> <li>- Realizar exames físicos inadequados ou incompletos;</li> <li>- Não alterar sua abordagem para atender ao nível de desenvolvimento, necessidades comportamentais ou nível de competência dos pacientes;</li> <li>- Desenvolver uma lista excessivamente ampla de diagnósticos potenciais.</li> </ul>
<p><b>Critérios de avaliação:</b> observação direta por um avaliador com competência equivalente ao nível IV de supervisão, avaliação dos registros de Enfermagem, simulação de casos clínicos.</p>	

FONTE: As autoras (2019).

Em relação à avaliação, propõe-se, para esse caso, uma adaptação da escala de cinco níveis proposta por Ten Cate (2005), que passaria a adotar a seguinte configuração: nível I - atua sob supervisão direta; nível II - atua sob supervisão indireta; nível III - atua sem supervisão; e nível IV - atua na supervisão de outros profissionais. A exclusão do primeiro nível original, que permite apenas a observação, justifica-se nesse caso por se tratar de uma proposta de EPA direcionada a profissionais de Enfermagem com formação acadêmica prévia.

Para que possibilite o desenvolvimento dos profissionais, no sentido de se tornarem aptos a prestar cuidados seguros e de qualidade, as EPAs podem

fundamentar a elaboração de um Plano Individual de Desenvolvimento Profissional (PIDP). O PIDP tem o objetivo de “desenvolver, organizar e articular ações de capacitação com vistas ao aprimoramento das competências imprescindíveis ao pleno cumprimento de suas atribuições e responsabilidades, proporcionando o atingimento dos objetivos institucionais” (ANVISA, 2018, p. 4).

Criar um PIDP é uma das maneiras pelas quais os profissionais de Enfermagem mostram o interesse em manter sua competência para praticar. Esse compromisso é também uma forma de atender às diretrizes do PPPE, que impõe aos profissionais de Enfermagem a responsabilidade por seu próprio desenvolvimento profissional (BCCNP, 2019a).

Considerando o conceito de governança compartilhada apresentado no MPPE deste estudo, é possível eleger os Conselhos de Unidade como responsáveis por encabeçar a elaboração dos PIDP. Com base na lista geral de EPAs da instituição, cada conselho poderá eleger as atividades condizentes com a prática de sua unidade.

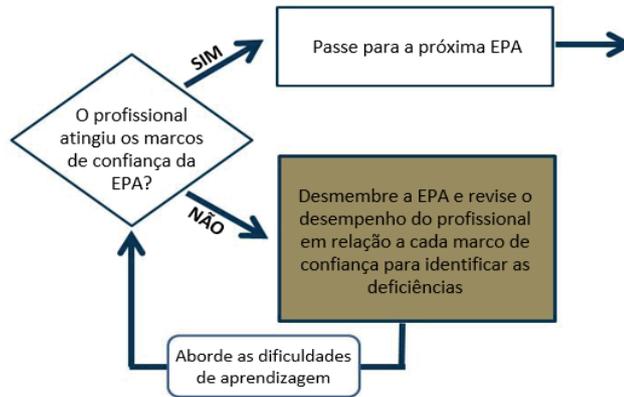
Para que os PIDP sejam de fato individualizados, é necessário confrontar as competências que o profissional já tem com aquelas desejáveis para sua atuação (QALEHSARI; KHAGHANIZADEH; EBADI, 2017). A autoavaliação, a avaliação por pares, a observação direta, a revisão das anotações profissionais e a discussão de casos clínicos são recursos úteis para esse nivelamento. A lacuna entre as competências existentes e as necessárias fornece a base para o PIDP (BOYCE et al., 2011).

Quando o profissional não atinge os marcos de confiança para desempenhar a EPA sem supervisão, significa que ele deverá ser acompanhado por um profissional habilitado sempre que precisar realizar aquela atividade. Esse modelo de preceptoría é a principal estratégia de capacitação dentro das EPAs, em que os profissionais mais experientes auxiliam os mais novos a desenvolver as competências necessárias para a prática autônoma.

É possível que algumas EPAs mais complexas demandem capacitações teóricas e/ou atividades simuladas antes que o profissional esteja apto para iniciar a prática clínica supervisionada (COHEN et al., 2013). Em outros casos, pode ser necessário desmembrar a EPA em atividades menores para que a aquisição da competência seja um processo gradual. Essas estratégias fornecem uma visão mais

equilibrada da competência, tornando seu ensino e avaliação mais práticos e gerenciáveis.

FIGURA 8 - PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM EPA



FONTE: Adaptado de Royal College (2015).

Pode-se dizer, portanto, que o PEduc, baseado em EPAs, é mais flexível e individualizado do que os treinamentos tradicionais, pois se fundamenta nas competências específicas do profissional para desempenhar uma determinada atividade, não em um tempo predeterminado de treinamento (TEN CATE; TOBIN; STOKES, 2017).

Em decorrência dos múltiplos processos requeridos para a SisEPE proposta neste estudo, desenvolveu-se o esquema visual disponibilizado no Apêndice 1, que tem como propósito, facilitar a compreensão e a visualização geral das três etapas deste modelo de sistematização.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, retomam-se os principais resultados da pesquisa, suas dificuldades, desafios, contribuições e avanços. Apontam-se, ainda, as necessidades de aprofundamento no tema e recomendações futuras.

