

OS SENTIDOS DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO ENSINO E NA PRÁTICA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

REFLEXÕES DO
18º SENADEn E
15º SINADEn

Edlamar Kátia Adamy
Marcia Regina Cubas
Organizadoras





ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

DIRETORIA ABEN NACIONAL • GESTÃO 2022-2025

Jacinta de Fátima Senna da Silva | Presidente

Sônia Maria Alves | Vice-Presidente

Rosalina Aratani Sudo | Secretária Geral

Aline Macêdo de Queiroz | Diretora do Centro Financeiro

Livia Angeli Silva | Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática Profissional e do Trabalho de Enfermagem

Érica Rosalba Mallmann Duarte | Diretora de Comunicação Social e Publicações

Cassia Barbosa Reis | Diretor do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem

Célia Alves Rozendo | Diretora de Educação em Enfermagem

PRODUÇÃO EDITORIAL

Paulo Roberto Pinto | Projeto gráfico e diagramação

Magdalena Avena | Assistente editorial

A221o Adamy EK, Cubas MR. Os sentidos da inovação tecnológica no ensino e na prática do cuidado em enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN / Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília, DF : Editora ABEn, 2023. 74 p.
74 p.
ISBN 978-65-89112-18-1
e-Book (PDF)
Texto de vários autores.

1. Enfermagem. 2. Profissional de Enfermagem. 3. Evento. I. Edlamar Kátia Adamy. II Marcia Regina Cubas. III. Associação Brasileira de Enfermagem. IV. Título.

CDU 614.2
CDD 614

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663

2023.v1



APRESENTAÇÃO

A obra “OS SENTIDOS DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO ENSINO E NA PRÁTICA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM: REFLEXÕES DO 18º SENADEN E 15º SINADEN”, originou-se da programação do 18º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem e do 15º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, organizado de forma híbrida pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional e da seção Maranhão e foi realizado em julho de 2022.

A obra contou com 31 autores que apresentam nove importantes capítulos que versam acerca da formação e da prática profissional em enfermagem. A obra retrata os conteúdos abordados na programação pré evento (minicursos, encontros, fóruns, reuniões) e da programação principal do evento que congregou profissionais pesquisadores e educadores de enfermagem para discutir os desafios contemporâneos da formação profissional em enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem.

O 18º SENADEN e o 15º SINADEN são eventos que reúnem convidados, pesquisadores nacionais e internacionais, estudantes de nível técnico, graduação e pós graduação lato e stricto sensu, trabalhadoras de enfermagem e de áreas afins da saúde e das ciências humanas e sociais com propósitos definidos e divulgados, representados pelo tema central e pela programação oferecida.

Esta é uma obra que pode contribuir com o processo de aprendizado de estudantes e de enfermeiros, além de ser uma leitura essencial para docentes que atuam no ensino teórico, prático e na pesquisa.

Fica o convite para navegar nesta leitura.

Edlamar Kátia Adamy | ORCID: 0000-0002-8490-0334

Marcia Regina Cubas | ORCID: 0000-0002-2484-9354

(Organizadoras)



PREFÁCIO

OS SENTIDOS DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO ENSINO E NA PRÁTICA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM: REFLEXÕES DO 18º SENADEN E 15º SINADEN

Esta obra reúne dois temas essenciais para a Enfermagem profissional: o processo de ensino-aprendizagem e o processo de enfermagem. É marcadamente uma produção fruto de conhecimentos sustentados, experiências e aprendizagens exitosas decorrentes da trajetória de seus autores e dos avanços obtidos no 18º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem e do 15º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, realizado em 2022.

Ao percorrer os diferentes capítulos, têm-se a oportunidade de se debruçar sobre aspectos conceituais e operacionais da formação e da prática clínica, a partir da ótica de autores com reconhecida expertise em suas áreas.

No capítulo, “Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e Prática do Cuidado de Enfermagem: Conferência de Abertura”, a Profa Elizabeth Teixeira, que realizou a conferência de abertura dos eventos, apresenta definições sobre inovação na saúde, além de expor aspectos normativos e uma estrutura de referência teórica que permitem uma melhor compreensão da inovação tecnológica e seus múltiplos sentidos. Desempenha um importante papel na obra ao marcar elementos que facilitam a compreensão de capítulos posteriores.

No capítulo de “Panorama Nacional da Formação em Enfermagem: Diretrizes Curriculares Nacionais da Formação Técnica e da Graduação”, os autores encaminham para uma reflexão no argumento de que o momento histórico-político da profissão impõe renovados desafios para a formação da enfermagem em nível técnico e superior. Instigam a toma de consciência acerca de papéis a serem desempenhados pela categoria na construção de tais diretrizes curriculares. Para além do resgate temporal, o material possui pontuações reflexivas que marcam tanto os avanços já obtidos na construção de diretrizes curriculares quanto chamam a atenção para potenciais ameaças de retrocessos.

No capítulo denominado de “Aprendizagem mediada por tecnologias: reflexões (im)pertinentes?”, o tom dialógico dos dilemas das tecnologias na educação é mantido pelas autoras na exposição de perspectivas reflexivas. Enfatizam questões ligadas a processos que são socialmente lastrados e têm grande influência na aprendizagem contemporânea, como por exemplo, a automação, a digitalização e a valorização do humano que concretiza a mediação tecnológica. Reconhecem que o debate segue aberto e deve prosseguir a partir de uma perspectiva neotecnicista ou socialmente pertinente.

O quarto capítulo aborda a enfermagem e as tecnologias digitais, tecendo uma reflexão acerca das perspectivas da Educação e das práticas de cuidado em Enfermagem e da exclusão digital.

No quinto capítulo da obra, “Preceptoria em enfermagem: contribuições e desafios na residência”, as autoras apresentam características dos programas de residência e indicam funções relevantes desempenhadas pelos atores envolvidos nas residências profissionais e multiprofissionais. Enfatizam desafios gerais, muitos dos quais com que os preceptores se defrontam cotidianamente, bem como indicam alguns específicos vivenciados durante a pandemia da COVID-19.



“A Pesquisa na formação em Enfermagem” é o título do sexto capítulo da obra. Nele, os autores apresentam relevantes aspectos ligados a produção e consumo da pesquisa na área da saúde, destacando a importância de ensinar e aprender como e para a pesquisa. Também são abordados aspectos da instrumentalização para o desenvolvimento de um cuidado pautado em evidências e para o consumo da pesquisa produzida na área. Trata-se de um texto que conecta os desafios de produzir ciência vinculada às necessidades de ensinar e cuidar na saúde.

O capítulo “O ensino das teorias como formas de pensar a prática de enfermagem” constrói na obra uma ponte entre os temas educacionais já abordados nos capítulos anteriores com o tema das teorias de enfermagem que servem de suporte ao processo de enfermagem. Nele, os autores apresentam justificativas para o ensino de teorias de enfermagem, indicam alguns conteúdos que podem fazer parte do planejamento de ensino e apresentam estratégias que podem ser úteis ao ensino do tema, enfatizando o emprego de estudos de casos. A ênfase do cuidado é dirigir-se aos profissionais que ocupem a condição de facilitadores da aprendizagem das teorias de enfermagem.

Os autores do oitavo capítulo abordam a desafiante questão de diferenciar os conceitos de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE). Empregando interpretações típicas de análise conceitual, recorrem ao conteúdo de publicações para apresentar antecedentes e consequentes conceituais e indicar atributos caracterizadores da SAE e do PE. O capítulo torna-se um material útil para a diferenciação necessária para superar a sobreposição dos conceitos que atrapalha a sua aplicação na prática, ensino e pesquisa de enfermagem.

De forma a discutir sobre o “O Futuro das Terminologias para o Registro do Processo de Enfermagem”, as autoras Marcia Regina Cubas e Camila Takáó Lopes recorrem a um breve histórico das terminologias padronizadas no Brasil para amparar a leitura e ancorar as perspectivas nas contribuições já obtidas e sedimentadas ao longo do tempo. Apresentam elementos que aproximam a ideia de Terminologia Padronizada em Enfermagem ao campo da ciência da informação, mencionando normas basilares para o trabalho com terminologias. Finalizam o capítulo enfatizando os temas da representação do conhecimento e da construção das melhores evidências clínicas e epidemiológicas, indicando-os como essenciais no debate do futuro das terminologias para a documentação clínica do Processo de Enfermagem.

Estimamos que este e-book, construído na diversidade de temas e perspectivas, possa agradar tanto ao leitor que inicia sua trajetória de estudo como ao perito. É uma obra alinhada às características da Associação Brasileira de Enfermagem, rica em reflexões e potencialidades. Busca retornar para o corpo social da profissão parte do conhecimento dos “abenistas” que se empenharam em produzir um material gerador de novos conhecimentos e capaz de sedimentar outros em relação aos sentidos das inovações tecnológicas expressas no ensino e na prática profissional.

Marcos Antônio Gomes Brandão | ORCID: 0000-0002-8368-8343

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ.



SUMÁRIO

6 CAPÍTULO I

SENTIDOS DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO ENSINO E PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: CONFERÊNCIA DE ABERTURA

12 CAPÍTULO II

PANORAMA NACIONAL DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA FORMAÇÃO TÉCNICA E DA GRADUAÇÃO

21 CAPÍTULO III

APRENDIZAGEM MEDIADA POR TECNOLOGIAS: REFLEXÕES (IM)PERTINENTES?

29 CAPÍTULO IV

ENFERMAGEM E TECNOLOGIAS DIGITAIS: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO E PRÁTICAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

37 CAPÍTULO V

A PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS NA RESIDÊNCIA

44 CAPÍTULO VI

A PESQUISA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

52 CAPÍTULO VII

O ENSINO DAS TEORIAS COMO FORMAS DE PENSAR A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

62 CAPÍTULO VIII

ANÁLISE CONCEITUAL E OPERACIONAL DOS TERMOS SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM

69 CAPÍTULO IX

O FUTURO DAS TERMINOLOGIAS PARA O REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c1>

SENTIDOS DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO ENSINO E PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: CONFERÊNCIA DE ABERTURA

Elizabeth Teixeira¹ | ORCID: 0000-0002-5401-8105

¹ Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.



Autora Correspondente:

Elizabeth Teixeira

E-mail: etfelipe@hotmail.com

Como citar:

Teixeira E. Sentidos da inovação tecnológica no ensino e prática do cuidado de enfermagem: conferência de abertura. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 6-11 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c1>

Revisoras: Edlamar Kátia Adamy e Marcia Regina Cubas. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, que sintetiza a conferência de abertura do evento, vamos tratar de seis pontos que consideramos relevantes para dar conta do tema-título: 1) De que tecnologias estamos falando; 2) Inovação: múltiplos sentidos e tipos; 3) Referenciais teóricos para a análise das inovações na saúde; 4) Inovação no ensino; 5) Inovação nas práticas do cuidado em Enfermagem; 6) Pontos para reflexão sobre os sentidos da inovação na Enfermagem.

DE QUE TECNOLOGIAS ESTAMOS FALANDO

Segundo o Decreto N° 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, **tecnologias em saúde** são medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais.

Na literatura, encontramos outras classificações para as tecnologias, em saúde e em enfermagem. Vejamos algumas: Produto e Processo (BARROSO et al, 1983); Manutenção, Informação, Reparação (COLLIÉRE, 1989); Dura, Leve-dura, Leve (MERHY, 2000); Gerencial, Assistencial, Educacional (NIETSCHKE, 2005); Assistiva, Persuasiva, Preditiva (BERSCH, 2013).



Nos estudos de produção, avaliação e implementação de tecnologias em saúde e em enfermagem, em especial, há que se deixar explícito de que tecnologias estamos falando e quais classificações estamos considerando.

INOVAÇÃO: MÚLTIPLOS SENTIDOS

Numa perspectiva sistêmica, a inovação gera valor e ao mesmo tempo atende uma necessidade real. As ideias inovadoras, nesse sentido, são complementadas por pesquisa, criatividade e recursos (Figura 1).

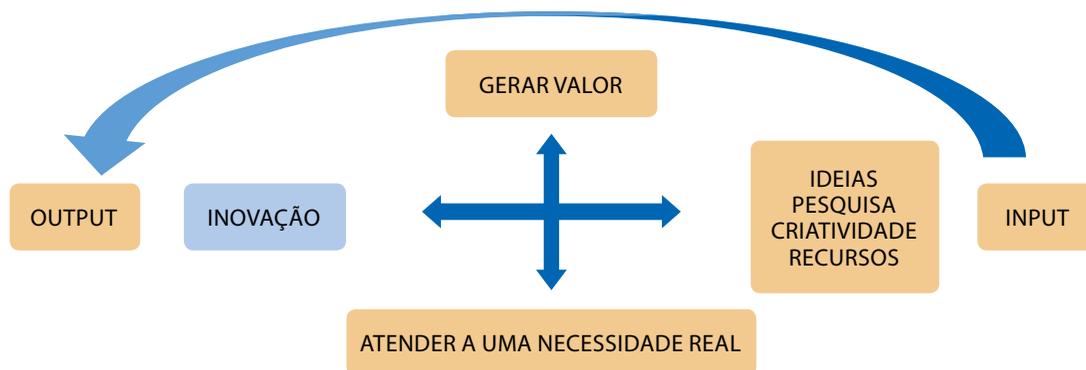


Figura 1 – O processo sistêmico da inovação. Manaus, AM, 2022

Outro sentido é pensar a inovação a partir de tipologias, o que nos leva à inovação incremental, de sustentação, radical e disruptiva (Figura 2).

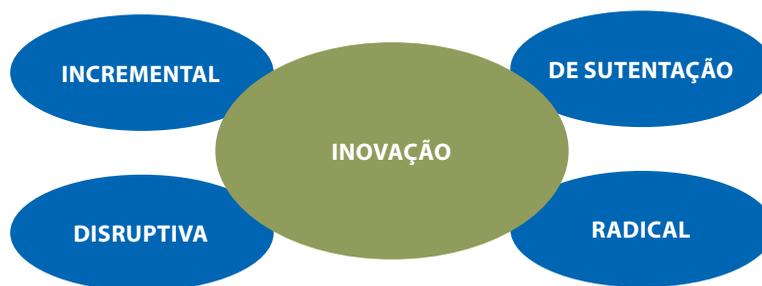


Figura 2 – Os tipos de inovação, Manaus, Amazonas, 23 de setembro de 2022

Outro sentido é pensar a inovação num âmbito cíclico, pois desde uma alteração, passando por uma renovação, reformulação e aperfeiçoamento, até se chegar a uma mudança, estamos tratando de inovação; cada ponto do ciclo inova (Figura 3).



Figura 3 – Os níveis da inovação, Manaus, Amazonas, 23 de setembro de 2022

Enfim, um último sentido é a partir das áreas, pois a inovação acontece em diversos contextos, envolvendo processos, produtos, serviços e outras dimensões (Figura 4).



Figura 4 – Os contextos da inovação, Manaus, Amazonas, 23 de setembro de 2022

REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA A ANÁLISE DAS INOVAÇÕES NA SAÚDE

No modelo de Kaluzny, as inovações são analisadas a partir de três tipos de variáveis: as sociodemográficas e de personalidade, situação profissional e características da prática clínica; as relacionadas com características dos administradores; e as relacionadas com características do pessoal da organização. No modelo de Greenhalg, se busca identificar qual a ênfase dominante entre quatro discursos conflitantes sobre inovações tecnológicas nos serviços de saúde: modernista, humanista, técnicoeconômico e de mudança na gestão⁽¹⁾.

Um outro referencial adotado é a teoria crítica da tecnologia (TCT), de Feenberg. Nessa perspectiva, a incorporação de atores sociais não hegemônicos contribui para alterar a orientação das mudanças em curso, privilegiando a democratização do sistema de saúde nacional. A TCT permite desnaturalizar as lacunas ao assumir que não derivam dos limites do conhecimento *per se*, mas sim de um conjunto muito restrito de interesses contemplados e da influência dos valores desse grupo na escolha dos problemas a serem priorizados e das soluções possíveis⁽²⁾.

INOVAÇÃO NO ENSINO

Durante o ano de 2021, em tempos de pandemia, foi realizada uma pesquisa com docentes universitários de várias instituições. O objeto de estudo foi a inovação e a tecnologia. Os docentes manifestaram suas percepções e pontos de vista a partir do preenchimento de um instrumento encaminhado via e-mail. Destacamos aqui alguns resultados que consideramos ilustrativos do que desejamos compartilhar e dar evidência sobre inovação no ensino⁽³⁾.

Inovação não deriva exclusivamente de alguma base tecnológica, sendo digital ou não, conectada ou não. Ao contrário, depende de relações temporais e sociais ocorridas em processos de mudança promovidos pelo ser humano e por seus movimentos e relações em sociedade. Não surgem no vácuo, mas como resultado das ações e interações de vários atores. A mera presença das tecnologias digitais nas salas de aula não é suficiente para promover inovações e melhorias na qualidade do ensino-aprendizagem. Muitas vezes, determinadas tecnologias consideradas avançadas são utilizadas para consolidar antigos modos de reprodução de conhecimentos – tecnologias chamadas novas para metodologias e práticas docentes obsoletas.

A educação inovadora, em rede, ou seja, ligada, conectada (On) na vida (LIFE), emerge a partir das problematizações do mundo presente. Essa perspectiva vai além da tecnologia-produto em si e envolve uma renovação das tecnologias-processo, da dinâmica do trabalho do professor, do ensino e de todo o sistema educacional. Não se trata apenas de ter ou não ter computador e sim de levar o habitar em rede para a escola, ou novos espaços do aprender, onde quer que estejam atuando, de vivenciar o potencial das tecnologias digitais conectadas nos processos educativos online ou off-line.

INOVAÇÃO NAS PRÁTICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM: VOCÊ SABIA?