Este estudo teve como objetivo sistematizar a educação permanente de Enfermagem, visando fornecer a estrutura necessária para que o processo de educação seja implementado de maneira efetiva em diferentes configurações da prática de Enfermagem. Dada a precariedade das referências acerca dessa temática em nível nacional, foi necessário buscar referências internacionais que pudessem fundamentar as discussões.

A metodologia adotada permitiu que o estudo fosse constituído por etapas que reuniram diferentes reflexões em prol do alcance dos objetivos estabelecidos. Seguindo a lógica de que: “a SAE está para o PE assim como a SisEPE está para o PEduc”, essa pesquisa envolveu-se em conceitos muito além daqueles esperados por quem insiste em restringir a educação permanente à mera execução de ações educativas.

Pensando em todos as vertentes que sustentam um PEduc que verdadeiramente atenda às necessidades dos profissionais de Enfermagem e das instituições que os empregam, a construção de padrões para a prática de Enfermagem brasileira representa uma importante contribuição desse estudo. Especialmente ao considerar que as associações profissionais e os conselhos regulamentadores da profissão no Brasil ainda não assumiram para si esta tarefa tão elementar para a assistência de Enfermagem.

A intenção deste estudo de operacionalizar a aplicação dos PPPE por meio de MPPE decorre especialmente da carência de estudos nacionais nesta temática. Revelando que, embora a SAE venha há algum tempo buscando a estruturação da prática de Enfermagem no país, os conceitos de gestão, liderança, assistência e educação permanecem sendo tratados de maneira fortemente fragmentada no país.

Todo investimento realizado na estruturação dos PPPE e do MPPE possibilitou a escolha das EPAs como modelo para aplicação do PEduc. Esta estratégia visou descomplicar um processo que ao longo dos anos vem enfrentando forte resistência por parte das instituições e dos profissionais de saúde no Brasil. Trata-se de uma

tentativa de retirar o estigma colocado sobre o PEduc, que o faz ser visto como um processo caro e difícil de ser executado.

A falta de referências nacionais acerca dos três principais conceitos envolvidos nesse estudo: PPPE; MPPE e EPAs, é reconhecidamente um de seus grandes limitadores. No entanto, é possível que esse seja um primeiro passo para que pesquisadores brasileiros despertem para esses temas, considerados de grande relevância para a qualidade e segurança da assistência de Enfermagem.

Espera-se assim, que a sistematização proposta neste estudo não se limite ao seu processo de construção, mas que possa ser implementada em diferentes contextos de prática de Enfermagem, a fim de que seja avaliada, e que possam surgir novas propostas e sugestões para mudança e aperfeiçoamento.

Conclui-se, que este estudo atingiu o objetivo de sistematizar a educação permanente de Enfermagem. Todavia, reconhece-se a necessidade de novas pesquisas, especialmente relacionadas à validação dos PPPE elencados na primeira etapa deste estudo, e à construção das listas de competências requeridas para o desenvolvimento dos padrões e aplicação das EPAs.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Plano de capacitação e desenvolvimento humano**. 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33896/4557043/Plano+de+Capacita%C3%A7%C3%A3o+e+Desenvolvimento+Humano/cd406ee2-c5cd-4f29-a557-3f3e3537f05c>. Acesso em: 30 out. 2019.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>. Acesso em: 27 out. 2019.

AIKEN, L. H.; PATRICIAN, P. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. **Nursing Research**, v. 49, n. 3, p. 146-153, mai./jun. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10882319>. Acesso em: 30 oct. 2019.

AL-DOSSARY, R. N. Leadership in Nursing, Contemporary Leadership Challenges. **IntechOpen**, 2017 Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/contemporary-leadership-challenges/leadership-in-nursing>. Acesso em 28 out. 2019.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). **Nursing: scope and standards of practice**. Maryland, United States of America, 2010.

\_\_\_\_\_. **Forces of magnetism**. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/history/forces-of-magnetism/>. Acesso em: 30 out. 2019.

AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (ANCC). **History of the Magnet Program**. 2019a <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/history/>. Acesso em: 29 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Find a Magnet hospital or facility**. 2019b. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-facility/>. Acesso em: 29 jun. 2019

ANDRADE, S. R. et al. Análise documental nas teses de Enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53598>. Acesso em: 30 out. 2019.

ARFORD, P. H.; ZONE-SMITH, L. Organizational commitment to professional practice models. **JONA**, v. 35, n. 10, p. 467-472, 2005. Disponível em: [https://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2005/10000/Organizational\\_Commitment\\_to\\_Professional\\_Practice.8.aspx](https://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2005/10000/Organizational_Commitment_to_Professional_Practice.8.aspx). Acesso em: 30 out. 2019.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n1/223-230/pt>. Acesso em: 30 out. 2019.