Para ilustrar esse tópico, elencamos um conjunto de inovações deflagradas por enfermeiras, que mudaram significativamente os modos de cuidar. Cada inovação em destaque parte de uma necessidade vivida na prática do cuidado de enfermagem.

Na década de 1940, os milhares de soldados amputados na Segunda Guerra Mundial não podiam comer de forma independente até que a Enfermeira Bessie Blount Griffin inventou um tubo de alimentação. Sua criação permitia carregar comida no tubo e deixar que os pacientes se alimentassem a seu ritmo, ganhando alguma autonomia.

Na década de 1950, a Enfermeira Jean Ward estava convencida de que o ar fresco e a luz solar ajudavam os bebês com icterícia. Ela chegou a essa conclusão após ver que os bebês colocados perto da janela melhoravam significativamente. Isso levou ao uso da fototerapia como tratamento para a icterícia neonatal.

Até 1954, os pacientes operados com câncer de cólon tinham que evacuar diretamente pelo abdômen. Quando Thora Sorensen sofreu dessa doença, sua irmã mais velha, a Enfermeira Elise, decidiu fazer algo para melhorar sua qualidade de vida. Assim, nasceu a bolsa de colostomia, uma solução descartável que adere completamente ao abdômen evitando vazamentos desagradáveis.

Se o seu coração parar, o desfibrilador pode salvar sua vida. Mas quem idealizou os carrinhos de emergência para levá-lo aos pacientes? Foi a Enfermeira Anita Dorr! Ela teve essa ideia em 1968, após observar que os médicos perdiam tempo precioso ao transportar os pacientes até os desfibriladores. Os carrinhos de emergência não só incluem o desfibrilador, mas também muitas outras ferramentas e medicamentos.

Durante o tratamento da fototerapia neonatal, as equipes médicas improvisavam proteções de olhos para bebês. Eles utilizavam gaze, fita e até algodão, mas esses materiais não eram adequados e podiam danificar a visão da criança. Foi aí que a Enfermeira Sharon Rogone criou uns óculos protetores ligados a um boné, em 1990. Mais tarde, ela fundou sua própria empresa, *Small Beginnings*. Ela é especializada na invenção de material para o tratamento de bebês prematuros.

Até 2003, as agulhas, sondas e outros suprimentos médicos eram feitos de plástico transparente. Mas a Enfermeira Teri Barton-Salinas e sua irmã Gail Barton-Hay decidiram implementar códigos de cores para ajudar a reduzir os erros médicos.

Você sabia dessas inovações a partir das práticas de cuidado de enfermagem?

PONTOS PARA REFLEXÃO SOBRE OS SENTIDOS DA INOVAÇÃO NA ENFERMAGEM

Afinal, o que sinaliza inovação na enfermagem? O que é apontado na contemporaneidade, que sustenta a constatação de uma prática inovadora em enfermagem? É somente a implementação de tecnologias? Há outros indicativos? Quais? Cabe, enfim, refletir sobre os múltiplos indicativos com vistas a aplicá-los, o que irá fomentar estratégias para o ensino e a pesquisa em enfermagem (Figura 5).

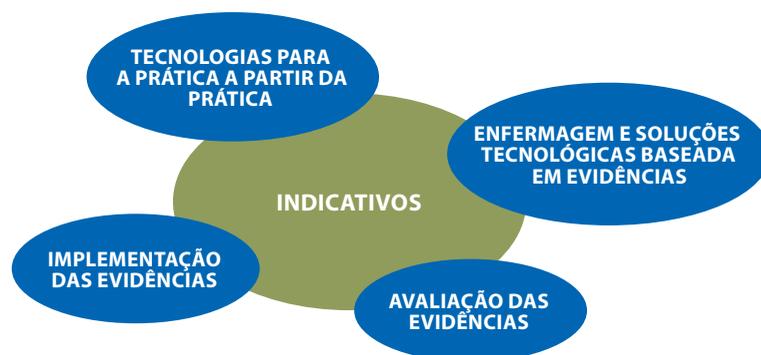


Figura 5 – Os modelos de inovação, Manaus, Amazonas, 23 de setembro de 2022

A partir dos indicativos, há que se considerar no âmbito da inovação tecnológica alguns atributos: relevância, usabilidade e sustentabilidade. A relevância se refere aos problemas de saúde que a tecnologia se propõe resolver: se são, de fato, aqueles definidos como prioritários pelas políticas de saúde e pelos atores sociais da saúde. A usabilidade se atém à experiência e facilidade de uso, ou seja, à menor exigência de habilidades complexas ou de recursos a especialistas para que a tecnologia possa ser usada. Finalmente, a sustentabilidade trata do impacto da incorporação da tecnologia sobre a manutenção do sistema de saúde ou, dito de outra forma, trata do desenvolvimento de tecnologias cujos custos não inviabilizem o financiamento a longo prazo do sistema de serviços de saúde. Todas essas características precisam ser consideradas nos processos de produção de inovações tecnológicas para a prática do cuidado de Enfermagem⁽⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há dois grandes sentidos da INOVAÇÃO TECNOLÓGICA (IT): a inovação incremental ou de sustentação, a partir de melhorias de um produto ou processo, que podem ser realizadas de forma gradual e contínua & a inovação disruptiva ou radical, que transforma ou substitui produtos ou processos por uma solução superior (mais acessível, mais simples), e que leva a ruptura de paradigmas e formação de novos hábitos. Para cada contexto (ensino e cuidado), há distintas necessidades, prioridades e possibilidades para tais sentidos. No ensino e na prática de cuidado de Enfermagem há que se inovar tanto nas tecnologias de produto-materiais-duras quanto nas de processo-imateriais-leves. A inovação vai além do digital (On-Line), pois se requer inovação conectada com a vida (On Life). As evidências e soluções tecnológicas precisam ser não só produzidas, mas implementadas e acompanhadas, o que requer “projetos de continuidade” que deem conta das múltiplas

fases-etapas. Se cada um quiser “começar do zero”, as pesquisas com soluções tecnológicas para o ensino e a prática de cuidado não serão suficientes para operar a IT.

REFERÊNCIAS

1. Costa LS, Bahia L. Geração e trajetórias de inovação nos serviços de saúde. In: Gadelha CAG, Gadelha P, Noronha JC, Pereira TR. Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, pp. 23-60.
2. Costa LS. Aportes da teoria crítica da tecnologia à análise da inovação nos serviços de saúde. Interface (Botucatu). 2020;24:e190723. <https://doi.org/10.1590/Interface.190723>
3. Sales MVS, Kenski VM. Sentidos da inovação em suas relações com a Educação e as tecnologias. Rev FAEEBA: Educ Contemp. 2021;30(64):1-310. <https://doi.org/10.21879/faeeba2358-0194.2021.v30.n64.p19-35>
4. Souza LEPP. Saúde, desenvolvimento e inovação: uma contribuição da teoria crítica da tecnologia ao debate. Cad Saúde Pública. 2016;32(Sup 2):e00029615. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029615>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c2>

PANORAMA NACIONAL DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA FORMAÇÃO TÉCNICA E DA GRADUAÇÃO

Edlamar Kátia Adamy^I | ORCID: 0000-0002-8490-0334
Flavia Regina Souza Ramos^{II} | ORCID: 0000-0002-0077-2292
Gilberto Tadeu Reis da Silva^{III} | ORCID: 0000-0002-0595-0780
Ludmila Anjos de Jesus^{III} | ORCID: 0000-0002-4471-6057

^I Universidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Estado do Amazonas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil; Manaus, Amazonas, Brasil.

^{III} Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.



Autora Correspondente:

Edlamar Kátia Adamy

E-mail: edlamar.adamy@udesc.br

Como citar:

Adamy EK, Ramos FRS, Silva GTR, Jesus LA. Panorama Nacional da Formação em Enfermagem: Diretrizes Curriculares Nacionais da Formação Técnica e da Graduação. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 12-20 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c2>

Revisora: Marcia Regina Cubas. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

A atualidade e relevância da temática das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Formação Técnica e da Graduação são evidenciadas nos diferentes espaços em que vem sendo discutida pela Enfermagem brasileira, especialmente naqueles que congregam diferentes atores preocupados com a qualidade da educação profissional. Este é o caso dos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN) que, em sua 18ª edição no ano de 2022, já demonstram a constância do tema e o compromisso que agrega, seja por parte da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), ou por parte de escolas, professores, estudantes, entre outros.

Ao privilegiar a atualização do panorama nacional da formação em Enfermagem no Brasil importa reconhecer que o momento histórico político da profissão impõe renovados desafios, ao mesmo tempo em que reconfigura questões que acompanham a história do seu desenvolvimento. Sem dúvida, existem desafios que são comuns à Enfermagem em todo o mundo, quando se compartilha o empenho pela formação profissional de excelência, ou a preocupação com suficiência e distribuição dessa formação em face às demandas do mercado e dos processos de trabalho, em suas bases técnico científicas e tecnológicas. Todas essas pautas comuns ou compartilhadas adquirem nuances próprias em cada país, a exemplo do déficit quantitativo de profissionais, desenhando o fenômeno “push-pull” nos processos migratórios, com perfis de países



“exportadores/doadores” ou “importadores/receptores” de profissionais. Entre as respostas à crise global de recursos humanos da saúde estão questões de capacidade de formação, retenção e gestão do movimento global de profissionais, incluindo políticas de integração dos sistemas regionais de formação para reconhecimento de titulação, como ocorre na União Europeia ou, de forma mais seminal, no Mercosul. A diversidade nos padrões internacionais da educação em enfermagem tem demandado diretrizes para consistência da qualidade do ensino de acordo com um marco global e seus pilares de expectativas⁽¹⁻²⁾.

O panorama mundial coloca, simultaneamente, um continente como o europeu discutindo o desafio da globalização e dos fluxos migratórios, como uma “superdiversidade” decorrente da crescente complexidade étnica e cultural da força de trabalho⁽³⁾, e um país continental como o Brasil discutindo a “superdiversidade” da qualidade da formação. Para o primeiro desafio, da globalização, experiências como a do Processo de Bolonha avançam da harmonização para a convergência em um sistema europeu comum, assumindo a educação como imprescindível para o fortalecimento do bloco e o diálogo entre nações⁽⁴⁾. Para o desafio brasileiro, mesmo o diálogo da profissão e do controle social com o Ministério da Educação sofre um momento de fragilidade e baixa interlocução, no bojo de uma desvalorização geral da educação e da ciência nas ações de governo.

Par e passo com as tendências mundiais a Enfermagem brasileira se mantém atenta às características de composição de sua força de trabalho e no que elas implicam em desafios bastante próprios ao nosso cenário. Em síntese é preciso recuperar o que distingue nossa realidade atual, dentre o que se pode destacar: uma intensa privatização, desigualdade na distribuição e qualidade de cursos e expansão do ensino à distância, à revelia de quem de fato conhece a profissão ou as demandas do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, os próprios profissionais ou instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS); a urgente retomada (sob estratégias mais efetivas) da prerrogativa constitucional do SUS como regulador da formação de sua força de trabalho; a problematização da atual situação política da relação entre distintas regulações que recaem sobre a profissão, do campo do trabalho e do campo da educação; os também distintos momentos da regulação da formação de Graduação e da formação Técnica de Nível Médio.

Este capítulo visa discutir os principais desafios que caracterizam este momento específico de debate em torno das DCN em Enfermagem, nas especificidades dos dois níveis de formação, técnica e da graduação. Por esta razão se organiza em dois tópicos com foco em cada um destes níveis.

O PANORAMA DA FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM

A educação profissional técnica (EPT) pode ser compreendida como um modelo formativo que se destina ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o desempenho de uma profissão, e, consequentemente, integração desse profissional no mundo de trabalho de modo mais célere. Entretanto, apesar de estar relacionada com a qualificação para inserção no mercado de trabalho, a EPT propõe-se a transcender essa lógica, vislumbrando também, como princípio educativo, o preparo para o exercício da cidadania e a transformação da realidade social.

Desde a sua gênese, a EPT ocupou uma posição de menor prestígio na sociedade, visto que os trabalhos manuais eram considerados como atividades sem mérito social⁽⁵⁾. E, por isso, a EPT historicamente esteve voltada para pessoas menos favorecidas socioeconomicamente com forte ênfase no fazer em detrimento da capacidade crítica e de base científica, marcando a cisão entre as atividades manuais e as intelectuais, exprimindo, assim, nuances do dualismo estrutural. Tais aspectos refletiram também no curso de formação técnica em enfermagem, o qual expressa, em seu cerne, questões socioeconômicas e políticas.

Antes da institucionalização do curso técnico em enfermagem, movimentos importantes no contexto nacional indicaram e conduziram cenários que convergiram para o nascimento dessa habilitação. Nesse sentido, destaca-se o Decreto n° 20.109 publicado em 1931, o qual marcou o início das discussões sobre a formação técnica em enfermagem no país, embora que ainda de forma incipiente, uma vez que o foco histórico-político e econômico do Brasil, na época, era predominantemente industrial.

A partir da década de 40, originaram-se os primeiros indicativos mais consistentes sobre a necessidade efetiva de uma formação de nível técnico para compor a equipe de enfermagem, situando-se entre o auxiliar e a enfermeira. Esses movimentos, potencializados pelo quantitativo insuficiente de enfermeiras para atender as demandas de saúde da população frente a expansão dos serviços médico-hospitalares fruto da política desenvolvimentista, e da necessidade de profissionais qualificados, culminaram com a criação, em 1966, dos primeiros cursos técnicos em enfermagem do Brasil, moldados pela conjuntura socioeconômica do país e pelo contexto emergencial⁽⁶⁾. Desse modo, foi autorizado o funcionamento do curso técnico em enfermagem, através dos Pareceres nº 171/66 e nº 224/66, ambos do Conselho Federal de Educação, nas escolas Anna Nery e Luiza de Marillac, respectivamente⁽⁷⁾.

Contudo, o estabelecimento desse nível formativo não refletiu no delineamento de iniciativas robustas concernentes ao ensino na área, e, portanto, a formação caracterizou-se por ser substancialmente tecnicista e pautada no desenvolvimento de procedimentos com foco curativista, reproduzindo, dessa forma, a divisão social do trabalho. Todavia, os anos seguintes foram marcados por avanços e retrocessos, gerando novas perspectivas para a educação profissional técnica em enfermagem no país.

Após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, acentuou-se a preocupação com a qualidade da educação técnica em enfermagem, visto que, a partir de então, a formação de recursos humanos em saúde passou a ser uma competência da esfera federal⁽⁸⁾. Fato esse que pode ser demonstrado pelo crescimento significativo e acelerado da publicação de legislações sobre o tema⁽⁷⁾, sobretudo impulsionadas pelo aumento do número de serviços de saúde, e, por consequência, pela premente necessidade de profissionais qualificados. Diante de uma concepção de saúde mais ampla e integral, as legislações passaram a preconizar, na educação profissional, uma formação crítica, integral e reflexiva a fim de atender aos princípios norteadores do SUS, que se tornou o maior empregador na saúde.

Nessa tônica, em 2008, foi instituída a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, caracterizando-se como uma proposta ousada e inovadora, a qual defende a educação como um instrumento de transformação social e preza pela formação cidadã, apresentando em seu rol de cursos ofertados, o curso de técnico em enfermagem, embora ainda de maneira tímida. Pondera-se que, apesar das premissas da educação profissional, a oferta desse curso ainda ocorre predominantemente pelo setor privado, e intimamente relacionada aos interesses capitalistas e de mercado em detrimento ao compromisso com princípios educativos⁽⁹⁾.

Tais aspectos evidenciam resquícios do estigma que a educação profissional carrega ainda hoje, em decorrência do percurso de desvalorização histórica, nutrido ao longo dos anos, ecoando em um nível formativo fragilizado. No entanto, cabe ressaltar que os técnicos representam a base da pirâmide ocupacional da saúde no Brasil, e correspondem a 58,88% dos profissionais de enfermagem, constituindo, assim, o maior contingente de profissionais tanto da enfermagem quanto da saúde⁽¹⁰⁾.

Atualmente, o curso técnico de enfermagem integra o eixo ambiente e saúde, previsto na 4ª edição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, apresentando duração aproximada de 2 anos e meio, com carga horária de 1.200 horas, que devem ser associadas a pelo menos 400 horas de estágio curricular supervisionado a critério de normativas específicas ou do projeto pedagógico do curso⁽¹¹⁾. Além disso, essa formação, quando na modalidade presencial, pode ocorrer com até 20% de sua carga horária em atividades não presenciais, e quando na modalidade de ensino à distância, com no mínimo 50% da carga horária em atividades presenciais⁽¹¹⁾.

Em relação às modalidades de oferta, vigoram no país três tipos de oferta do curso técnico de nível médio: o integrado, voltados para quem já concluiu ensino fundamental, e conduz o estudante à habilitação profissional técnica ao mesmo tempo em que conclui o ensino médio com matrícula única, o concomitante, quando o estudante faz o ensino médio e o profissionalizante com duas matrículas distintas, e o subsequente direcionado para indivíduos que já tenham concluído o ensino médio⁽¹²⁾.

No tocante às diretrizes para a formação técnica, observa-se a inexistência de diretrizes curriculares nacionais específicas para essa habilitação. Destarte, a formação segue as normativas gerais, como a Lei de Bases e Diretrizes

da Educação (Lei nº 9.394/1996) e a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Educação, de 5 de janeiro de 2021, que estabelece as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional e tecnológica, balizadas pela Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/1986) a critério das instituições formadoras. Essa conjuntura favorece a execução de processos formativos heterogêneos e muitas vezes fragmentados, corroborando para fragilização do curso técnico de enfermagem histórica e culturalmente construída. Assim, de maneira geral, por falta de uma diretriz específica, dentre as competências do curso técnico em enfermagem é preponderante o “fazer” durante a formação, reforçando o tecnicismo e destoando de um processo crítico e reflexivo.

Diante dessa perspectiva, nota-se que o processo formativo do curso técnico de enfermagem ainda permanece como uma seara obscura e invisibilizada, dado que não há direcionamentos específicos, bem como dados concretos relativos à oferta e currículos do panorama nacional dessa habilitação.

Ademais, o cenário atual referente à EPT em enfermagem de nível médio ainda apresenta lacunas em diversos campos, sobretudo em relação aos processos pedagógicos. Nessa tessitura, o preparo docente para o ensino técnico em enfermagem se manifesta como um grande desafio, visto que, usualmente cabe aos enfermeiros a condução da educação técnica, porém, esses profissionais, que são predominantemente bacharéis, durante a sua formação desenvolvem poucas habilidades relativas às práticas educativas, tendo em vista o foco assistencial⁽¹³⁾.

No que tange a área da pesquisa, é perceptível, através de buscas exploratórias, o quantitativo reduzido de produções acerca da formação profissional de nível técnico em enfermagem. Além do circunscrito estímulo a pesquisas sobre o tema por agências de financiamento, o que dificulta o desenvolvimento de estudos que poderiam repercutir em transformações positivas no campo da educação técnica em enfermagem.

Destarte, depreende-se que a formação técnica em enfermagem apresenta múltiplas questões a serem lapidadas, como a falta de visibilidade na sociedade e na academia, a prevalência do processo formativo centrado no modelo hospitalar-biomédico, e a reprodução de relações dicotômicas e hierarquizadas historicamente estabelecidas. Somado a isso, ainda é evidente a mercantilização desse nível formativo, a carência latente de bases de dados atualizadas que compreendam e divulguem informações a respeito dessa formação a nível nacional, como número de cursos oferecidos no país, aspectos da oferta, número de egressos entre outros, e as deficiências na formação de docentes para a condução dessa habilitação.

Frente a essas considerações, levantam-se as seguintes reflexões: Como tem se estruturado a formação do docente no contexto da educação técnica em enfermagem? A formação docente tem se configurado de modo a contemplar as demandas exigidas pela docência enquanto profissão? Como os docentes da educação técnica em enfermagem entendem e buscam a formação para a docência? Qual o preparo didático-pedagógico dos enfermeiros docentes para favorecer o processo de formação? Como ensinar e aprender a cuidar? Como ocorre a formação técnica em enfermagem no Brasil? Os processos educativos da formação técnica estão alinhados com a realidade social? A formação técnica em enfermagem ocorre de maneira alinhada com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população? Os currículos encontram-se alinhados com as normativas e as demandas sociais? Qual o perfil dos cursos de formação técnica em enfermagem? Quais são as escolas formadoras (privadas e públicas)? Quais estruturas (recursos físicos, materiais e humanos) dão alicerce a formação técnica em enfermagem? O ensino tem ocorrido de forma improvisada em alguns cenários? Os profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de prestar assistência integral aos indivíduos, mas sua formação acontece de forma integral? A quem interessa a fragmentação e o foco no tecnicismo preponderantes na formação técnica? Qual o engajamento do meio acadêmico, dos pesquisadores, da sociedade, e das entidades representativas da enfermagem com a formação técnica? Em que ponto as pesquisas têm repercutido em mudanças efetivas na formação técnica em enfermagem? Quais estímulos e visibilidade permeiam as pesquisas sobre a formação técnica no Brasil? Quais interesses influenciam a invisibilidade da formação técnica em enfermagem? A sociedade deseja um técnico de enfermagem crítico-reflexivo ou executor de tarefas?

Tais reflexões tangenciam o desafio perene de compatibilizar o processo formativo com as necessidades sociais e de saúde da população, todavia, destaca-se a importância de que as legislações educacionais estejam

fundamentadas e articuladas com as políticas públicas vigentes para a saúde, contemplando, sobretudo, a integralidade da assistência e que também possam embasar diretrizes para os currículos da formação técnica em enfermagem.

Por fim, denota-se a necessidade pungente de repensar a formação técnica em enfermagem, resgatando o compromisso com a superação do ensino com enfoque meramente técnico, e a valorização da educação crítica e transformadora.

O PANORAMA DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

O processo de reformulação das DCN para os cursos de graduação em Enfermagem toma forma a partir da apresentação do panorama dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil após 10 anos de DCN, apresentado durante o 13º SENADEn que aconteceu na cidade de Belém –Pará⁽¹⁴⁾.

Os resultados apresentados no evento suscitaram a criação de um grupo de trabalho e o protagonismo da ABEn no movimento de reformulação das DCN com a proposição da discussão em diferentes eventos realizados nas seções da ABEn, nas diferentes regiões geográficas do país e em âmbito nacional. Os avanços na proposição da minuta das novas DCN aconteceram na medida e que docentes, discentes, gestores educacionais, pesquisadores em enfermagem, serviços de saúde e de enfermagem consensuavam DCN que atendessem aos anseios da categoria e as necessidades de saúde da população. Efetivamente, em julho de 2017, a ABEn, formaliza a entrega de uma minuta ao CNS e ao CNE.

No âmbito do CNS, a minuta foi analisada, aprovada publicada em diário oficial em 06 de novembro de 2018 por meio da Resolução n. 573, de 31 de janeiro de 2018, aprovando o Parecer Técnico n. 28/2-18 contendo recomendações do CNS à proposta de DCN para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem ao CNE⁽¹⁵⁾.

No âmbito do CNE, os movimentos de diálogo e escuta foram realizados muito paulatinamente, e, quando da proposição de uma minuta pelo CNE, em fevereiro de 2021, esta apresentou fragilidades, omissões, descaracterização e desqualificação da minuta original, suscitando um descontentamento da categoria profissional, principalmente das escolas e curso de graduação em enfermagem. Momento em que imediatamente, a ABEn mobilizou a categoria para responder a tal proposta, a qual foi refutada e publicou-se um manifesto aberto a comunidade⁽¹⁶⁾.

Aproveitando o ensejo, a 82ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn), promovida pela ABEn no ano de 2021, ao abordar o tema do trabalho em Enfermagem no contexto de crise, elegeu como um dos eixos de análise “Em defesa do trabalho e da educação em Enfermagem: saúde, dignidade e valor. No escopo deste debate, foram apresentadas duas teses ou argumentações fundamentais, quais sejam:

TESE 1: A educação tem regulamentações e condicionantes éticos, políticos e técnicos próprios, além daqueles comuns ao trabalho profissional. Não basta responder às exigências regulatórias. Formar para uma profissão é mais que ofertar um curso.

TESE 2: *Enfrentar os desafios da educação em Enfermagem significa articular experiências de diferentes posições ocupadas por aqueles que labutam nesse campo como professores, estudantes, gestores e técnicos que participam da formação⁽¹⁷⁾.*

Um ponto de partida para este tópico pode ser a reafirmação da primeira tese, ao considerar que um processo de profissionalização articula desafios e regulações próprias tanto da formação quanto do trabalho profissional. Embora as regulações se deem em arenas conflitivas, sob pressões internas e externas e, algumas vezes, sob interesses e pautas litigantes, a falta de diálogo e pactuação pode ser desastrosa. A Enfermagem

desenvolve um trabalho concreto, em cenários históricos e institucionais, com suas macro e micro circunstâncias e necessidades e; ao mesmo tempo, desenvolve-se como disciplina científica, movendo-se entre as fronteiras dos saberes, também com suas macro e micro circunstâncias e necessidades. O longo e complexo processo de profissionalização se dá em intensa relação entre estes mundos do trabalho e da educação. Daí que regulações não podem ser definidas na ausência, às costas ou à revelia de quem, de fato, forma os profissionais ou, de fato, trabalha. E quem forma enfermeiros são enfermeiros. Isso é princípio inalienável e raiz de muitos dos problemas hoje vividos, como será resgatado a seguir.

Em mais uma tentativa de resgatar os preceitos e proposições de uma minuta que garanta a qualidade da formação na graduação em enfermagem, em março de 2022, após reunião realizada com a Comissão que trata da revisão das DCN no âmbito do CNE, representantes da Comissão Permanente da Graduação em Enfermagem da ABEn e membros do grupo de trabalho do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reenviam um documento norteador com as respectivas justificativas pela manutenção da redação original da minutas de novas DCN para os cursos de graduação em Enfermagem, a qual permanece em análise pelo CNE.

Após essa breve recuperação de caminhos percorridos e de sentidos partilhados nesse trajeto, podemos chegar a uma síntese sobre o cenário da atual das discussões das DCN da graduação em Enfermagem:

- O cenário hoje se caracteriza pelo litígio entre visões da formação de enfermeiros, no qual o “embate entre minutas” (profissionais/CNS x Conselho Nacional de Educação (CNE)) é apenas uma expressão de um problema muito mais abrangente – a educação brasileira cada vez mais dominada pelo mercado financeiro embrenhado em gigantes corporações educacionais, movidas pelo lucro;
- Neste acirramento de posições estão envolvidos conflitos entre necessidades sociais e pleitos do mercado, visíveis nas investidas do Ensino à Distância (EaD) mantido por corporações empresariais e na desigualdade de qualidade que marcam práticas “edumétricas” desvirtuadas por truques manipulatórios, como a gestão de quesitos ou “cálculo para safar-se” praticado por muitas Instituições de Ensino Superior (IES). É reconhecido que o enorme contingente de trabalhadores de enfermagem atrai interesses de mercado e a proliferação de instituições que visando o lucro se limitam a oferta de cursos baratos, com conceitos no limite mínimo para obterem autorização/reconhecimento⁽¹⁸⁾. Isso expressa a cristalização de uma situação longe de ser resolvida, que reúne a forte expansão de cursos em instituições privadas, a desequilibrada distribuição geográfica de cursos e vagas e a implantação da modalidade de EaD⁽¹⁹⁾.
- Esforços e movimentos nas agendas de categorias profissionais e do CNS em reestabelecer a prerrogativa de envolvimento na regulação e diálogo, para sólidas relações entre a educação profissional e o sistema de saúde.

Um dos desdobramentos desse cenário tem sido o permanente atenção e posicionamento da Enfermagem em oposição à minuta proposta pelo CNE em 2021. Entre muitos pontos de divergência, podem ser destacados:

- Ausência, omissão ou invisibilidade de dois elementos fundamentais da/e para a prática profissional: a) o SUS, constitucionalmente o ordenador da formação-trabalho em saúde e que não pode ser tratado como política provisória, efêmera ou menor; b) o cuidado profissional de enfermagem como finalidade última da ação profissional.
- Grave redução e simplificação da espinha dorsal de toda a formação e que envolve todo o sentido da prática profissional - as Ciências da Enfermagem. Estas foram reduzidas a conteúdos gerais e introdutórios, excluindo o que se desenvolve ao longo de vários anos da formação, como o processo de cuidar ao longo do ciclo vital (do recém-nascido ao idoso e no processo de morrer, abarcando as subáreas de conhecimento da Enfermagem) em diferentes níveis de complexidade assistencial ou de diferentes

campos de atuação (cuidado, gestão, educação, investigação). Também o núcleo da Educação em Saúde fica suprimido, ignorando sua vinculação aos vários níveis de assistência, à crescente intervenções e tecnologias e à extensão.

- Deslocamento da centralidade das atividades práticas e de estágio supervisionado para a periferia, à mercê de desfigurações e arranjos. Abertura para que atividades práticas possam ser realizadas exclusivamente em laboratórios, sem o recurso da inserção em serviços ou cenários reais de cuidado às pessoas.
- Ameaça ao Estágio Curricular Supervisionado (ECS) obrigatório, frouxamente definido, de modo a permitir que seja confundido com horas de atividades esparsas e fragmentadas ao longo do curso. Isso desfigura o ECS como etapa terminal da formação, para inserção mais completa e integradora das diferentes competências (cuidado, gestão, educação, investigação), junto ao enfermeiro supervisor de serviço.
- Omissão de esclarecimentos conceituais e direcionamentos que podem agravar os atuais problemas de qualidade, inclusive numa naturalização da EAD e em aspectos focais como pela negligência quanto a capacidade instalada nas IES, a relação docente estudante em contextos diversos.
- Supressão da Licenciatura em Enfermagem da DCN, sob argumento de que são objeto de diretriz geral e devem ser tratadas em cursos separados. Isso desconhece competência e responsabilidade profissional de Enfermeiros na formação de grande contingente de trabalhadores da saúde e que não cabe na formação de licenciado sem e prévia condição de bacharelado (formação técnica e o registro profissional para exercício profissional em serviços de saúde). Uma licenciatura realizada em separado não habilita para tal, do mesmo modo que um bacharelado requer uma “complementação/integração” em licenciatura.

Estes são apenas alguns pontos exemplares da ameaça de retrocesso que marca o atual momento. Existem sinalizações e possibilidades de diálogo, há muito demandadas pela categoria e já inicialmente respondidas pelo CNE, numa disposição à escuta e à busca de maior qualificação das DCN. Não há como saber, ainda, o ritmo ou o alcance do avanço que será possível ou o equilíbrio de forças nas decisões que estão por vir.

O que não é possível é a Enfermagem se curvar e calar frente a uma proposta que golpeia princípios nucleares e inegociáveis da formação da(o) enfermeira(o), e que:

[...] retrocede a uma formação instrumental, tecnicista ao descartar [...] o compromisso técnico, político e social dos processos de formação da(o) enfermeira(o) para atender a relevante participação deste profissional na ampliação da produção de serviços de saúde para a população e nos processos de aprimoramento de uma atuação ética, política e tecnicamente qualificada [...] fere o significado da educação enquanto processo de transformação individual e social, transmite a concepção reducionista de que formar um profissional é, simplesmente, oferecer um curso, um ajuntamento de conteúdos, sem enraizamento no mundo do trabalho, na realidade e nos compromissos maiores com a sociedade. [...] fragiliza a formação das novas gerações de trabalhadores da enfermagem, com forte impacto na qualidade do modelo de atenção à saúde e no SUS como sistema de acesso universal⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos realizados para garantir a qualidade na formação em enfermagem, seja na formação técnica ou na graduação consideram os avanços científicos e tecnológicos, contudo temem a supremacia do mercado financeiro na incorporação da formação na modalidade EaD de forma predominante. Precisamos de uma formação em enfermagem que impacte a vida das pessoas, técnicos e enfermeiros com identidade profissional e que atendam as demandas da sociedade, formados NO SUS e PARA o SUS.

FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Bolsa de Produtividade em Pesquisa 2021 (Processo: 310243/2021-1 e Processo: 309201/2018-7); Bolsa de Professor Visitante Sênior CAPES

(20/2018 PVNS/Amazônia); Chamada CNPq/MCTI/FNDCT nº 18/2021 (Faixa B - Grupos Consolidados – Projeto Universal 2021 - Processo: 406755/2021-3).

REFERÊNCIAS

1. Baker C, Cary AH, Bento MC. Global standards for professional nursing education: the time is now. *J Prof Nurs.* 2021;37(1):86-92. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.10.001>
2. World Health Organization (WHO). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 14]. 16 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>
3. Dupin CM, Pinon M, Jaggi K, Teixeira C, Sagne A, Delicado N. Public health nursing education viewed through the lens of superdiversity: a resource for global health. *BMC Nurs.* 2020;19(1):1-5. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00411-3>
4. Lino MM, Martini JG, Barbieri-Figueiredo MDC. Academic-professional mobility and internationalization of nursing: contributions of the bologna process. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210319. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0319p>
5. Boanafina A, Boanafina L, Wermelinger MA. Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Saúde na Rede Federal de Educação. *Trab, Educ Saúde.* 2017;15(1):73-93. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00034>
6. Gomes MLB, Paiva PM, Mello JCM. Trajetória de criação e legalização da categoria auxiliar de enfermagem no Brasil (1936-2019). *Braz J Health Rev.* 2020;3(5):14198–202. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-223>
7. Silva GTR, (Org.). Marcos legais da educação profissional técnica de nível médio em enfermagem: compêndio de 1931 a 2021. Brasília, DF: Editora ABEn; 2021. 910 p.
8. Presidência da República (BR). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1990[cited 2022 Sep 1]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
9. Ministério da Saúde (BR). Fiocruz. Formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: RETS; 2020 [cited 2022 Sep 1]. 65p. Available from: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/biblioteca/formacao-dos-trabalhadores-tecnicos-em-saude-no-brasil-2010-2015>
10. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Enfermagem em números [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
11. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 2, de 15 de dezembro de 2020. Aprova a quarta edição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos [Internet]. Brasília: 2020[cited 2022 Sep 1]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2020-pdf/167211-rceb002-20/file>
12. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 1, de 05 de janeiro de 2021. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica [Internet]. Brasília, 2021[cited 2022 Sep 1]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/docman/janeiro-2021-pdf/167931-rcp001-21/file>
13. Brainer AS, Cunha IC, Freitas MA. Competências docentes no ensino técnico de enfermagem: um olhar dos professores do curso. *Enferm Foco.* 2021;12(4):695-701. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4478>
14. Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva KL, Rocha MEMO, Lima RJO. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(spe). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014>
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº573 de 31 de janeiro de 2018. Aprova o Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem [Internet]. Brasília, 2018[cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>
16. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). ABEn contra retrocessos na formação em Enfermagem [Internet]. 2021[cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Manifesto-DCN.pdf>
17. Ramos FRS, Silva KL. Educação em Enfermagem: desafios e perspectivas. In: ABEn. Caderno de Dicas 82º SBEn. Brasília: ABEn, 2021.
18. Sanes MS, Neves FB, Pereira LEM, Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MAO, et al. No to distance education! production of meaning of discourses of nursing representative entities. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190465. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0465>

19. Fehn AC, Alves TSG, Poz MRD. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trend. Rev Latino-Am Enfermagem. 2021;29:e3417. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4725.3417>
20. Adamy EK, Fernandes JD, Santos DCM, Sordi MRL, Ramos FRS, Silva KL, et al. Brazilian national curriculum guidelines for the undergraduate nursing course: ABEn's fight against setbacks. Rev Bras Enferm. 2021;74(6):e740601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2021740601>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c3>

APRENDIZAGEM MEDIADA POR TECNOLOGIAS: REFLEXÕES (IM)PERTINENTES?