BALJOON, R. A.; BANJAR, H. E.; BANAKHAR, M. A. Nurses' Work Motivation and the Factors Affecting It: A Scoping Review. **Int J Nurs Clin Pract**, v. 5, n. 277, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2018/277>. Acesso em: 30 out. 2019.

BASOL, R.; HILLEREN-LISTERUD, A.; CHMIELEWSKI, L. Developing, Implementing, and Evaluating a Professional Practice Model. **J Nus Adm**, v. 45, n. 1, p. 43-49, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25479174>. Acesso em: 30 out. 2019.

BERGER; J. T.; CONWAY, S.; BEATON, K. Developing and implementing a nursing professional practice model in a large health system. **J Nus Adm**, v. 42, n. 3, p. 170-175, mar. 2012. Disponível em: [https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2012/03000/Developing\\_and\\_Implementing\\_a\\_Nursing\\_Professional.10.aspx](https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2012/03000/Developing_and_Implementing_a_Nursing_Professional.10.aspx). Acesso em: 30 out. 2019.

BLAKE, N. **Yes, nurses do research, and it's improving patient care**. Elsevier, 2016. Disponível em: <https://www.elsevier.com/connect/yes-nurses-do-research-and-it-is-improving-patient-care>. Acesso em: 30 out. 2019.

BOYCE, P. et al. Using entrustable professional activities to guide curriculum development in psychiatry training. **BMC Medical Education**, v. 11, n. 96, nov. 2011. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-11-96>. Acesso em: 30 out. 2019.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

BRESCIANI, H. R. et al. **Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, Série Cadernos Enfermagem, v. 3, 2016.

BRITISH COLUMBIA COLLEGE OF NURSING PROFESSIONALS (BCCNP). **RN scope of practice standards**, 2019a. Disponível em: [https://www.bccnp.ca/Standards/RN\\_NP/RNScopePractice/Pages/Default.aspx](https://www.bccnp.ca/Standards/RN_NP/RNScopePractice/Pages/Default.aspx). Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. **Professional development plan**, 2019b. Disponível em: [https://www.bccnp.ca/PracticeSupport/RN\\_NP/QA/RN/ProfDevPlan/Pages/Default.aspx](https://www.bccnp.ca/PracticeSupport/RN_NP/QA/RN/ProfDevPlan/Pages/Default.aspx). Acesso em: 30 out. 2019.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 552-60, abr./jun. 2013.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION (CNA). **Nursing Care Delivery Models: Canadian Consensus on Guiding Principles**. Ottawa, 2012. Disponível em: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/nursing\\_care\\_delivery\\_models\\_e.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/nursing_care_delivery_models_e.pdf). Acesso em: 30 out. 2019.

CARBOGIM, F. C. et al. Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: um enfoque histórico-cultural. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 4, n. 1, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.426>. Acesso em: 30 out. 2019.

CHAGHARI, M. et al. An attempt for empowering education: A qualitative study of in-service training of nursing personnel. **Iran J Nurs Midwifery Res.**, v. 21, n. 5, p. 498-503, set./out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114795/?report=reader>. Acesso em: 30 out. 2019.

CHERRY, B. **Staffing and nursing care delivery models**. Nursing Key, 2016. Disponível em: <https://nursekey.com/staffing-and-nursing-care-delivery-models/>. Acesso em: 30 out. 2019

CHESBRO, S. B.; JENSEN, G. M.; BOISSONNAULT. Entrustable Professional Activities as a Framework for Continued Professional Competence: Is Now the Time? **Physical Therapy**, v. 98, n. 1, p. 3-7, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx100>. Acesso em: 30 out. 2019.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COHEN, E. R. et al. Making July safer: Simulation-based mastery learning during intern boot camp. **Acad Med**, v. 88, n. 2, p. 233-239, fev. 2013. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00001888-201302000-00028>. Acesso em: 30 out. 2019.

CONTRADIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, M. A. R. et al. Educação continuada, em serviço e permanente: concepções de enfermeiros supervisores. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/17595/12241>. Acesso em: 29 out. 2019.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M. A. **Programa de educação permanente e continuada de enfermagem da clínica médica do hospital universitário Clemente de Faria: análise e proposições**. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DE LEMOS MELLO, A. et al. (Re) pensando a educação permanente com base em novas metodologias de intervenção em saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v.

33, n. 3, não p., out. 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1104/285>. Acesso em: 30 out. 2019.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho In: **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, n.2, p. 7-17, 2001.

DIMITROFF, L. J. et al. From Blank Canvas to Masterwork: creating a professional practice model at a Magnet Hospital. **Nursing Research and Practice**, 2016. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2016/8783594/>. Acesso em: 30 out. 2019.

DONLEY, R.; FLAHERTY, M. J. Promoting professional development: three phases of articulation in nursing education and practice. **OJIN**, v. 13, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No3Sept08/PhasesofArticulation.html>. Acesso em: 29 out. 2019.

DOWNTON, J.V. **Rebel leadership: commitment and charisma in the revolutionary process**. New York: Free Press, 1973.