Mara Regina Lemes De Sordiⁱ | ORCID: 0000-0003-1216-7185
Luciana Mara Monti Fonsecaⁱⁱ | ORCID: 0000-0002-5831-8789

ⁱ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, São Paulo, Brasil.

ⁱⁱ Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.



Autora Correspondente:
Mara Regina Lemes De Sordi
E-mail: maradesordi14@gmail.com

Como citar:

Sordi MRL, Fonseca LMM. Aprendizagem mediada por tecnologias: reflexões (im)pertinentes? In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 21-8 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c3>

Revisora: Marta Angélica Iossi Silva. Professora Aposentada da USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Vivemos ainda sob os auspícios de um tempo pandêmico, no qual o uso das tecnologias educacionais no ensino remoto emergencial exerceu importante papel na mitigação dos prejuízos impostos pelo isolamento social, o que impossibilitava a manutenção do ensino presencial.

De forma célere, a experimentação de uma nova modalidade de ensino na qual o uso das tecnologias educacionais ganhou centralidade, levou a uma rápida “alfabetização” digital dos professores. Superado o medo do desconhecido manejo do ambiente virtual e dos recursos oferecidos pelas plataformas de ensino, observou-se ampliação do seu uso com importantes avanços pedagógicos aos quais se associou, não menos importante, reflexão relacionada ao que seria um bom uso ou desuso das tecnologias educacionais.

O termo inovações exerce sobre nós algum fetiche. Leva-nos a acreditar que estamos avançando qualitativamente na transformação das bases e fundamentos do trabalho docente em saúde. E a incorporação das tecnologias foi rapidamente identificada como uma inovação (tanto no ensino presencial e mais ainda no remoto emergencial), quase que desobrigando uma reflexão sobre as repercussões que poderia gerar.

Deriva daí a necessidade de uma parada estratégica para elucidar o que a idolatria da inovação pode ocultar. Cunha⁽¹⁾ esclarece: [...] não se tratar apenas de acionar mudanças metodológicas ou prover a inclusão de recursos tecnológicos, referimo-nos principalmente, a uma nova forma de compreender o conhecimento e, portanto, a uma alteração nas bases epistemológicas da prática pedagógica. Foi importante compreender a constituição da pedagogia numa dimensão histórica e sua vinculação com a produção da modernidade e seus postulados para definir qual o conhecimento válido⁽¹⁾.



O que queremos salientar é que o par dialético “objetivos/avaliação” deve preceder a escolha dos conteúdos/métodos. Necessitamos não perder de vista as intencionalidades do ato formativo e as concepções de qualidade que se busca atingir valendo-nos da avaliação das e para as aprendizagens como iluminadora dos avanços obtidos. Na perspectiva dos métodos, encaixam-se as tecnologias que igualmente são meios e não podem ocupar o lugar dos fins educacionais incorrendo no neotecnicismo⁽²⁾. O que significaria dar maior apreço aos métodos de ensino do que às intencionalidades do projeto formativo, estas sim, veiculadoras de uma ético-epistemologia mais ou menos avançada e emancipatória. Uma vez mais recorreremos a Cunha⁽¹⁾.

As inovações se materializam pelo reconhecimento de formas alternativas de saberes e experiências, nas quais se imbricam objetividade e subjetividade, senso comum e ciência, teoria e prática, cultura e natureza, anulando dicotomias e procurando gerar novos conhecimentos. Entendidas como ruptura paradigmática, exigem dos professores reconfiguração de saberes e favorecem o reconhecimento da necessidade de trabalhar no sentido de transformar, como refere Santos³, a “inquietação” em energia emancipatória. Envolvem o reconhecimento da diferença e implicam, em grande medida, um trabalho que consiste, especialmente, em gerir relações sociais com seus alunos⁽¹⁾.

Logo, as bases do ensino da saúde para que possam ser consideradas inovadoras precisam responder a dupla transição paradigmática em campos de alta complexidade (educação e saúde) e que se mantém em diálogo, afetando-se mutuamente. O que importa é construir e manter processualmente a coerência nas microdecisões que traduzem no concreto o que as políticas institucionais (Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN e Projeto Pedagógico de Curso - PPC) sinalizam e que são ordenadoras no processo de mudanças às quais as tecnologias devem se subordinar.

Este capítulo envereda nesta direção. Inicialmente apresentamos breve histórico acerca do uso das tecnologias e suas interfaces com a educação. Avançaremos dialetizando as potências e os limites do uso educacional das tecnologias e, finalmente, buscaremos oferecer aportes para uma aplicação edificante das tecnologias educacionais referenciada na qualidade social.

UM OLHAR PARA AS TECNOLOGIAS AO LONGO DOS TEMPOS: INTERFACES COM A EDUCAÇÃO

Educação e tecnologia, têm se transformado através dos tempos, ora em compasso, ora em descompasso. Em alguns momentos históricos, a tecnologia vem desvelar desigualdades e necessidades educacionais, em outros, a educação apresenta as falácias do acesso, do distanciamento tecnológico⁽³⁾.

Um desses momentos foi no século XV, com a criação da imprensa e com isso, a impressão e produção de muitos livros, mas poucas eram as pessoas que sabiam ler⁽⁴⁾. Os panfletos luteranos, que com a imprensa eram veiculados rapidamente, começando assim, uma revolução sem precedentes na prática da leitura.

Estudos recentes prevê que, nos próximos dez anos, um terço de todas as atividades humanas poderão ser substituídas por automação⁽⁵⁾. Com a automação assumindo papéis mais procedimentais e mecânicos, a educação traduzida em conteúdos curriculares flexíveis e experiências práticas precisarão apoiar novas competências e habilidades relacionadas à criatividade, ao empreendedorismo, à gestão de equipes, ao trabalho colaborativo e à tomada de decisões complexas.

O que a tecnologia permite hoje é integração de todos os espaços e tempos. O ensinar e aprender acontece numa interligação simbiótica, profunda, constante entre o que chamamos mundo físico e mundo digital⁽⁶⁾.

Hoje, algoritmos construídos por apenas alguns técnicos do Vale do Silício, decidem como nos comunicamos uns com os outros, como e o que compramos e esses algoritmos podem até ser usados para manipular eleições inteiras.

O conceito de mídia social, que surgiu como resultado da descoberta da internet no século XX e do rápido desenvolvimento das tecnologias de informação atuais, tornou-se uma parte importante da vida nas áreas social, cultural, econômica e muitas outras⁽⁴⁾.

Assim, conhecer as transformações tecnológicas, em especial, as tecnologias educacionais e seus desafios, é imprescindível e se faz urgente.

O uso destas tecnologias tem levado um cenário propício para reflexões sobre a aprendizagem significativa, acompanhando um grande destaque pelo movimento educacional da aprendizagem através do uso de metodologias ativas⁽⁷⁾.

No período pré-pandêmico – ou seja, antes da COVID-19 impactar profundamente a relação educação-tecnologia no mundo, com o ensino remoto emergencial dado pela necessidade urgente de distanciamento social – já havia uma distância quase intransponível entre “como” os professores ensinavam e “como” os estudantes aprendiam. Esse diapasão educacional foi acelerado com a pandemia e a busca por ferramentas tecnológicas que auxiliassem processos educacionais aumentaram vertiginosa e desordenadamente.

As tecnologias educacionais não são as respostas para os problemas educacionais atuais, não são um fim nelas mesmas, sendo estas, um meio com potencial para auxiliar no processo de ensino-aprendizagem, quando desenvolvidas adequadamente, selecionadas com intencionalidade pelo professor e implementadas por meio de metodologias ativas de aprendizagem, ou ser apenas mais um dos muitos problemas educacionais já existentes.

Uma coisa é inegável, a sociedade tem utilizado tecnologias inovadoras em larga escala, em todos os níveis, causando mudanças profundas, um pouco menos notada na educação, daí o diapasão educacional. Tem-se aplicativos móveis para todos os setores de vida, muitas das atividades humanas estão apoiadas pelas tecnologias.

E as gerações, separadas em características diferentes tem maior ou menor intimidade com as tecnologias digitais. As crianças e adolescentes da atualidade, que nasceram após o advento da internet, denominados nativos digitais, têm toda tecnologia como parte natural de seu cotidiano, já os adultos, os imigrantes digitais vêm de uma era analógica nesse mundo conectado, aprendem sobre essa nova forma de viver e conviver⁽⁸⁾.

Na história da humanidade, nunca houve períodos tão curtos entre gerações, fazendo com que, hoje, num mesmo espaço como o educacional convivam diferentes gerações, desde Baby Boomers, millenials e, por que não, a geração alpha; uns aprendendo com os outros. E assim, surge o conceito do saber digital, em que não se está fadado às características da geração de nascimento, ainda que se tenha “sotaque”, mas há aprendizagem e imersão digital por meio do uso das tecnologias⁽⁸⁾.

Mas, essa imersão na era digital não é igual para todas as pessoas, nem nascer na era digital garante vivenciar a inclusão digital no cotidiano. E a pandemia de COVID-19 com seu ensino remoto emergencial escancarou a exclusão digital pelo qual o mundo passa⁽⁹⁾. Sendo, desta vez, a educação a desvelar desigualdades e necessidades, agora de acesso tecnológico.

E, assim, o que vemos, em se tratando da educação e tecnologia são distâncias entre o formato em que se ensina e como se aprende. Os que ensinam, ainda trazem, muitas vezes, características de como foram ensinados para seu cotidiano docente. Assim, os imigrantes digitais, ou professores, cresceram em bibliotecas, gostam de livros e de ler, do cheiro deles, enquanto os nativos digitais nasceram em meio a inúmeros estímulos sensoriais fazendo com que a aprendizagem seja mais natural na internet, tvs e games. Muitas vezes, os professores são metódicos, teóricos e seus estudantes, da tentativa e erro, da aprendizagem na prática.

Avanços na neurociência e neuropedagogia apresentam modificações na cognição, e assim, no processo de aprendizagem. Embora seja amplamente reconhecido hoje que cada indivíduo aprende de forma diferente, a forma como os estudantes são expostos ao conteúdo pela primeira vez afeta fortemente o processo de aprendizagem, bem como a forma como ele é armazenado na memória⁽¹⁰⁾.

Durante qualquer tipo de experiência, o complexo sistema de memória no cérebro combina grandes quantidades de informações e as liga em um evento coeso. O impacto de qualquer experiência de aprendizagem é tanto cognitivo quanto emocional, dependendo do grau em que o conteúdo fez sentido para o aprendiz, bem como do significado que lhe foi atribuído. A medida em que um determinado conceito faz sentido para o estudante pode ser vista como o produto de conexões racionais e afetivas entre o estudante e o conceito⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Os contextos cotidianos das pessoas, como o ambiente educacional, desempenham papel fundamental para a organização e reorganização de redes neurais⁽¹²⁾, ou seja, como a aprendizagem acontece e os estímulos ambientais têm parte fundamental nesse espaço.

A aprendizagem é um evento sináptico e os estímulos do ambiente levam os neurônios a gerarem novas sinapses, tornando-as mais acentuadas⁽¹³⁾.

Os desafios de ensinar pessoas mais conectadas, que cresceram imersas na tecnologia atual, com inúmeros estímulos de um ambiente digital, faz educadores repensarem suas formas de ensinar e motivar para a aprendizagem, ao mesmo tempo que sentem sua falta de habilidades técnicas frente a estudantes que entendem de tecnologia.

As tecnologias educacionais podem ser definidas como a aplicação de recursos tecnológicos em prol do desenvolvimento educacional e da facilidade de acesso à informação⁽¹⁴⁾. É caracterizada como uma abordagem de solução de problemas orientada por objetivos, utilizando ferramentas, técnicas, teorias e métodos de vários domínios de conhecimento para: projetar, desenvolver e avaliar recursos humanos e mecânicos de forma eficiente e eficaz a fim de facilitar e alavancar todos os aspectos da aprendizagem; orientar a agência de mudança e transformação dos sistemas e práticas educacionais a fim de contribuir para influenciar a mudança na sociedade.

Tecnologias educacionais podem ser utilizadas nos mais diversos formatos e para diferentes públicos, podendo na área da enfermagem, ser organizados em tecnologias para a formação inicial, ou seja, para estudantes de graduação e do ensino técnico; para a educação permanente em enfermagem e para auxiliar a enfermagem nas atividades de educação em saúde junto à clientela. E podem ser consumidas na forma de ambientes virtuais de aprendizagem, podcasts, *serious game*, simulações virtuais, *webquest*, aplicativos, infográficos animados, vídeos e tantos outros.

A escolha do tipo de tecnologia educacional para o processo ensino-aprendizagem, longe de ser realizada por modismo, dependerá, em especial, da intencionalidade do professor facilitador, a partir de objetivos de aprendizagem bem delimitados, embasado por um referencial teórico e por meio de metodologia ativa de aprendizagem.

Pensando no melhor potencial de apoio ao processo ensino-aprendizagem, as tecnologias educacionais tem sido produtos de pesquisas científicas; que desde a concepção até a execução do projeto de desenvolvimento, passando pelas diferentes formas de validação e avaliação, em ciclos iterativos e incrementais, são alicerçadas por referenciais teóricos e metodológicos, bem como, seus conteúdos construídos por meio das melhores evidências científicas, contando com a participação ativa do público-alvo em todas as etapas previstas para sua criação e com diferentes profissionais na equipe de desenvolvimento, para além do especialista no conteúdo, pedagogos, web designer, programador, ilustrador, músico, ator, designer instrucional, entre outros. Deve-se considerar, ainda, na construção de tecnologias educacionais, o conhecimento prévio do aprendiz, e o respeito à sua autonomia, possibilidade de feedback constante e a aprendizagem a partir da motivação, contextualizada e colaborativa e, ainda, a aplicação do aprendizado.

A implementação de tecnologias educacionais deve estar em consonância com as Políticas Públicas, Diretrizes Curriculares, Projetos Pedagógicos, voltada às competências, habilidades e atitudes, bem como, pautada na intencionalidade do professor, devidamente referenciada no projeto coletivo do qual participa.

Desde a criação até a implementação de tecnologias educacionais no processo ensino-aprendizagem, inúmeros são os desafios, dentre eles, está a incipiência de políticas públicas e diretrizes que norteiem sua produção; e, escassez de financiamento, dado que as construções são onerosas e há pouco investimento público em linhas de fomento de pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

Outro desafio é o quanto as tecnologias inovadoras são voltadas para a educação. Segundo Moran⁽⁶⁾, as tecnologias permitem o registro, a visibilização do processo de aprendizagem de cada um e de todos os envolvidos; devem mapear os progressos, apontar as dificuldades e algumas podem prever caminhos para os que têm dificuldades específicas (plataformas adaptativas). A combinação dos ambientes mais formais com os informais (redes sociais, wikis, blogs), feita de forma inteligente e integrada, nos permite conciliar a

necessária organização dos processos com a flexibilidade de poder adaptá-los à cada estudante e grupo⁽⁶⁾.

Tendo em conta a evolução tecnológica das últimas décadas e a proliferação dos sistemas de informação na sociedade (manufatura aditiva, Inteligência Artificial, Internet das Coisas, biologia sintética e sistemas cyber-físicos), hoje vemos a grande maioria dos serviços prestados por empresas e instituições como serviços digitais. A Indústria 4.0 é a quarta revolução industrial onde as tecnologias e a automação estão se afirmando como grandes mudanças⁽¹⁵⁾. A chamada 4ª Revolução Industrial representa um salto na produtividade das empresas, já que é possível otimizar processos e aumentar a competitividade através da inovação.

O grande desafio na produção de tecnologias digitais educacionais é a evolução constante das linguagens de programação, desta forma, se torna essencial que na produção destas tecnologias haja interação e parcerias com profissionais da área da computação, assim como, a equipe deve ser multiprofissional (designers, ilustradores, músicos, letras, especialistas da área que se destina a tecnologia etc.).

No desenvolvimento desta tecnologia necessitamos desde o seu planejamento associar em sua ontologia os requisitos de interoperabilidade (capacidade de um sistema se comunicar de forma transparente com outro sistema), usabilidade (facilidade com que as pessoas podem empregar uma ferramenta ou objeto a fim de realizar uma tarefa específica e importante), multiplataforma (quando um programa ou sistema que pode ser executado em mais do que uma plataforma) e Learning Analytics (a medição, coleta, análise e relatório de dados sobre os estudantes e seus contextos, com o objetivo de entender e otimizar a aprendizagem e os ambientes em que ela ocorre).

Outro requisito cada vez mais utilizado são os de acessibilidade (auditivo e visual) e de acesso. A acessibilidade digital é a eliminação de barreiras na Web. O conceito pressupõe que os sites e portais sejam projetados de modo que todas as pessoas possam perceber, entender, navegar e interagir de maneira efetiva com as páginas⁽¹⁶⁾.

A acessibilidade digital é a eliminação de barreiras na Web, o conceito pressupõe que os sites e portais sejam projetados de modo que todas as pessoas possam perceber, entender, navegar e interagir de maneira efetiva com as páginas. No Brasil, segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2010, há aproximadamente 45 milhões de pessoas que apresentam pelo menos uma das deficiências investigadas, esse número representa 23,9% da população brasileira⁽¹⁶⁾.

É de suma importância que sejam atualizadas as diretrizes curriculares, um grande exemplo são as diretrizes do curso de Engenharia de Produção que devem seguir a tendência das inovações e dessa forma favorecer a capacitação do profissional em um contexto no qual o aprendizado será contínuo.

Além das competências técnicas, o Fórum Econômico Mundial listou algumas habilidades essenciais para a sobrevivência no mercado com a 4ª Revolução Industrial. No topo do ranking estão o desenvolvimento destas competências e habilidades como: resolução de problemas complexos, pensamento crítico e criatividade.

Segundo a Pesquisa da TIC Domicílios 2018, 70% dos brasileiros usou a Internet e, em relação aos dispositivos usados, o estudo aponta que 85% dos usuários de Internet da classe D e E (com rendimento familiar de R\$0,00 a R\$2.004,00) acessam a rede exclusivamente pelo celular, 2% apenas pelo computador e 13% se conectam tanto pelo aparelho móvel quanto pelo computador⁽¹⁷⁾. O que tornou o ensino remoto e atualizações profissionais no decorrer da pandemia um grande abismo social de acesso à informação e educação.

Conclui-se que o desenvolvimento de tecnologias educacionais deve superar as barreiras que limitam o seu acesso, a busca de soluções se torna essencial para pensarmos em uma tecnologia que possa auxiliar desde a formação de novos profissionais de enfermagem e, também, em nossa assistência de enfermagem de forma mais ética, qualificada e possibilitando um cuidado humanizado e integral.

OS BONS USOS E OS DESUSOS DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM UMA SOCIEDADE ABISSAL

Optamos por trazer a importância da avaliação como categoria estratégica que nos favorecerá entender os bons usos e os desusos das tecnologias educacionais em realidades sociais assimétricas nas quais o direito

às aprendizagens não ocorre de modo equânime, requerendo mediações atentas dos professores e interações críticas às políticas educacionais.

Em tempos acelerados, o risco de naturalizarmos o uso das tecnologias educacionais sem as devidas correlações com suas repercussões nos projetos pedagógicos dos cursos, pode nos induzir a uma supervalorização das mesmas tomadas como signos absolutos de progresso. Neste sentido, podemos desconsiderar as gritantes diferenças de acesso aos recursos tecnológicos que coabitam nossas escolas e cursos e ao neutralizar as reais condições de vida que afetam estudantes, criar novas rotas de exclusão, invisibilizadas pelo discurso de inovação aberta a todos.

Há, ainda, a considerar o flagrante descompasso entre os processos de aprendizagem dos professores para o uso das tecnologias e os esforços institucionais de capacitação para a docência que levem em conta os objetivos do projeto educativo na perspectiva da qualidade social. Há que se contestar esta lógica reducionista que passa a ideia de que com o investimento massivo nas tecnologias, os desafios de uma educação emancipatória e crítica já estejam resolvidos. Visível contradição que favorece os interesses dos reformadores empresariais da educação (mercadológicos).

Mais do que nunca é preciso superar a ideia de resolver o problema da qualidade do ensino em saúde (e em quaisquer outras áreas) pelo viés da incorporação das bases tecnológicas ou ainda pelos esforços de reengenharia curricular sem que se discuta em profundidade o compromisso da universidade com as necessidades sociais da população. Esta opção referenda uma modernização na forma dos dispositivos didáticos sem ruptura na intencionalidade educativa, ou seja, a manutenção do paradigma conservador na formação em saúde e um apagamento da responsabilidade social do professor na mediação que implementará.

Outrossim, temos que admitir que bons usos da tecnologia podem fomentar alterações na organização do trabalho pedagógico numa visão de totalidade e coerência parte/todos. Deriva daí a oportunidade de experimentar no planejamento das atividades didático-pedagógicas, formas alternativas de mediação em que a tecnologia potencialize a construção coletiva de conhecimentos, a prática dos debates entre atores fomentando a ecologia dos saberes, a reinvenção da categoria da avaliação, desafiando a cultura vigente do individualismo, classificação e meritocracia, promovendo espaços para a aprendizagem do trabalho colaborativo e da responsabilização participativa. Uma avaliação verdadeiramente guardiã dos objetivos educacionais amplos e desestabilizadores de uma sociedade abissal.

O que torna a avaliação inovadora é exatamente o quanto ela desestabiliza os fins classicamente defendidos para os quais ela foi criada. Resolvido o sentido desta equação, a discussão sobre os instrumentos ganha força e foco⁽¹⁸⁾.

Porém, nada disso se viabiliza se as concepções de Homem, de Educação, de Saúde, de Ciência e até mesmo de Tecnologia não forem previamente debatidas e consensuadas, a partir de uma visão mais abrangente e socialmente consequente do que se entende por qualidade.

A responsabilização participativa⁽¹⁹⁾ pressupõe acordos entre os sujeitos aprendentes em nome de um projeto formativo de cunho emancipatório e exige alterações nas lógicas avaliativas tanto das aprendizagens dos estudantes como das bases do trabalho docente seja na modalidade presencial como no ensino remoto emergencial ou na educação a distância tais como: foco no processo e compromisso com resultados socialmente pertinentes, interesse ético e emancipador, visão integradora, transparência valorativa, perspectiva horizontal e dialógica, implicação coletiva, negociação e flexibilidade, demandas bilaterais com reciprocidade e controle social.

Tais mudanças ainda são incipientes no ensino presencial e lamentavelmente tendem a se repetir em outras modalidades de oferta, que ofuscadas pelo afã de aprender a usar as tecnologias educacionais subalternizam o debate sobre as concepções de qualidade que referenciam a avaliação. Isso gera vários equívocos conceituais e axiológicos que podem desestabilizar a luta pela qualidade social da educação⁽²⁰⁾.

POR UMA APLICAÇÃO EDIFICANTE DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS: O HUMANO COMO MEDIADOR

A qualidade educacional socialmente referenciada é algo que se constrói cotidianamente como espaço de resistência. É movida pela esperança de uma formação humana que não se deixa capturar de modo unidimensional e nem se concretiza solitariamente. Requer coragem e disposição para aprendizagens permanentes nas quais o erro e as dúvidas possam ser compartilhados e entendidos em sua historicidade. Neste caso, a solução não passa pelas tecnologias. Professores como mediadores qualificados darão sentido ao uso humanizado e ético das tecnologias educacionais. Segundo Cunha⁽¹⁾ a mediação faz a ponte entre o mundo afetivo e o mundo do conhecimento, incluindo os significados atribuídos a este pelo indivíduo e a compreensão da historicidade de sua produção.

A mediação tecnológica implica a valorização do humano que a concretiza, numa perspectiva neotecnicista ou socialmente pertinente, decorrente de sua cosmovisão. Logo, a inovação tecnológica de cunho progressista é exigente de uma ruptura paradigmática que dificulte uma transposição didática linear cabendo-lhe desenvolver o uso edificante das mesmas na direção de um projeto formativo que ambicione uma educação voltada para os reais interesses da sociedade, promotora de mais justiça social.

O uso das tecnologias com esta ênfase oferecerá maiores possibilidades de uma educação de cunho emancipador com investimento em atividades problematizadoras da realidade dos processos de trabalho em saúde desde que se afastem da crença de que o professor é prescindível e ou pode ser substituído por tecnologias de alta geração.

A natureza humana da formação é práxis social e requer presença, afeto e acolhimento entre as pessoas envolvidas nos processos, razão pela qual não se trata de demonizar ou endeusar as tecnologias, mas de se atentar para a primazia do lugar que ocupam ao serem descritas nos textos das políticas educacionais. Implementadas por seres humanos, capazes de agir de modo crítico, estes podem garantir sua aplicação edificante²¹ ou reduzi-las a uma aplicação técnica que subestima seus limites porque se recusa a examinar os atravessamentos que a constituem. A resposta a esta asserção continua aberta e depende de um posicionamento ético-político, rigoroso e radical (na direção das raízes do problema), de cada um de nós. Só não vale se omitir.

REFERÊNCIAS

1. Cunha MI. Inovações na educação superior: impactos na prática pedagógica e nos saberes da docência. Em Aberto [Internet]. 2016[cited 2022 Sep 15];29(97):87-101. Available from: <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/2955>
2. Freitas LC. Os reformadores empresariais da educação: a consolidação do neotecnicismo no Brasil. Educ Soc. 2014;35(129):1085-114. <https://doi.org/10.9771/gmed.v11i2.33157>
3. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 3.ª ed. São Paulo: Cortez; 2000, p. 416.
4. Navarro AS. As ilusões perdidas de Balzac: a gênese do jornalismo. Rev H-Tec Human Tecnol [Internet]. 2022[cited 2022 Sep 15];6(1):6-153. Available from: <https://revista.fateccruzeiro.edu.br/index.php/htec/article/download/269/200>
5. Lima JPR, Barbosa A, Gatto MF. Efeitos da automação no nível de empregos: o setor de serviços. Econ Rev AERE[Internet]. 2022[cited 2022 Sep 15];29(3):73-86. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EconRev/article/view/63210>
6. Moran J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: Souza CA, Morales OET, (Orgs.). Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Coleção Mídias Contemporâneas. Vol. II, Ponta Grossa: PROEX/UEPG; 2015, p.15-33.
7. Mill D, Santiago G, (Orgs.). Reflexões sobre aprendizagem ativa e significativa na cultura digital. São Carlos: SEaD-UFSCar; 2021.
8. Prensky M. Digital Natives Digital Immigrants. In: On the Horizon. NCB University Press; 2001; 9(5):1-6.
9. Unicef. Educação em tempos de pandemia direitos, normatização e controle social: um guia para Conselheiros Municipais de Educação [Internet]. 2020[cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/media/9241/file>

10. Marchak D, Shvarts-Serebro I, Blonder R. Teaching Chemistry by a Creative Approach: Adapting a Teachers' Course for Active Remote Learning. *J Chemic Educ.* 2021;98 (9):2809-2819.
11. Moscovitch M. Functional neuroanatomy of remote episodic, semantic and spatial memory: a unified account based on multiple trace theory. *J Anat.* 2005;207(esp.):35– 66. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2005.00421.x>
12. Liberato A, Silva AL. Processos do aprender: as contribuições da neurociência para a formação de professores da educação infantil. In: Congresso Nacional de Educação, 12, 2015, Curitiba. Anais do evento. Curitiba: Educere; 2015. p.1102.
13. Rotta N, Ohlweiler L, Riesgo R. (Org.). *Transtornos da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.* Porto Alegre: Artmed; 2016.
14. Lupicini RA. Systems definition of educational technology in society. *J Educ Techno Soc*[Internet]. 2005[cited 2022 Sep 15];8(3):103-9. Available from: <https://www.jstor.org/stable/jeductechsoci.8.3.103>
15. Ribeiro J, Lima R, Eckhardt T, Paiva S. Robotic Process Automation and Artificial Intelligence in Industry 4.0: a Literature review. *Procedia Computer Science.* 2021;181(2021): 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.104>
16. Ministério da Gestão e Inovação em Serviços (BR). *Acessibilidade digital* [Internet]. Brasília, 2022[cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital>
17. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto Br (NicBr). Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CITIC). *TIC Domicílios 2018 revela que 40,8 milhões de usuários de Internet utilizam aplicativos de táxi ou transporte* [Internet]. São Paulo: CITIC.br. 2019[cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://cetic.br/noticia/tic-domicilios-2018-revela-que-40-8-milhoes-de-usuarios-de-internet-utilizam-aplicativos-de-taxi-ou-transporte/>.
18. Sordi MRL, Santos MHA. O lugar da avaliação das aprendizagens em uma perspectiva histórico-crítica. In: Veiga IPA, Fernandes RCA. *Por uma didática da educação superior.* Campinas: Autores Associados; 2021.
19. Sordi MRL, Freitas LC. Responsabilização Participativa. *Retratos Esc.* 2013;7(12):87-99. <https://doi.org/10.22420/rde.v7i12.263>
20. Sordi MRL, Almeida LC, Tomaz SC. Releitura da avaliação das e para as aprendizagens em tempos pandêmicos: é possível qualidade social no ensino remoto emergencial? In: Sordi MRL, Jungersen B, Santos M. (ORG). *Qualidade da escola pública: perspectivas e desafios.* São Carlos: Pedro & João Editores; 2021.
21. Souza SB. *Para uma pedagogia do conflito.* In: Silva LH. *Novos Mapas Culturais, novas perspectivas educacionais.* Porto Alegre: Sulina; 1996.

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c4>

ENFERMAGEM E TECNOLOGIAS DIGITAIS: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO E PRÁTICAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

Monica Motta Lino¹ | ORCID: 0000-0003-0828-7969

Rosani Ramos Machado¹ | ORCID: 0000-0001-8287-4171

Thaise Honorato de Souza¹ | ORCID: 0000-0002-0193-1101

Felipa Rafaela Amadigi¹ | ORCID: 0000-0003-1480-1231

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.



Autora Correspondente:

Monica Motta Lino

E-mail: monica.lino@ufsc.br

Como citar:

Lino MM, Machado RR, Souza TH, Amadigi FR. Enfermagem e Tecnologias Digitais: perspectivas da Educação e práticas de cuidado em Enfermagem. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 29-36 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c4>

Revisoras: Edlamar Kátia Adamy e Marcia Regina Cubas. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

PALAVRAS INICIAIS

A tecnologia digital consiste na transformação de qualquer linguagem ou dado em número, especificamente, em zero e um. Ampliando esta perspectiva, as tecnologias digitais mudaram a humanidade. Mas, afinal, como a tecnologia digital se coloca na vida em sociedade?

As tecnologias digitais - especialmente as da informação e comunicação, também conhecidas por TDICs, modificaram os processos de trabalho, de comunicação, de relação e provocaram transições nos sentidos da qualidade de vida. Evidencia-se que, qualidade de vida na contemporaneidade, deve atrelar ao seu conceito o poder de consumo tecnológico - não consumo no sentido de “comprar e descartar” algo, mas referente ao acesso, compreensão e manejo sustentável desta tecnologia. Afinal, as TDICs transformaram a forma como “comemos, nos vestimos, damos à luz aos bebês, nos movemos pela cidade e pelo campo, cultivamos alimentos, trabalhamos, e obviamente, a forma como ensinamos e aprendemos”⁽¹⁾.

Os avanços introduzidos pela tecnologia digital na sociedade trouxeram grandes benefícios, mas preocupações de igual dimensão. Se por um lado temos as vacinas, curas para doenças, a rápida comunicação entre as pessoas, métodos inteligentes para a resolução de problemas sociais cujo alcance só foi possível com a tecnologia digital; por outro, especialmente no mundo ocidental, temos um modo de vida que tornou crescente o indicador de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis como a diabetes, a hipertensão e a obesidade: até 2030 prevê-se que 68% dos brasileiros estarão com excesso de peso⁽¹⁾; o consumo massivo de alimentos processados e industrializados; a medicalização; a distopia da espetacularização da vida nas redes sociais; problemas de saúde mental antes não existentes ou invisibilizados; entre outros (Fig. 1).





Figura 1 - Repercussões do avanço da tecnologia digital na sociedade. Imagem do Canva Pro Pty Ltd, 2023

Com os avanços das tecnologias digitais associados ao advento da internet, o mundo não tem mais fronteiras. A contemporaneidade é delineada por uma efervescência digital, multicultural e social de pensamentos e ideias sem precedentes na história da humanidade. A convivência com a diversidade, o novo e o diferente é um caminho irremediável para as atuais e próximas gerações^{“(2)}.

E, nesse contexto de vida OnLine (ou OnLife¹⁾), como a Enfermagem lida com as tecnologias digitais no âmbito da educação e das práticas de cuidado em enfermagem? Esses questionamentos despertaram reflexões que, aliados às experiências/vivências, nortearam a elaboração deste capítulo, assim estruturado: Tecnologias Digitais na Educação em Enfermagem; Tecnologias Digitais nas práticas de cuidado em Enfermagem; e Exclusão Digital.

TECNOLOGIAS DIGITAIS NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

As TDICs acompanham os estudantes em diferentes esferas da vida, inclusive no percurso da educação básica brasileira. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) contempla o desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas ao uso crítico e responsável das tecnologias digitais tanto de “forma transversal - presentes em todas as áreas do conhecimento e destacadas em diversas competências e habilidades com objetos de aprendizagem variados” quanto de “forma direcionada - tendo como fim o desenvolvimento de competências relacionadas ao próprio uso das tecnologias, recursos e linguagens digitais”, ou seja, para o desenvolvimento de competências de compreensão, uso e criação de TDICs em diversas práticas sociais⁽³⁾.

Na educação em enfermagem, as TDICs têm sido incorporadas às práticas docentes como meio para promover a aprendizagem significativa, com o propósito de apoiar os professores na aplicação de metodologias ativas de ensino, alinhando a aprendizagem à realidade dos estudantes a fim de despertar interesse e engajamento.

É relevante que docentes de enfermagem conheçam e utilizem criticamente as tecnologias digitais, bem como, compreendam as mudanças que o uso delas imprimem à sua prática pedagógica. Pois, **embora as tecnologias digitais tenham muito a contribuir para a aprendizagem, é necessário entendê-las como meio, e não um fim.** O seu uso demanda conhecimento e domínio de ferramentas para serem aplicadas de modo eficiente.

1 O sistema OnLife pode ser compreendido como a simbiose entre a vida humana e a Tecnologia Digital.

As TDICs, quando bem utilizadas, colaboram com o desenvolvimento da aprendizagem socioconstrutiva, centrada no estudante e no seu processo de aprendizagem. Supera-se, nessa perspectiva, o modelo tradicional - pautado na transmissão de conteúdos, que é uma tendência na enfermagem (Fig. 2). Trata-se, no entanto, de uma escolha docente, do projeto pedagógico institucional e que deve estar articulado e coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais.