EDCAN. **Competency standards in professional nursing: a summary of literature published since 2000**, 2008. Disponível em: [http://edcan.org.au/assets/edcan/files/docs/EdCancompetenciesliteraturereviewFINA\\_L\\_0.pdf](http://edcan.org.au/assets/edcan/files/docs/EdCancompetenciesliteraturereviewFINA_L_0.pdf). Acesso em: 30 out. 2019.

FERGUSON-PARE, M. et al. Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) background paper on leadership. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, v, 15, n. 3, p. 4-8, 2002.

FONSECA, A.; OLIVEIRA, M.C. Educação baseada em competências. **Arq Med**, v. 27, n. 6, p. 272-277, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-34132013000600005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000600005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 nov. 2017.

GIETER, S. et al. Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium. **Human Resources for Health**, v. 4, n. 15, jul. 2016. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-4-15>. Acesso em: 30 out. 2019.

GILMORE, M. **Role development in professional nursing practice**. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning, 2014.

GIRARD, F.; LINTON, N.; BESNER, J. Professional Practice in Nursing: A Framework. **Nursing Leadership**, v. 18, n. 2, p. 1-8, jun. 2005. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/19028/professional-practice-in-nursing-a-framework>. Acesso em: 29 out. 2019.

HAUER, K. E. et al. Developing Entrustable Professional Activities as the Basis for Assessment of Competence in an Internal Medicine Residency: A Feasibility Study. **J Gen Intern Med**, v. 28, n. 8, p. 1110-1114, ago. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710378/>. Acesso em: 30 out. 2019.

HOFFART, N.; WOODS, C. Q. Elements of a nursing professional practice model. **Journal of Professional Nursing**, v. 12, n. 6, p. 354–364, 1996.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

HUF. **Plano diretor estratégico 2016-2017**. Curitiba, 2015. Disponível em: [http://intranet.hc.ufpr.br/d7/arquivos/PDE\\_2016\\_2017.pdf](http://intranet.hc.ufpr.br/d7/arquivos/PDE_2016_2017.pdf). Acesso em: 29. out. 2019.

\_\_\_\_\_. **HC em números. 2018**. Curitiba, 2018. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hcnumeros>. Acesso em: 28 fev. 2018.

HUBER, D. L. Professional practice models. **Nurse Key**, ago. 2016. Disponível em: <https://nursekey.com/professional-practice-models/>. Acesso em: 30 out. 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The future of Nursing: leading change, advancing health**. Washington, DC: Robert Wood Johnson Foundation, 2011.

INGERSOLL, G. L.; WITZEL, P. A.; SMITH, T. C. Using Organizational Mission, Vision, and Values to Guide Professional Practice Model Development and Measurement of Nurse Performance. **JONA**, v. 35, n 2, p. 86-93, fev. 2005. Disponível em: [https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2005/02000/Using\\_Organizational\\_Mission,\\_Vision,\\_and\\_Values.8.aspx](https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2005/02000/Using_Organizational_Mission,_Vision,_and_Values.8.aspx). Acesso em 30 out. 2019.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Regulation 2020: exploration of the present: vision for the future**. Geneva, Switzerland, 2009.

\_\_\_\_\_. **Position Statement: nursing regulation**. Geneva, Switzerland, 2013.

\_\_\_\_\_. **Member's address list**. Geneva, Switzerland, 2019. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PUBLIC\\_NNAs%20Address%20list%202019%20Eng\\_1.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PUBLIC_NNAs%20Address%20list%202019%20Eng_1.pdf). Acesso em: 20 out. 2019.

JENNINGS, B. M. **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses**. United States of America: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

KANER, S. **Facilitator's guide to participatory decision-making**. San Francisco, CA: Jossey-bass, 2014.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L. Managing educational practices for qualified nursing care in cardiology. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 5, p. 818-825, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0872.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

KWAN, J. et al. Bridging the gap: a five stage approach for developing specialty-specific entrustable professional activities. **BMC Med Educ**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0637-x>. Acesso em: 30 out. 2019.

LARRABEE, J. H. **Nurse to Nurse Evidence-Based Practice: expert interventions**. United States of America: The McGrawHill Companies, 2009.

LE BOTERF, G. **De la Compétence – Essai sur un Attacteur Étrange**. Les éditions D'Organizations. Paris, 1995.

LINDER, M. E. F. P. **Competências gerais na área da saúde: implicações na formação de profissionais de Enfermagem de nível médio**. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeira Preto, 2008.

LIPPINCOTT SOLUTIONS. **History of the Magnet Recognition Program**. Philadelphia, 2016. Disponível em: [http://lippincottsolutions.lww.com/blog.entry.html/2016/09/27/history\\_of\\_the\\_magne-PyIM.html](http://lippincottsolutions.lww.com/blog.entry.html/2016/09/27/history_of_the_magne-PyIM.html). Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. **Best Practices for Developing a Professional Practice Model**. Philadelphia, 2018. Disponível em: [http://lippincottsolutions.lww.com/blog.entry.html/2018/10/16/best\\_practices\\_ford-zteF.html](http://lippincottsolutions.lww.com/blog.entry.html/2018/10/16/best_practices_ford-zteF.html). Acesso em: 04 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **How shared governance in Nursing works**. Philadelphia, 2019. Disponível em: [http://lippincottsolutions.lww.com/blog.entry.html/2019/02/27/how\\_shared\\_governanc-oiGj.html](http://lippincottsolutions.lww.com/blog.entry.html/2019/02/27/how_shared_governanc-oiGj.html). Acesso em: 30 out. 2019.