Imagem inferior: modelo centrado no estudante. Imagens do Canva Pro Pty Ltd, 2023

Figura 2 - Imagem superior: modelo tradicional de transmissão de conhecimentos

As TDICs impactaram a aprendizagem de estudantes há tempos e entende-se as TDICs como as várias tecnologias que possibilitam o processo de criação, captura, armazenamento, recebimento e transmissão de informações⁽⁴⁾. Na enfermagem, adota-se algumas ferramentas como adjuvantes ao processo de aprendizagem, como o uso dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVAs), vídeos, simulações virtuais, games, bem como, para a aplicação de métodos como a Sala de Aula Invertida (*Flipped Classroom*). Em qualquer situação, a aprendizagem pode ser facilitada, pois o estudante é protagonista de seu percurso pedagógico; mas é preciso que os objetivos de aprendizagem estejam claros e que a sequência didática esteja coerente.

Este é um ponto-chave deste diálogo: no âmago da cultura das tecnologias digitais é preciso visualizar a mudança de paradigma de um estudante tradicional, ou seja, **de receptor e mero consumidor de conteúdo**,

para um estudante cujo papel é ativo e crítico da realidade em que está inserido. Mediatizado pelo docente de enfermagem, envolvido por um conteúdo situado historico-socialmente e instrumentalizado pelas TDICs, **os estudantes de enfermagem são produtores de informação e de conhecimento, ou seja, são autores do próprio saber.** E, novamente, as tecnologias são meios, não são fins. **O foco não está no uso das tecnologias digitais e mídias disponíveis, e sim, na intenção pedagógica do docente** e de suas propostas metodológicas, assim como, na centralidade do estudante em seu processo de aprendizagem e da apropriação que as pessoas fazem das tecnologias. Assim, para que o docente de enfermagem prepare a aula com o apoio das TDICs visando aprendizagem autônoma, deve desempenhar papel de mediador e orientador e nunca impositivo.

Os avanços tecnológicos influenciaram os modos de educar e de aprender em sociedade e, o uso das TDICs foi impulsionado no contexto da pandemia Covid-19. O processo de trabalho do docente de enfermagem converteu-se repentinamente da modalidade presencial para remota, provocando a necessidade de formação e desenvolvimento de competências para esta nova realidade. Novas ferramentas foram criadas e possibilitaram a disponibilidade de informação rápida e constante para docentes e estudantes, tornando o processo dinâmico e inovador.

O processo, no entanto, teve um início tortuoso, implicando empenho por parte dos estudantes, professores e também das famílias e instituições de ensino. Lares se tornaram a extensão da sala de aula e, nem sempre, o espaço mais propício para estudo. Docentes e discentes se viram envolvidos com ferramentas tecnológicas novas, impostas pela pandemia em curso e ensino remoto que se estabeleceu. **Coube ao docente de enfermagem não cair na armadilha de utilizar as tecnologias digitais utilizando-se da metodologia tradicional.**

A pandemia foi uma oportunidade para avaliar o impacto das tecnologias e aproveitar para a revisão de matrizes curriculares, pensando em novas possibilidades, quiçá, mais dinâmicas, transversais e colaborativas. Inicialmente, é preciso desalienar currículos pautados exclusivamente em contexto analógicos, pois o mundo digital é irrefutável - a tecnologia digital não tem mais volta. É preciso pensar no manejo das ferramentas, na implicação da inserção de novos dispositivos nas salas de aula para que se promova ambientes favoráveis de aprendizagem, saudáveis e sustentáveis. As próprias redes sociais já pensam num futuro metaverso; como o cuidado de enfermagem poderá ser “explorado”, em seu sentido pedagógico, num contexto educacional do futuro? Com aprendizagem interativa, participativa e - especialmente - inclusiva?

No Brasil, a própria experiência da Educação à Distância, cuja modalidade foi projetada para atender pessoas que estão marginalizadas da experiência educacional, atualmente é a modalidade, nos cursos de enfermagem, que mais cresce no país, em instituições privadas, por ter baixo custo e alta margem de lucro, com qualidade, por vezes, questionável e cujos impactos na assistência à saúde da população ainda não foram devidamente mensurados.

Para finalizar essa parte do diálogo, mas não da reflexão, a pergunta que fica é: **como se adaptar ao novo mundo tecnológico e digital que se coloca?**

TECNOLOGIAS DIGITAIS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

A difusão e o desenvolvimento da tecnologia digital na sociedade e na área da saúde também se refletem na prática diária dos profissionais de enfermagem. Particularmente no cenário cada vez mais diversificado de tecnologias presentes neste setor, destaca-se a presença significativa de dispositivos digitais e sistemas de computadores interconectados que armazenam informações e tecnologia de comunicação entre profissionais e usuários.

A enfermagem representa o maior grupo de atores da saúde e é imprescindível promover a atualização por meio de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando-se as transformações do mundo do cuidado, geradas pelo progresso contínuo da inovação digital.

Entre as vantagens do uso dessas tecnologias no setor da saúde identifica-se a melhoria da qualidade da assistência e a contribuição para cuidados de saúde centrados no usuário. Ao mesmo tempo, os vários estudos que tratam da **influência da digitalização na saúde indicam como a difusão destas ferramentas está redefinindo as práticas de trabalho assistencial, gerando oportunidades, mas também elementos críticos.**

O uso de TDICs nas práticas de cuidado de enfermagem oportuniza aos usuários, estudantes e professores alternativas eficientes e benefícios significativos no âmbito assistencial, levando-se em consideração a relação custo-benefício. Com o advento da pandemia Covid-19, a adoção do uso de TDICs foi potencializada no cotidiano de todos, inclusive na área da saúde.

No âmbito da **Educação Permanente em Saúde**, as formações EaD, as webconferências, webinars e podcasts foram soluções encontradas e alavancadas durante a pandemia para manter a EPS de trabalhadores de modo seguro fisicamente, por estarem socialmente distantes. Se, por um lado, a literatura aponta inúmeras vantagens desses recursos - inclusive sobre os métodos tradicionais e presenciais - por outro lado, houve uma mudança de paradigma repentina, com sobrecarga na frequência e na carga horária de encontros, reuniões e capacitações por meio virtual.

Talvez o desafio e a mudança mais óbvia no âmbito da EPS se refira ao fato de que antes da pandemia as capacitações ocorriam de modo presencial, conduzidas por um instrutor. Com a pandemia, o conteúdo passou a ser ministrado em 75% no formato *e-learning*. Essa mudança forçada, no entanto, pode ter sido uma oportunidade para uma mudança positiva. À medida que a tecnologia avançou nas últimas décadas, os profissionais que organizam a EPS têm buscado maneiras de incorporá-la, efetivamente, em seus programas. O uso de *e-learning* se tornou mais comum com o tempo, mas sempre houve resistência de pessoas que afirmam que não há substituto para o aprendizado presencial, contudo, a pandemia Covid-19 neutralizou algumas objeções⁽⁵⁾.

Além do impacto causado na EPS, a pandemia **expandiu o uso da telessaúde** no Brasil e, mais que isso: deu-se **início à telenfermagem**. A **telessaúde**, como componente da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Já a atuação da enfermagem na saúde digital foi normatizada no emergencialmente Brasil pela Resolução Cofen nº 634/2020⁽⁶⁾, voltada apenas para a realização da teleconsulta. No ano de 2022, o Conselho Federal de Enfermagem (Resolução nº 696/2022)⁽⁷⁾ ampliou o escopo da resolução visando normatizar a Telenfermagem. Cumpre salientar que a telenfermagem engloba (i) Consulta de Enfermagem, (ii) Interconsulta, (iii) Consultoria, (iv) Monitoramento, (v) Educação em Saúde e (vi) Acolhimento da Demanda Espontânea - mediadas por Tecnologia da Informação e Comunicação.

Nas práticas de cuidado, a **telessaúde e a telenfermagem** contribuem fundamentalmente para realizar atendimentos por meio das TDICs. Um apontamento, positivo, refere-se ao fato que também se constituem em oportunidade de diálogo para a educação em saúde, melhores práticas em situações cotidianas. No entanto, há a necessidade da qualificação profissional para o uso dessa modalidade, especialmente para identificar as situações nas quais são necessários outros elementos (inclusive presenciais) para conduzir o melhor manejo da situação do profissional e do usuário e capacitação para o uso da ferramenta, além de acesso à mesma.

EXCLUSÃO DIGITAL

Segundo Amina Mohammed, vice-secretária-geral da ONU, **sem uma ação decisiva da comunidade internacional, a exclusão digital se tornará a nova face da desigualdade**. Mas o que seria exclusão digital? Lacuna entre indivíduos, famílias, negócios e áreas geográficas de diferentes níveis socioeconômicos com relação às oportunidades de acesso à informação eletrônica e às tecnologias de comunicação. O uso da Internet para uma grande variedade de atividades reflete várias diferenças entre países e dentro de países⁽⁸⁾.



A tecnologia digital está moldando a história. Mas também há a sensação de que está fugindo conosco. Onde isso nos levará? A nossa dignidade e direitos serão aumentados ou diminuídos? As nossas sociedades se tornarão mais iguais ou menos iguais? Nós nos tornaremos mais ou menos seguros e protegidos? As respostas a essas perguntas dependem de nossa capacidade de trabalhar em conjunto entre disciplinas e atores, entre nações e divisões políticas. Temos uma responsabilidade coletiva de direcionar essas tecnologias para maximizar os benefícios e reduzir as consequências não intencionais e o uso malicioso.

(António Guterres, Secretário Geral da ONU).

Figura 3 - António Guterres, Secretário Geral da ONU. Imagem do site oficial da ONU, 2023

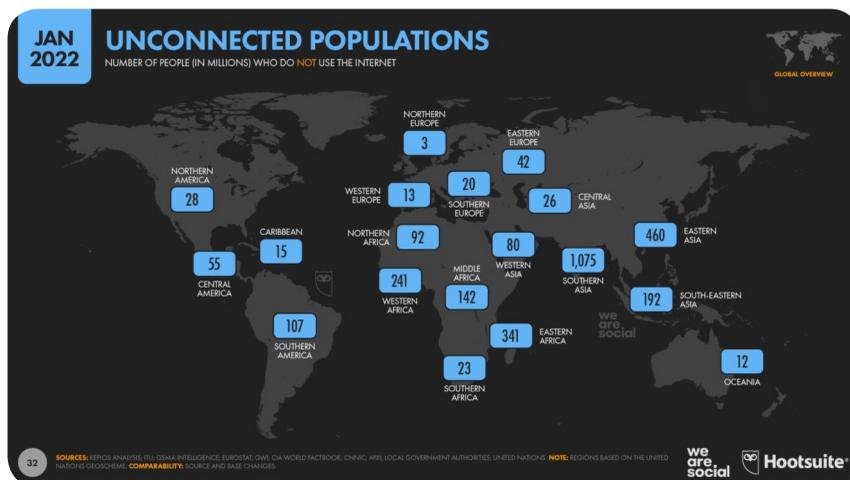
Chegou a hora de refletir sobre o que seriam as causas da exclusão digital. Entende-se que a exclusão e o analfabetismo digital não seriam única e exclusivamente decorrentes da inviabilidade das pessoas em utilizar computadores e as suas conexões de rede, mas também, da ausência de toda e qualquer mídia ou meio oferecido que utilize a concepção digital⁽⁸⁾.

Do ponto de vista social, acredita-se que a exclusão digital se dá pela ausência e ou deficiência em termos de infraestrutura, acesso, capacitação e estrutura jurídica e normativa. Do ponto de vista tecnológico, entende-se a exclusão digital como a ausência de inclusão do conhecimento, que se volta para a perfeita assimilação e adesão dos cidadãos aos meios digitais oferecidos, como forma de propiciar, ao desenvolvimento tecnológico, o seu papel de destaque dentro dos inúmeros benefícios que a sociedade espera e anseia. E, por fim, a exclusão digital do ponto de vista econômico está relacionada à condição financeira necessária para o acesso - que está intimamente ligada à situação econômica do país. Aqui entram em jogo, entre outras, as diferenças socioeconômicas entre as pessoas e os países, pois a digitalização requer investimentos e infraestrutura onerosa às regiões menos desenvolvidas, especialmente rurais. Assim, **países em desenvolvimento, com a sua situação econômica fragilizada e com problemas de distribuição de renda, impõem à sua população sérias restrições ao acesso às TDICs, que refletem nas áreas ditas como essenciais, como a educação e a saúde**⁽⁸⁾.

Em relação as causas e consequências da exclusão digital, além da questão econômica, outros fatores influenciam, como a barreira geográfica - ou seja, a internet “não chega”, especialmente em zonas rurais. Essa situação causa ostracismo social de elementos básicos como educação e saúde; ainda, elevam-se os indicadores de analfabetismo digital, refletindo em menores opções de acesso às oportunidades de emprego e, por conseguinte, na economia dos trabalhadores.

Atualmente a exclusão digital afeta 52% das mulheres e 42% dos homens do mundo. Na África 43,2% de seus habitantes vivem conectados em detrimento de 88,4% dos europeus e 93,4% dos norte-americanos, o que retrata o quão grande é a desigualdade no acesso à internet e às TDICs⁽⁹⁾. Na América do Sul o índice de pessoas com acesso à internet é de 84,4% da população. O Brasil está em 9º lugar, com 82,8%⁽¹⁰⁾. State of Mobile Internet Connectivity 2022 da GSMA Intelligence⁽¹¹⁾ revela que **uma em cada quatro pessoas em países de baixa e média renda não sabe da existência de internet móvel.**

Segundo Amina Mohammed, vice-secretária-geral da ONU, **nenhum país ou empresa deve conduzir o curso de nosso futuro digital.** Mas afinal, **a quem cabe afinal reduzir a exclusão digital? A coletividade!** Existem vários atores (governos, do setor privado, da sociedade civil, da academia e de organizações multilaterais) que devem trabalhar juntos em todas as disciplinas e criar diferentes frentes de combate à exclusão social, sem estar dependente de ações governamentais. O objetivo coletivo deve ser apoiar a projetar ambientes digitais que possam conectar todos de forma inclusiva⁽⁸⁾. Assim, a ONU apresentou um **roteiro para cooperação digital até 2030**, com oito passos para melhor cooperação:



Fonte: Digital 2022 Global Overview Report, 2022⁽¹²⁾

Figura 4 - Número de pessoas (em milhões) que não usam internet no mundo.

1. Atingir a conectividade universal até 2030, para que todos tenham acesso seguro e barato à internet;
2. Promoção de bens públicos digitais para desbloquear um mundo mais equitativo;
3. Garantir a inclusão digital para todos incluindo os grupos mais vulneráveis;
4. Fortalecer a capacitação digital, aumentando o desenvolvimento e treinamento em todo o mundo;
5. Garantir a proteção dos direitos humanos na era digital, tanto online quanto offline;
6. Apoiar a cooperação global em inteligência artificial, com uma abordagem baseada em direitos humanos e que promova a paz;
7. Fomentar a confiança e a segurança, criando um diálogo global para promover os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
8. Construir uma arquitetura mais eficaz para a cooperação digital, em que a governança seja uma prioridade e com base na postura das Nações Unidas.

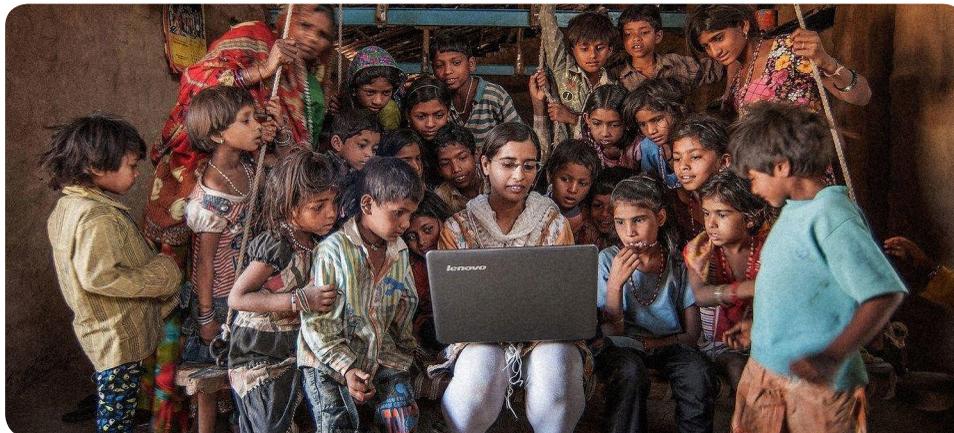


Figura 5 - ONU/Chetan Soni Cerca de um quinto dos jovens não tinha emprego, educação ou treinamento antes da Covid-19. Imagem: Site da ONU, 2023. Fonte: ONU apresenta roteiro para ampliar cooperação digital na era pós-Covid-19⁽¹³⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução tecnológica é uma constante, mas a pandemia Covid-19 foi o propulsor para que a enfermagem se reinventasse em diferentes contextos: da educação às práticas de cuidado. Agora é necessário avaliar de modo responsável os efeitos no ensino e seus desdobramentos na assistência; e, quiçá, empreender esforços visando a ampliação do acesso ao conhecimento, mediado por tecnologias digitais.