MALONEY, P. Nursing Professional Development: Standards of Professional Practice. **Journal for Nurses in Professional Development**, v. 32, n. 6, p. 327-330, nov./dez. 2016.

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF HIGHER EDUCATION. **Massachusetts Nurse of the Future Nursing Core Competencies**. 2016. Disponível em: [https://www.mass.edu/nahi/documents/NOFRNCompetencies\\_updated\\_March2016.pdf](https://www.mass.edu/nahi/documents/NOFRNCompetencies_updated_March2016.pdf). Acesso em: 30 out. 2019.

MASSUKADO, M. S. Análise comparative de estratégias qualitativas de investigação: possibilidades para a pesquisa em turismo. **Turismo & Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 9-27, abr. 2008.

MCCLURE, M. L. et al. Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. American Academy of Nursing. **Task Force on Nursing Practice in Hospitals**. Missouri, United States of America, 1983.

MCCLURE, M. L.; HINSHAW, A. S. Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses. **American Journal of Nursing**, v. 103, n. 1, p. 62, jan. 2003.

MILES; K. S.; VALLISH, R. Creating a personalized professional practice framework for nursing. **Nursing Economics**, v. 28, n. 3, 2010. Disponível em: [https://go.gale.com/ps/i.do?v=2.1&it=r&sw=w&id=GALE%7CA230684666&prodId=AONE&sid=googleScholarFullText&userGroupName=ufpr\\_br](https://go.gale.com/ps/i.do?v=2.1&it=r&sw=w&id=GALE%7CA230684666&prodId=AONE&sid=googleScholarFullText&userGroupName=ufpr_br). Acesso em: 30 out. 2019.

MULDER, H. et al. Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training. **J Medical Teacher**, v. 32, n. 10, p. 453-459, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.513719>. Acesso em: 29 out. 2019.

MURPHY, M. et al. Promoting professional nursing practice: linking a professional practice model to performance expectations. **Nurs. Clin. North. Am.**, v. 46, n. 1, p. 67-79, mar. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320662>. Acesso em: 30 out. 2019.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0309.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0309.pdf). Acesso em: 30 out. 2019.

OLIVEIRA, R. J. T. et al. Condições intervenientes à governança da prática de Enfermagem no centro obstétrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 47-54, mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43125>. Acesso em: 28 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, Suíça, 2010. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20). Acesso em: 30 out. 2019.

PANG, D. et al. Nursing values in China: the expectations of registered nurses. **Nursing & Health Sciences**, 2009. Disponível em: <http://doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00468.x>. Acesso em: 28 out. 2019.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. The nursing work process: the gap between planning and care delivery. **Rev Bras Enferm**, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/10776070>. Acesso em: 27 out. 2019.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 5, p. 771-777, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019597022>. Acesso em: 29 out. 2019.

PETERS, H. et al. Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions. **J Medical Teacher**, v. 39, n. 8, p. 802-807, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1331031>. Acesso em: 29 out. 2019.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POORCHANGIZI, B. et al. The importance of professional values from nursing students' perspective. **BMC Nursing**, v. 18, n. 26, jul. 2019. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0351-1>. Acesso em: 29 out. 2019.

PORTO, A. R. et al. Nursing theories and models that enhance professional practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, [Internet], v. 5, n. 5, p. 155-161, dez. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1720>. Acesso em: 29 out. 2019.

PREMIER HEALTH. **Nursing shared governance at premier health**. Ohio: Miami Valley Hospital, 2019. Disponível em: <https://www.premierhealth.com/healthcare-professionals/nurse-connect/why-premier-nursing/shared-governance>. Acesso em: 28 out. 2019.

PRICE, S.; REICHERT, C. The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. **Adm Sci**, v. 7, n. 2, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>. Acesso em: 30 out. 2019.

PUGGINA, C. C. et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Revista Espaço para Saúde**, v. 16, n. 4, p. 87-97, out./dez. 2015. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/386/11>. Acesso em: 29 out. 2019.

QALEHSARI, M. Q.; KHAGHANIZADEH, M.; EBADI, A. Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. **Electron Physician**, v. 9, n. 10, p. 5541-5550, out. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718860/>. Acesso em: 29 out. 2019.

REGINO, D. S. G. **Formação e avaliação de competências na área de enfermagem pediátrica: perspectiva de docentes universitários**. 109 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (review)**. Cochrane Database Systematic Reviews. 2009.

RENJITH, V.; RENU, G.; GEORGE, A. Transformational leadership in nursing. **International Journal of Scientific Research & Management Studies**, v. 2, n. 2, p. 112-118, mai. 2015. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/277138454\\_TRANSFORMATIONAL\\_LEADERSHIP\\_IN\\_NURSING](https://www.researchgate.net/publication/277138454_TRANSFORMATIONAL_LEADERSHIP_IN_NURSING). Acesso em: 28 out. 2019.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Enf. Ref.**, v. ser IV, n. 10, p. 125-133, set. 2016. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832016000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 out. 2019.

ROBERT, N.; FINLAYSON, S. **Fundamentals of Magnet Toolkit**. Maryland: Nursing Knowledge Center, 2015.

ROYAL COLLEGE. **Competence by Design: Understanding milestones and EPAs**. 2015. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/dialogue/dialogue-15-2-e#vol15-2-epa-milestones>. Acesso em: 30 out. 2019.

RUTHES, M. R.; CUNHA, I. C. K. O. Competencies of the nurse in the management of cognitive and capital knowledge. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 6, p. 62-66, nov./dez. 2009. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

SÁ, A. C. M. G. N. et al. Contribuições da educação permanente para qualificação da assistência de enfermagem em um hospital público. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-880997>. Acesso em: 29 out. 2019.

SADE, P. M. C. et al. Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.**, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57130>. Acesso em: 30 out. 2019.

SALANOVA, M. et al. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. **J. Adv. Nurs.**, v. 67, n. 10, p. 2256-2266, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05652.x>. Acesso em: 30 out. 2019.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 301-308, abr./jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf). Acesso em: 30 out. 2019.

SAMOTO, A.K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo - SP**. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, J. L. G. et al. Governança em Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600024>. Acesso em: 30 out. 2019.

SCHAEFER, J. D.; WELTON, J. M. Evidence based practice readiness: a concept analysis. **Journal of Nursing Management**, v. 26, n. 6, jan. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12599>. Acesso em: 30 out. 2019.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**. São Paulo: Editora Best Seller, 1990

SCHAAF, M. V.D. **Deliverable 2.1: Tool for matrix mapping of workplace-based curricula with Entrustable Professional Activities and competencies**. Netherlands: WATCHME, 2014.

SEITOVIRTA, J. et al. Attention to nurses' rewarding – an interview study of registered nurses working in primary and private healthcare in Finland. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, p. 1042-1052, 2016. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.13459?casa\\_token=IK43MLyFnmYAAAAA:CGo-x-Y3mafzLTNdNFQuM3-fINOp0Q2-LoikMZQ6BVltqYWAgtMIH3iOgeGKSLX6wWUs9EF8SnMaCHs](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.13459?casa_token=IK43MLyFnmYAAAAA:CGo-x-Y3mafzLTNdNFQuM3-fINOp0Q2-LoikMZQ6BVltqYWAgtMIH3iOgeGKSLX6wWUs9EF8SnMaCHs). Acesso em 28 out. 2019.

SILVA, L. A. A. et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **REUFISM**, v. 2, n. 2, p. 496-506, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufism/article/view/5364/pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

SIMON, A. A. Sistematização de processos participativos: o caso de Santa Catarina. **Rev. Bras. Agroecologia**, v. 2, n. 1, p. 540-543, fev. 2007.

SLATYER, S. et al. Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key componentes. **J Nurs Manag.**, v. 24, n. 2, p. 139-150, mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25975609>. Acesso em: 30 out. 2019.

SMITH, M. A. Are you a transformational leader? **Nursing Management**, v. 42, n. 9, p. 44-50, set. 2011. Disponível em: [https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2011/09000/Are\\_you\\_a\\_transformational\\_leader\\_.8.asp](https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2011/09000/Are_you_a_transformational_leader_.8.asp). Acesso em: 26 out. 2019.

SOUZA, M.F. Teorias de enfermagem: importância para a profissão. **Acta Paul Enferm.**, v.1, n.3, p. 63-65, set. 1988.

START, R. et al. **Building a Strong shared governance foundations**. American Nurse Today, 2013. Disponível em: <https://www.americannursetoday.com/building-a-strong-shared-governance-foundation/>. Acesso em: 29 out. 2019.

STRONG, M. Maintaining clinical competency is your responsibility. **American Nurse Today**, v. 11, n. 7, p. 46-47, 2016. Disponível em: <https://americannursetoday.com/wp-content/uploads/2016/07/ant7-Focus-On-CAREER-Clinical-Competency.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

TEN CATE, O. Entrustability of professional activities and competency-based training. **J Grad Medical Education**, v. 5, n. 1, p. 157-158, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x>. Acesso em: 30 out. 2019.

TEN CATE, O. et al. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs). AMEE Guide n. 99. **Med Teach**. v. 37, n. 11, p. 983-1003, 2015.

TEN CATE, O.; TOBIN, S.; STOKES, M. L. Bringing competencies closer to day-to-day clinical work through entrustable professional activities. **MJA**, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5694/mja16.00481>. Acesso em: 29 out. 2019.