REFERÊNCIAS

1. Lino MM, Kempfer SS, Backes VMS. Inovação tecnológica no ensino superior: tendências pedagógicas. In: Silva GTR (Org.). Concepções, estratégias pedagógicas e metodologias ativas na formação em saúde: desafios, oportunidades e aprendizados. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 23-31 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e17.c03>
2. Lino MM, Kempfer SS. Transformação digital na educação face ao contexto da pandemia Covid-19. In: Silva GTR (Org.). Concepções, estratégias pedagógicas e metodologias ativas na formação em saúde: desafios, oportunidades e aprendizados. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 52-61 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e17.c06>
3. Ministério da Educação (BR). Base Nacional Comum Curricular: Educação é a Base. Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação no contexto escolar: possibilidades [Internet]. Brasília: MEC; 2018[cited 2023 Jan 20]. Available from: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/implementacao/praticas/caderno-de-praticas/%20aprofundamentos/193-tecnologias-digitais-da-informacao-e-comunicacao-no-contexto-escolar-possibilidades?highlight=WyJocSJd>
4. Vazquez DA, Pesce L. A experiência de ensino remoto durante a pandemia de Covid-19: determinantes da avaliação discente nos cursos de humanas da Unifesp. Avaliação (Campinas). 2022;27(1). <https://doi.org/10.1590/S1414-40772022000100010>
5. Lino MM, Amadigi FR, Silva BJ, Zuanazzi E, Castro L, Lino MM. Transitions of Permanent Education in Health Professionals in the Face of Covid-19 Pandemic. Creat Educ. 2022;13:2038-50. <https://doi.org/10.4236/ce.2022.136126>
6. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN Nº 634/2020 [Internet]. Brasília: DOU; 2020 Mar 26[cited 2023 Jan 20];[117]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
7. Conselho Federal de Enfermagem: Resolução COFEN Nº 696/2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem [Internet]. 2022[cited 2023 Jan 20]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html
8. Cunha Junior O. Exclusão digital: um problema social, tecnológico ou econômico? Pensam Real [Internet]. 2006;9(18):23-49. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/8368/6212>
9. Internet World Stats. Estatísticas Mundiais de Usuários da Internet e Estatísticas da População Mundial de 2023 [Internet]. 2023[cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://internetworldstats.com/stats.htm>
10. Internet World Stats. Estatísticas de Uso da Internet na América do Sul, Estatísticas Populacionais e Relatórios do Facebook [Internet]. 2023[cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.internetworldstats.com/stats15.htm>
11. GSMA. The State of Mobile Internet Connectivity [Internet]. 2022[cited 2023 Jan 20]. Available from: https://www.gsma.com/wp-content/uploads/2022/12/The-State-of-Mobile-Internet-Connectivity-Report-2022.pdf?utm_source=website&utm_medium=download-button&utm_campaign=somic22
12. We are social. Digital 2022 Global Overview Report [Internet]. 2022[cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-global-overview-report>
13. Organização das Nações Unidas (ONU). ONU apresenta roteiro para ampliar cooperação digital na era pós-Covid-19 [Internet]. 2020[cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2020/06/1716512>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c5>

PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS NA RESIDÊNCIA

Denilsen Carvalho Gomes¹ | ORCID: 0000-0001-9555-2948
Marcia Daniele Seima¹ | ORCID: 0000-0002-7507-267X
Amanda de Souza Ferrari¹ | ORCID: 0000-0002-5254-9375
Fernanda Carolina Capistrano¹ | ORCID: 0000-0002-2078-5007

¹ Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais. Programa de Residência Multiprofissional. São José dos Pinhais, Paraná, Brasil.



Autora Correspondente:
Denilsen Carvalho Gomes
E-mail: deni.gomes@gmail.com

Como citar:

Gomes DC, Seima MD, Ferrari A de S, et al. Preceptoría em enfermagem: contribuições e desafios na residência. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 37-43 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c5>

Revisoras: Edlamar Kátia Adamy e Marcia Regina Cubas. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a formação de especialistas é fundamental para a estrutura de saúde pública e a ordenação da formação de recursos humanos compete ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾. No âmbito da formação de especialistas, a residência em área profissional da saúde é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando a médica⁽²⁾. Quando esses programas são compostos por, pelo menos, três áreas profissionais são denominados de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)⁽³⁾.

Esses programas compreendem uma cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde em áreas prioritárias do SUS, instituídos por meio da Lei N 11.129, de 30 de junho de 2005, possuem sua organização e funcionamento compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS)⁽²⁾.

A RMS possui enfoque na construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor a lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres⁽⁴⁾. Constitui-se em um espaço interessante para a formação de profissionais seguindo os princípios e diretrizes do SUS e para a mudança do modelo de saúde baseado na lógica biomédica. É uma estratégia para a ressignificação desse modelo assistencial hegemônico e para a construção de novas práticas na área de saúde⁽⁵⁾.

O modelo de ensino desses programas de residência tem proporcionado espaço privilegiado de formação de recursos humanos para o SUS⁽⁴⁾, visto que a formação é composta por 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas. O conjunto de



atividades devem incluir temáticas voltadas à bioética, ética profissional, epidemiologia, políticas públicas de saúde e ao SUS⁽⁶⁾.

Para que esse processo de formação seja possível, diversos atores estão envolvidos, entre eles, preceptores, tutores e coordenadores⁽³⁾, sendo importante conhecer suas atribuições para que as competências exigidas nos projetos pedagógicos dos programas sejam alcançadas.

Ressalta-se que apesar das contribuições dessa modalidade de ensino, há desafios a serem superados, entre eles, as condições necessárias para a execução dos programas⁽⁷⁾ e a capacitação de preceptores e tutores, que cumprem um papel de grande importância nesse processo⁽⁵⁾.

Neste sentido, o objetivo deste capítulo é descrever as atribuições de alguns atores envolvidos nesta modalidade de formação e discutir sobre as contribuições e os desafios que permeiam os programas de residência multiprofissional em que a Enfermagem se insere.

ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DA RESIDÊNCIA

Para que os programas de residência em área profissional e multiprofissional se consolidem são fundamentais a comunicação efetiva e a integração entre os atores envolvidos. Neste capítulo, abordaremos o papel de coordenador, tutor e preceptor, com destaque para esse último.

Os coordenadores de programas de residências possuem entre as suas atribuições a de promover a qualificação de docentes, tutores e preceptores; promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde, assim como mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão⁽³⁾. É importante a aproximação dos coordenadores com os demais envolvidos nos programas de residência, incluindo os residentes, para que a proposta do programa seja desenvolvida e aprimorada.

A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes e entre suas atribuições destaca-se a implementação de estratégias pedagógicas, integrando ensino e serviço, para a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico do programa⁽³⁾. O tutor deve realizar encontros periódicos com preceptores e residentes⁽³⁾, nos quais podem ser discutidas as necessidades de mudanças no campo prático e a articulação do ensino teórico com as atividades práticas desenvolvidas. Sua atuação caracteriza um elo entre os eixos teóricos e o campo prático.

O preceptor é o profissional vinculado ao serviço de saúde cuja principal função é desenvolver habilidades clínicas nos discentes, assumindo o papel de educador em cenário de prática, participando da formação dos profissionais⁽⁸⁾. Portanto, têm a possibilidade de preencher lacunas presentes na formação acadêmica do egresso, principalmente aquelas relacionadas à prática profissional.

O preceptor necessita ser um profissional da mesma área de atuação do residente e que tenha afinidade com a área da docência, pois será o orientador de referência no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde⁽³⁾. A preceptoria, enquanto atividade de ensino, exerce o papel de orientação, supervisão e mediação do conhecimento em cenário de prática e reafirma a necessidade de formação pedagógica que some aos conhecimentos clínicos dos preceptores, subsidiando o planejamento de atividades e permitindo conduzir o discente à aprendizagem e ressignificação da prática⁽⁸⁾.

Deste modo, para assumir o papel de preceptor, o enfermeiro deve buscar atualizações constantes, para dar suporte teórico prático aos residentes que estão sob sua responsabilidade. Esta movimentação pode trazer sentimentos de valorização, satisfação e motivação ao preceptor, o qual tem a possibilidade de repensar sua prática e aperfeiçoá-la para atender as demandas apresentadas pelos residentes.

Estudo quantitativo e descritivo realizado com preceptores de enfermagem em Gana identificou que os preceptores se encontravam comprometidos com a função. Eles consideraram o treinamento de preceptores, as oportunidades de educação continuada e os livros didáticos sobre preceptoria como os três incentivos mais importantes⁽⁹⁾.

Outro papel importante desempenhado pelo preceptor é o de facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas e com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática⁽³⁾.

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA

O treinamento em serviço permite a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional, principalmente aos recém-egressos de instituições de ensino superior. O residente tem a possibilidade de sanar dúvidas, adquirir destreza manual, melhorar seu desempenho prático e teórico, vivenciar as facilidades e desafios do trabalho em equipe, atuando sempre sob a supervisão do preceptor.

A inserção do residente no campo prático permite que ele integre a equipe de saúde, assuma papéis referentes à sua categoria profissional e, em virtude das discussões fomentadas no eixo teórico, apresente diferentes pontos de vista e sugestões de cuidados para os casos de maior complexidade.

Para a Enfermagem, destaca-se a possibilidade de atuar em conjunto com o preceptor no gerenciamento da equipe de enfermagem e em atividades de educação permanente, as quais após o período de residência farão parte da rotina do enfermeiro enquanto líder de equipe.

As discussões teóricas realizadas junto aos tutores e coordenadores dos programas e o caráter multiprofissional promovem reflexões críticas acerca de diferentes problemas vivenciados na prática, com foco na integralidade, universalidade e equidade. Nos PRM, os saberes de outras profissões se intercalam para fornecer respostas a fenômenos complexos como os provenientes dos serviços de saúde.

Deste modo, é interessante que, sempre que possível, as atividades teóricas referentes às disciplinas de base sejam realizadas em conjunto com outras profissões, a fim de fortalecer o trabalho multiprofissional, mesmo em programas compostos apenas por uma área profissional. A convivência do residente enfermeiro com outras áreas profissionais, a exemplo de psicólogos e assistentes sociais, pode contribuir para a construção de uma prática de enfermagem mais integrada, que considera a história e a singularidade do indivíduo como determinante no processo saúde-doença.

As discussões de casos, realizadas nos Programas de Residência, colaboram para um atendimento ampliado⁽¹⁰⁾. Essas discussões possibilitam conhecer as bases teóricas e legais, os fundamentos e atuação de outras profissões e, sobretudo, refletir, aprimorar e embasar as singularidades e especificidades multiprofissionais. Permitem ainda compreender a multicausalidade do processo saúde-doença, individual e coletivo e, consequentemente, qualificam a formação do profissional enfermeiro.

Nesta ótica, é importante que essas discussões incluam a operacionalização do Processo de Enfermagem⁽⁷⁾ e as teorias que fornecem sustentação teórica para o cuidado de Enfermagem. Essas discussões nos eixos teóricos e em conjunto com outras profissões colaboram para a visibilidade da contribuição da Enfermagem na atenção à saúde e para o fortalecimento da profissão.

A pesquisa também pode ser indicada como uma contribuição das residências, considerando que os residentes apresentam um trabalho de conclusão como requisito parcial para a conclusão do curso. É importante estimular que os projetos desenvolvidos pelos residentes tenham caráter de intervenção, cujo objetivo é a produção de conhecimento e tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS⁽³⁾. Dessa forma, os trabalhos de conclusão de residência podem partir das necessidades identificadas nos serviços e seus resultados podem ser aplicados diretamente nos mesmos, contribuindo para a qualidade dos serviços que integram o SUS.

DESAFIOS QUE PERMEIAM A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Os programas de residência em saúde podem ser desafiadores para os coordenadores, tutores e preceptores, passando a necessidade de aprimoramento constante e manutenção da qualidade dos programas, à escolha

de profissionais capacitados e com perfil correspondente às diretrizes estabelecidas⁽³⁾. Dentre as características do preceptor estão contempladas as habilidades técnicas, didáticas, responsabilidade ética e social, capacidade de comunicação e trabalho em equipe⁽¹¹⁾. Encontrar preceptores com essas competências e com concomitante disponibilidade e interesse para exercer o papel de preceptor configura-se um desafio constante.

Dentre os desafios para adesão dos preceptores à residência encontra-se a falta de remuneração financeira ou gratificação específica. Apesar do fato de alguns programas já terem superado essa barreira estabelecendo valores para remuneração dos preceptores, até o momento não há portaria ou resolução que defina ou uniformize, em âmbito nacional, a gratificação⁽¹²⁾. Ainda, o acúmulo de atividades desempenhadas dentro dos serviços e a falta de tempo disponível pode configurar-se uma inquietação⁽¹³⁾.

A estrutura física pode ser um ponto limitante aos preceptores, especificamente no que se refere à falta de espaços para desenvolvimento de atividades do programa de residência⁽¹⁴⁾. Acrescenta-se a falta de equipamentos, como computadores, e o uso de espaços que necessitam ser constantemente compartilhados, o que pode dificultar as atividades, a autonomia e individualidade do residente e preceptor. A compreensão do papel em do residente no serviço é essencial para a quebra dessas barreiras.

Se o papel do residente não estiver claro para a instituição, ele também pode ser visto como parte do quadro funcional, o que prejudica o processo de ensino aprendizagem e impede o alcance das competências estabelecidas pelo programa.

O trabalho multidisciplinar e interprofissional pode ser elencado como outro desafio a ser superado, quebrando a visão do ensino tradicional e da assistência focada no modelo biologicista predominante em diversas instituições de saúde e ensino. Ao preceptor compete desenvolver habilidades que vão além da prática, formando um profissional com habilidades humanísticas e interpessoais. Preceptores que encontraram em sua formação lacunas de aprendizagem, especialmente no desenvolvimento de habilidades pedagógicas e com formação voltada à especialidade em detrimento a multidimensionalidade e integralidade podem encontrar dificuldades em desenvolver tais habilidades e planejar atividades educativas⁽⁵⁾. Em adição, faz-se necessária maior aproximação do preceptor aos demais integrantes do programa (coordenador, tutor e docentes) gerando linearidade entre os conteúdos trabalhados nos eixos teóricos e a prática desenvolvida em campo⁽¹⁵⁾.

Isso posto, os desafios necessitam ser identificados, avaliados, refletidos e superados. Muitos destes justificam-se pela temporalidade dos programas, jovens em sua constituição, e encontram-se em processo de superação. A sensibilização dos serviços e a qualificação dos preceptores estão atrelados diretamente a este processo. A preceptoria, a despeito dos desafios que podem permear seu percurso, proporciona agregação novos conhecimentos, reconhecimento e experiência profissional⁽¹⁶⁾.

Entre as estratégias utilizadas no cenário brasileiro para a superação dos desafios envolvidos nos Programas de Residência e para o fortalecimento dos mesmos, está o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, que busca valorizar os residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência, por meio de ações de qualificação, incentivos e apoio institucional às instituições proponentes de programas de residência em saúde, especialmente em regiões prioritárias do SUS. Pretende, desse modo, contribuir para maior disponibilidade de especialistas e para a fixação profissional em regiões que possuem vazios assistenciais⁽¹⁾. A concessão de incentivos e apoio institucional às instituições proponentes de programas de residência em saúde é realizada por meio de editais específicos.

DESAFIOS NA RESIDÊNCIA DURANTE PANDEMIA DE COVID-19: SUPERAÇÕES, INQUIETAÇÕES E RESILIÊNCIA

A pandemia de COVID-19 influenciou diretamente a dinâmica das residências em saúde, demandando diversas adaptações ao novo contexto. Aos residentes e preceptores foi estipulado que mantivessem suas atividades durante o período, exigindo que acompanhassem a reorganização das ações e serviços em demanda à estratégia de resposta rápida para controle da pandemia instalada⁽¹⁷⁾.

Com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento à COVID-19, auxiliando gestores, trabalhadores e instituições no âmbito das três esferas do governo, foi criada a Portaria nº 580, de 27 de março de 2020, que dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde”, para o enfrentamento à pandemia. A Ação Estratégica instituiu o pagamento de R\$ 667,00, a título de bonificação, para os residentes dos Programas de Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde, pelo prazo de seis meses⁽¹⁸⁾. Essa ação foi essencial para o fortalecimento e manutenção das atividades dos residentes durante a pandemia, contribuindo para as ações das equipes de saúde.

Ainda dentre os desafios enfrentados, a suspensão das atividades teóricas e de todos os eventos acadêmicos, científicos e culturais estabelecidos pela recomendação nº. 18 do Conselho Nacional de Saúde publicada, em 26 de março de 2020, merece destaque⁽¹⁷⁾. Residentes, docentes e demais integrantes dos programas de residências precisaram se adaptar a utilizar estratégias digitais e realizar as atividades teóricas na modalidade remota.

Quanto às aulas teóricas, houve avanço no que diz respeito à exploração de ferramentas online, como a utilização de plataformas de livre acesso e aquelas com a finalidade de confecção de apresentações com maior dinamicidade, com metodologias ativas de ensino. Esta experiência provocou a gestão quanto à necessidade de aquisição de recursos materiais para viabilizar e aperfeiçoar o método híbrido nas aulas teóricas da residência.

Alguns sentimentos e inquietações rodearam residentes e preceptores neste período, como medo, ansiedade e insegurança. Entre os motivos destes sentimentos estava o fato de muitos residentes não sentirem segurança técnica/científica para prestar cuidados a indivíduos com COVID-19⁽¹⁹⁾. Algumas habilidades precisaram ser desenvolvidas como adaptabilidade e enfrentamento, tendo o preceptor papel fundamental para sustentação do residente. Bem como, diversos serviços precisaram ser reorganizados e adaptados para prestar assistência aos casos de COVID-19 e diminuir os riscos de contaminação pela doença, onde a presença do preceptor era essencial para a manutenção dos programas⁽¹⁷⁾.

A Enfermagem, incluindo preceptores e residentes, foi fundamental no enfrentamento da pandemia atendendo casos suspeitos e confirmados nos mais diversos níveis de complexidade, realizando ações de educação em saúde e efetivando a campanha de vacinação contra COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preceptor de enfermagem nos programas de residência em saúde tem papel essencial na orientação, supervisão, planejamento pedagógico teórico-prático e na articulação entre os residentes, equipe de saúde, usuários do SUS e entre os demais residentes de outros programas.