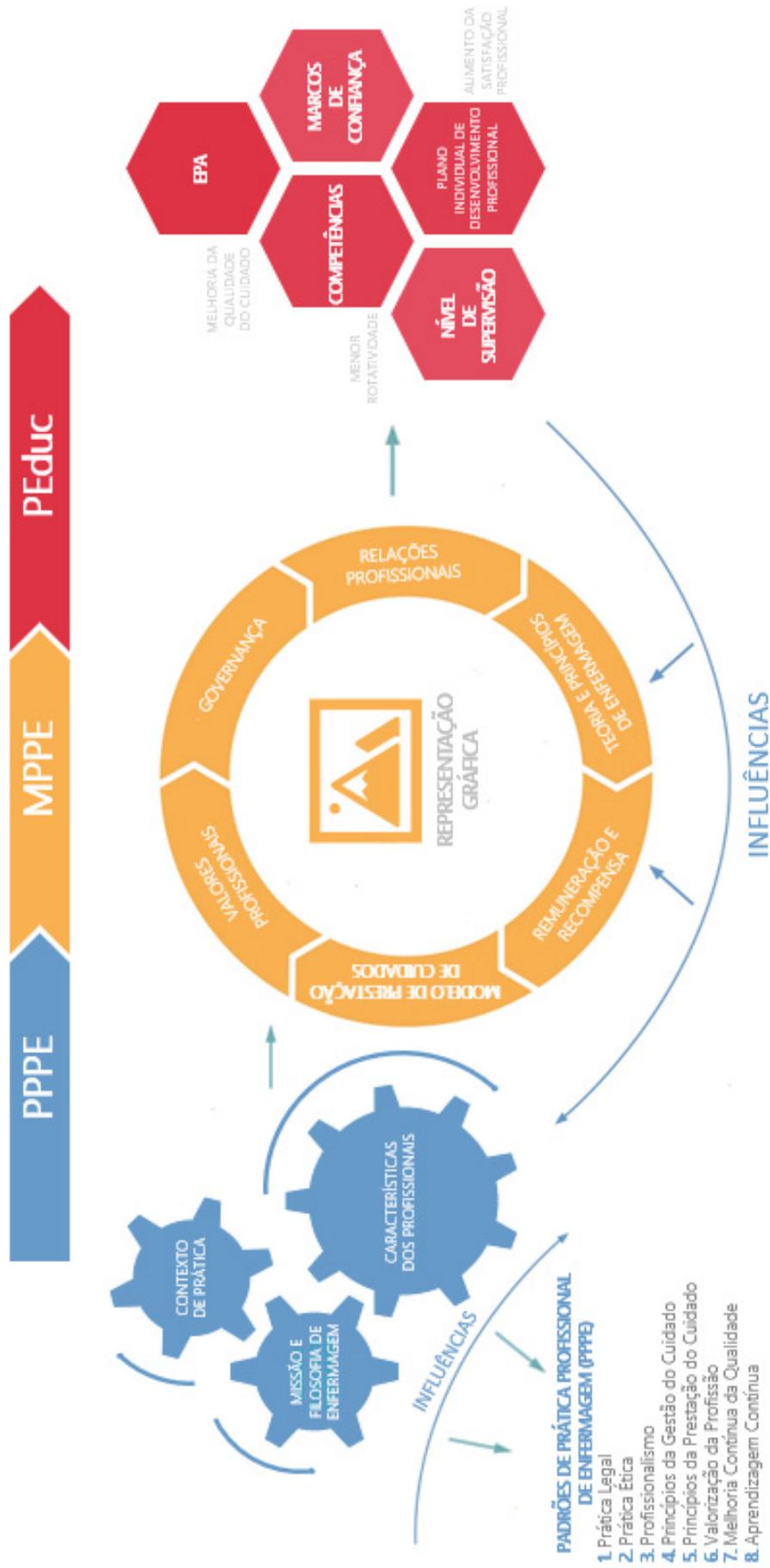
TEN CATE, O. A primer on entrustable professional activities. **Korean J Med Educ**, v. 30, n. 1, p. 1-10, mar. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840559/>. Acesso em: 28 out. 2019.

UC DAVIS HEALTH. **Professional relationship and teamwork**. 2019. Disponível em: [https://health.ucdavis.edu/nurse/practicemodel/professional\\_relationships.html](https://health.ucdavis.edu/nurse/practicemodel/professional_relationships.html). Acesso em: 27 out. 2019.

**APÊNDICE 1 – MODELO DE APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM**

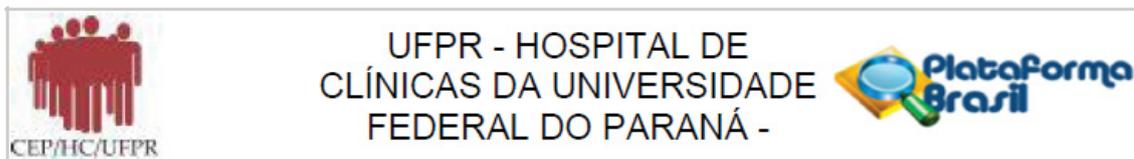
**Sistematização da Educação Permanente de Enfermagem (SisEPE)**

MODELO DE APLICAÇÃO



- PADRÕES DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (PPPE)**
1. Prática Legal
  2. Prática Ética
  3. Profissionalismo
  4. Princípios da Gestão do Cuidado
  5. Princípios da Prestação do Cuidado
  6. Valorização da Profissão
  7. Melhoria Contínua da Qualidade
  8. Aprendizagem Contínua

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Sistematização da Educação Permanente de Enfermagem - SisEPE

**Pesquisador:** Marilene Loewen Wall

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87772218.5.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.674.684

#### Apresentação do Projeto:

Sistematização da Educação Permanente de Enfermagem - SisEPE

Projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Paraná

Trata-se de pesquisa metodológica de abordagem qualitativa.

#### Objetivo da Pesquisa:

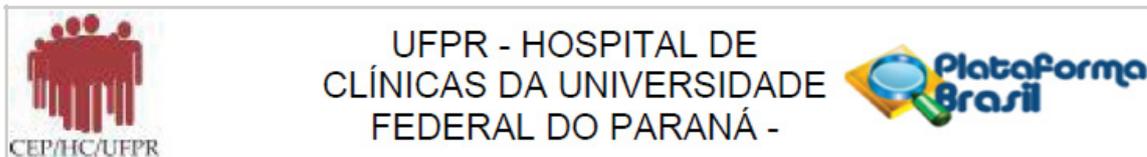
Propor método para Sistematizar a Educação Permanente em Enfermagem (SisEPE) por meio da educação baseada em competências.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os enfermeiros participantes da pesquisa correm o risco de experimentar algum desconforto durante a coleta de dados, principalmente relacionado ao tempo gasto para preenchimento do questionário. Por se tratar de coleta de dados por via eletrônica, o participante poderá escolher o horário e o local que mais lhe convier para responder à pesquisa. Entretanto, caso seja da preferência do participante, as pesquisadoras disponibilizarão um ambiente adequado para preenchimento do questionário, com computador e acesso à internet, garantindo sempre o sigilo das informações obtidas.

A fim de minimizar riscos ou danos ao participante caso algum constrangimento ou qualquer outro desconforto ocorra, será explicado ao mesmo que poderá interromper sua participação quando achar conveniente.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.674.684

O participante poderá não ser diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas contribuirá para o avanço científico da profissão, uma vez que colaborará na construção de um modelo para sistematizar a educação permanente por meio da educação baseada em competências, que poderá contribuir para o desenvolvimento profissional dos integrantes da equipe de enfermagem, e para a melhoria da qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O desenvolvimento desta pesquisa visa a obtenção de um modelo para sistematizar a educação permanente por meio do desenvolvimento de competências, esperando-se com isso, contribuir para o desenvolvimento profissional dos integrantes da equipe de enfermagem, e para a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente.

Amostra 30 participantes enfermeiros e/ou docentes de enfermagem, que possuam o título de doutor, que atuem no Complexo Hospital de Clínicas e/ou na Universidade Federal do Paraná, e que aceitem espontaneamente participar da pesquisa. Inicialmente serão identificados os profissionais que atendam aos critérios de inclusão da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram postados.

**Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

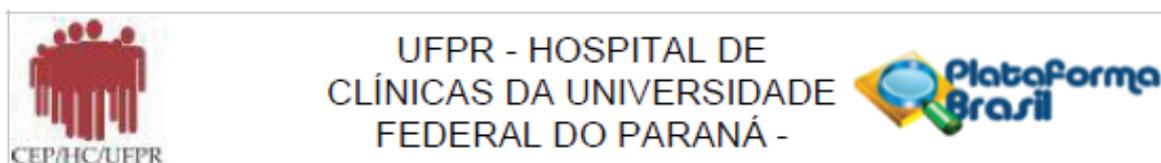
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.674.684

mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1109345.pdf	16/04/2018 11:01:13		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_dos_Servicos_Envolvidos.pdf	16/04/2018 10:59:54	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_PB.pdf	16/04/2018 10:59:44	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	16/04/2018 08:43:06	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	12_Modelo_Declaracao_Ausencia_Custos_CHC_UFPR.pdf	13/04/2018 11:00:06	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Extrato_de_ata.pdf	13/04/2018 10:59:02	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	11_TCLE_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	13/04/2018 10:58:36	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_Termo_de_Responsabilidades_no_Projeto.pdf	13/04/2018 10:58:22	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	9_Termo_de_Compromisso_para_Utilizacao_de_Dados_de_Arquivo.pdf	13/04/2018 10:57:47	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8_Qualificacao_de_Todos_os_Pesquisadores.pdf	13/04/2018 10:57:07	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7_Declaracao_de_Compromisso_dos_Pesquisadores.pdf	13/04/2018 10:56:59	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6_Declaracao_de_Uso_Especifico_de_Material_e_ou_Dados_Coletados.pdf	13/04/2018 10:56:52	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_Termo_de_Confidencialidade.pdf	13/04/2018 10:56:42	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_Declaracao_de_Tomar_Publicos_os_Resultados.pdf	13/04/2018 10:56:19	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito
Declaração de	2_Declaracao_do_orientador_do_alun	13/04/2018	CAMILA CAROLINE	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-1041

Fax: (41)3380-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.674.684

Pesquisadores	o.pdf	10:55:51	SZPIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1_Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_CEP.pdf	13/04/2018 10:55:41	CAMILA CAROLINE SZPIN	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 24 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
maria cristina sartor  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br