A educação em saúde permeia todo o trabalho do preceptor enfermeiro e pode proporcionar melhorias no atendimento ao usuário do SUS, uma vez que instiga o preceptor a busca de atualização constante e ao repensar a sua prática profissional. As discussões no campo prático e no eixo teórico fortalecem as ações interdisciplinares e multiprofissionais, colaborando para uma visão ampliada do processo saúde-doença por parte da Enfermagem.

Como desafios apontam-se a dificuldade em encontrar profissionais com habilidades e competências pedagógicas para assumir o papel de orientador e supervisor do residente, além da ausência de legislação específica que garanta gratificação para o preceptor. A falta de infraestrutura e a formação cartesiana dos profissionais também se apresentam como desafios a serem enfrentados.

A pandemia trouxe grandes desafios aos programas de residência em saúde, exigiu reorganização dos serviços e campos práticos dos residentes, assim como adaptação para atender a formação teórica com a utilização de ferramentas online e plataformas de livre acesso. Os residentes contribuíram para o atendimento aos casos suspeitos e confirmados de COVID 19 e nas ações de imunização, o que somou à força de trabalho do SUS para o enfrentamento da pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 48 p.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências [Internet]. 2005[cited 2022 Sep 09]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11129.htm
3. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde[Internet]. 2012[cited 2022 Sep 09]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192
4. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev Katálysis. 2018;21(01):200-9. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
5. Carneiro EM, Teixeira LMSP, Pedrosa JIS. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2021;31(03):e310314. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>
6. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes[Internet]. 2010[cited 2022 Sep 09]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192
7. Araújo JAD, Vendruscolo C, Adamy EK, Zanatta L, Trindade LL, Khalaf DK. Strategies for changing the nursing preceptorship activity in Primary Health Care. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 6):e20210046. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0046>
8. Sousa HF, Messia CMBO. Papel do preceptor na formação de profissionais em cenário de prática: revisão de literatura. Braz J Develop. 2021;7(11):104124–32. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-163>
9. Afizu A, Fuseini AG, Osman W, Dadinkai IA, Mahama SS. Preceptors' perceptions of support, commitment to the preceptor role, and preferred incentives: a cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2022;116:105457. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105457>
10. Silva JC, Contim D, Ohi RIB, Chavaglia SRR, Amaral EMS. Perception of the residents about their performance in the multidisciplinary residency program. Acta Paul Enferm. 2015;28(2):132-8. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500023>
11. Souza SV, Ferreira BJ. Preceptoría: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. ABCS Health Sci. 2019;44(1):15-21. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1074>
12. Silva VC. Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional em saúde. [Tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
13. Autonomo FROM, Hortale VA, Santos GB. A Preceptoría na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. Rev Bras Educ Méd. 2015;39(02):316-27. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>
14. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Silva VC, Viana LO, Rasche AS, Aperibense PGG. Multiprofessional residence in health: the professional relationships of the nurse-preceptor with the other social actors. Res, Soc Develop. 2021;10(5):e41510515104. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15104>
16. Paczek RS, Alexandre EM. Preceptoría em enfermagem em um serviço público de saúde. Rev Enferm UFPE. 2019;13:e242697. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242697>
17. Ministério da Saúde (BR). Recomendação do Conselho Nacional de Saúde nº 18, de 26 de março 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência de Doença por Coronavírus – COVID-19[Internet]. 2020[cited 2022 Sep 09]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco018.pdf>

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde”, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020[cited 2022 Sep 09]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm
19. Dantas ESO, Araújo Filho JD, Silva GWS, Silveira MYM, Dantas MNP, Meira KC. Factors associated with anxiety in multiprofessional health care residents during the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 1):e20200961. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0961>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c6>

A PESQUISA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vilanice Alves de Araujo Püschel^I | ORCID: 0000-0001-6375-3876

Eduardo Tavares Gomes^{I-II} | ORCID: 0000-0002-9506-5303

^IEscola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.



Autora Correspondente:

Vilanice Alves de Araújo Püschel

E-mail: vilanice@usp.br

Como citar

Püschel VAA, Gomes ET. A Pesquisa na formação em Enfermagem. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 44-51 p.
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c6>

Revisor: Fábio da Costa Carbogim. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao se refletir sobre a pesquisa na formação em Enfermagem, alguns questionamentos nos são suscitados acerca de como ensinar a pesquisar e como incluir a pesquisa no ensino, como ensinar a consumir conhecimento produzido e implementar evidências científicas na prática. Ademais, quando e como se deve dar ou iniciar a formação do pesquisador.

Diante da amplidão do tema e das possibilidades de reflexões, este capítulo se propõe a apresentar, em uma visão geral, as bases para a formação em Enfermagem no Brasil; problematizar a pesquisa e a formação com/para pesquisa. Além disso, refletir sobre a importância de reduzir a lacuna entre a pesquisa e a prática, por meio do consumo de evidências para apoiar a tomada de decisão em saúde e em Enfermagem. Para esse fim, abordaremos também o modelo JBI do cuidado em saúde baseado em evidências que possibilita ampliar a visão de uma saúde global, que inclui a geração, síntese, transferência e implementação de evidências.

AS BASES DA FORMAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL E NA ENFERMAGEM: FORMAÇÃO COM E PARA A PESQUISA

As bases de todos os níveis de formação no Brasil estão alicerçadas na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), de 1988⁽¹⁾, e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996)⁽²⁾. De acordo com essas referências legais do ensino no país, a formação em pesquisa se inicia no ensino de graduação (iniciação científica e trabalho de conclusão de curso), se estende à pós-graduação *lato* (trabalho de conclusão de especialização e de residência) e *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

No ensino superior, a pesquisa é componente da formação, sendo explicitada a articulação do ensino, da pesquisa e da extensão. No Art. 3º da Constituição Federal, são apresentados os princípios do ensino no país,



dentre os quais: “a liberdade de aprender, ensinar, **pesquisar** e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber”⁽¹⁾. No Art. 43 é definida a finalidade da educação superior, com destaque para os incisos III

incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive e VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à **difusão das conquistas e benefícios resultantes** da criação cultural e da **pesquisa científica** geradas na instituição⁽¹⁾. [grifo nosso]

O ensino superior é realizado em Universidades, Centros Universitários e Faculdades, sendo atribuição da Universidade, no exercício de sua autonomia (Art. 53 da CRFB), “estabelecer planos, programas e projetos de pesquisa científica, produção artística e atividades de extensão” (Inciso III)⁽¹⁾.

Além desses indicativos, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de 2001, do Curso de Graduação em Enfermagem⁽³⁾ fica claramente explicitada a pesquisa na formação do enfermeiro, ao especificar que:

- I. A formação do Enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para **desenvolver, participar e aplicar pesquisas** e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- II. Uma das competências dessa formação consiste em **promover, gerar e difundir conhecimentos por meio da pesquisa** e outras formas de produção de **conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática**;
- III. O Projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma **articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência**;
- IV. A estrutura do curso deverá assegurar a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo (...) **estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa**;
- V. **Metodologia de Pesquisa** é um conteúdo curricular⁽³⁾. [grifos nossos]

O que se verifica nestes excertos destacados é que a pesquisa representa o elemento estruturante e o eixo norteador na formação do enfermeiro. Desse modo, esse conhecimento se concretiza tanto na formação para a pesquisa (desenvolver e participar), que se dá com os projetos de iniciação científica e com o desenvolvimento dos trabalhos de conclusão de curso, quanto na formação com pesquisa (consumir e aplicar pesquisas). Nas DCNs (2001) fica explicitado que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, **baseadas em evidências científicas**⁽³⁾ [grifo nosso].

A pós-graduação *lato sensu* se dá nos cursos de especialização e em programas de residência, que estão sob legislação específica. Como requisito à conclusão de cursos de especialização e de residência, é preciso apresentar um trabalho de conclusão de curso (TCC) ou trabalho de conclusão de residência (TCR). Considerando a essência da pós-graduação *lato sensu* voltada à formação de especialistas nas diversas áreas de inserção profissional, o foco desses trabalhos de conclusão deveria se voltar a responder a questões da prática profissional, e, portanto, estar alinhada à implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas. Tal enfoque propiciaria ao especializando consumir evidências, aprimorar o raciocínio clínico/diagnóstico e melhorar a conformidade das práticas às melhores evidências disponíveis nos cenários em que se inserem.

Na nossa compreensão, é preciso retomar o sentido e o significado da formação nos cursos de especialização no Brasil, pois defendemos que todos os cursos de especialização devem contar com carga horária prática obrigatória e não somente quando aplicado ou requerido por lei para formações específicas (como enfermagem em obstetrícia, por exemplo). Este indicativo deveria estar atrelado ao consumo e aplicação das melhores evidências no cuidado em saúde e ao desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico

e reflexivo^(4,5), de modo a fortalecer o raciocínio crítico, a tomada de decisão e a própria atuação, além de agregar recursos, ferramentas e tecnologias disponíveis para auxiliar nesse processo^(6,7).

Cruz⁽⁸⁾, em 2001, já chamava a atenção que “embora as enfermeiras considerem a pesquisa um instrumento para o bom desempenho profissional, elas se preocupam com a falta de apoio no local de trabalho”. Certamente, passadas duas décadas, essa é ainda uma realidade. Os cursos de especialização *lato sensu* devem construir e propiciar espaços para que os seus participantes consumam e apliquem a pesquisa na prática em instituições de saúde, contribuindo assim para transformar as práticas e melhorar os resultados em saúde nos contextos em que atuam, no hospital, na atenção primária ou em outro cenário do cuidar.

Em todos os níveis de formação deve ser estimulado o consumo de evidências para embasar a prática profissional (ensinar com pesquisa), porém é no nível da pós-graduação *stricto sensu*, em cursos de mestrado e doutorado, que se dá de fato a formação do pesquisador para a produção de conhecimentos e domínio de metodologias de pesquisa (ensinar a pesquisar). É nesse nível que se dá também a formação para o magistério, embora, haja pouco investimento dos programas de pós-graduação na formação pedagógica do docente⁽⁹⁾.

Quanto à formação de doutores, esta é relativamente recente no Brasil. O primeiro curso em Enfermagem na América Latina foi criado, em 1981, com o doutorado interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e USP de Ribeirão Preto (SP), seguido por um programa na Venezuela em 1999, um no México em 2003 e outro na Colômbia em 2004. Nos Estados Unidos os primeiros cursos de mestrado e doutorado que admitiam enfermeiros surgiram na década de 1930⁽¹⁰⁾.

Silva (2015) menciona que com os novos cursos de doutorado,

a função social de formar pesquisadores, até então assumida pelos cursos de mestrado, os quais também tem o papel de qualificar para o exercício da docência, passou a ser atribuída aos cursos de doutorado, com direcionamento para a formação de pesquisadores com domínio do estado da arte na sua área de atuação; desenvolvimento de habilidades/competências para atuar e coordenar pesquisas com expertise na concepção de métodos científicos; exercício do processo educativo, colaborando na formação de novos pensadores e com capacidade para construção de sólidos projetos de carreira científica⁽¹¹⁾.

Apesar de ser reconhecido o protagonismo brasileiro na formação de mestres e doutores e do aumento em alguns estados do Nordeste e no Pará, a distribuição ainda está concentrada nas regiões mais desenvolvidas do país, conforme consulta disponível no site da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Plataforma Sucupira (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>).

INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA O CONSUMO DA PESQUISA E PARA O CUIDADO EM SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Ao abordar a pesquisa na formação em Enfermagem, um estudo⁽¹²⁾ realizado no ano de 1999, com 42 estudantes e 10 professores, buscou diagnosticar as habilidades investigativas presentes na formação do enfermeiro. Os resultados mostraram pouco estímulo e escassas habilidades; que o ensino era tecnicista e não ressaltava o componente investigativo; os trabalhos realizados pelos alunos eram desprovidos de rigor científico e a maioria dos professores apresentava inconsistente formação científico-investigativa para aplicar técnicas de ensino-aprendizagem que possibilitassem seu alcance. Os autores concluíram que “as habilidades investigativas se constroem em múltiplas vias, sendo necessário, em primeiro lugar, explorar e estimular o gosto pela investigação nos professores e nos alunos, para que essa atividade os converta em eternos aprendizes da prática investigativa”⁽¹²⁾.

Os dados da pesquisa reportada acima foram coletados antes da publicação das DCNs, em 2001. *Ainda vivenciamos essa realidade na atualidade?* Certamente, houve muitos avanços, mas persiste esse panorama, especialmente, pelo aumento exacerbado dos cursos de graduação em Enfermagem no país, após publicação

da LDB, que privilegia ensino tecnicista, baseado em metodologia tradicional; que pouco (ou não) favorece a formação crítica, reflexiva e transformadora dos estudantes e contribui para inserção de enfermeiros no mundo do trabalho reprodutores de rotinas e procedimentos.

Embora o componente pesquisa (bases iniciais do pesquisar e do ensinar com pesquisa) seja pertinente à formação, conforme marcos legais mencionados, o ensino de graduação não atende plenamente a esses indicativos, transferindo, muitas vezes, esta responsabilidade para os grupos de pesquisa, especialmente em Instituições de Ensino Superior públicas. Pesquisadores recomendam que os currículos de graduação sejam flexíveis para permitir a participação dos estudantes em grupos de pesquisa e que a produção científica não seja percebida como sobrecarga, nem para o docente pesquisador nem para o graduando⁽¹³⁾. A capacidade de formulação de problema de pesquisa e do pensamento crítico são movimentos iniciais da ciência, cabendo abordagens que incentivem o estudante a pensar reflexivamente e a praticar ciência sustentada pelas melhores evidências⁽¹⁴⁾.

Ensinar com pesquisa e ensinar a pesquisar assumem centralidade na formação superior em Enfermagem em todos os níveis, porque possibilita que sejam feitas perguntas da prática ainda não descobertas a fim de produzir evidências, buscar evidências em bases de dados para implementação das melhores práticas e melhorar os resultados em todos os contextos de saúde. Contudo, o desafio de tornar exequível para o ensino superior em Enfermagem pressupõe que a(o) professora(or) conheça metodologia de pesquisa, consuma e ensine com pesquisa, ou seja, que os conteúdos ensinados sejam baseados nas melhores evidências disponíveis e que utilize metodologias ativas para despertar o interesse dos estudantes. Essa não é uma tarefa tão fácil, especialmente, pelas barreiras existentes que estão relacionadas, muitas vezes, ao ensino tradicional e conteudista, ao ensino de metodologia de pesquisa para cumprir exigência, a professores que não valorizam a pesquisa e que não estimulam os estudantes a valorizarem.

Outro aspecto que precisa ser considerado é questionar: *em que os profissionais se baseiam para tomar decisão em saúde?* Os enfermeiros continuam se baseando naquilo que sempre foi feito nas instituições em que trabalham ou, quando muito, nos livros que se reeditam ao longo dos anos e que, muitas vezes, quando consultados têm grande defasagem em relação à melhor evidência disponível. Iniciando a terceira década do Século XXI, na chamada *Era do Conhecimento*, estamos ainda lidando com a grande lacuna entre o que é produzido e divulgado em centenas de bases de dados científicas e o que é utilizado na prática, embora se saiba que “colocar a informação apropriada nas mãos daqueles que determinam a política de saúde e que prestam cuidados de saúde é fundamental para melhorar a prestação de cuidados e os resultados em saúde”⁽¹⁵⁾.

Apesar das confirmações de que a prática baseada em evidências (PBE) melhora os resultados e o desempenho técnico-assistencial, incorporar a PBE à Enfermagem clínica continua sendo um desafio, decorrente muitas vezes da falta de conhecimento das evidências disponíveis, da sobrecarga de trabalho e da resistência à mudança das práticas⁽¹⁶⁾. Na formação em Enfermagem, embora a maioria dos docentes apoie o ensino da PBE, eles podem não estar integrando-a no ensino devido às altas demandas de trabalho; falta de habilidades, de conhecimento ou de gerenciamento de tempo⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Os estudantes muitas vezes não valorizam a pesquisa devido à falta de conexão significativa com a prática clínica. Como resultado, muitos enfermeiros se formam e entram na prática clínica dando pouco valor e com pouco conhecimento de pesquisa e de PBE⁽¹⁸⁾. Para promover habilidades, os estudantes de Enfermagem devem ser formados para realizar a PBE em ambientes clínicos⁽²⁰⁾.

É preciso ensinar as novas gerações de enfermeiros - e a passos mais velozes - a fazer perguntas da prática e a buscar evidências em bases de dados científicas, que são as fontes de evidências publicadas, provenientes de estudos primários (pesquisas) e de estudos secundários (sínteses de evidências, como as revisões sistemáticas, os sumários de evidências, os *guidelines* ou diretrizes clínicas), além das fontes da literatura cinzenta (teses, dissertações, documentos e diretrizes de organizações e de governos, dentre outros). Todas as bases de dados possuem orientações que ensinam como realizar as buscas e as bibliotecas vinculadas a

universidades têm produzido tutoriais, a exemplo da Escola de Enfermagem da USP (disponível em: <http://www.ee.usp.br/biblioteca/site/index.php/paginas/mostrar/43>). A CAPES mantém o portal de periódicos e o banco nacional de teses e dissertações com acesso livre.

Embora existam variadas fontes de acesso e grande produção de conhecimento, ao docente em Enfermagem cabe assumir o compromisso de ensinar o estudante a fazer perguntas reflexivas, a buscar e selecionar evidências, a desenvolver a metacognição, para que ao se tornar enfermeiro, esteja instrumentalizado para a PBE. Por exemplo, para responder à pergunta da prática *Qual é a melhor evidência disponível para a prevenção e profilaxia do tromboembolismo venoso?* na plataforma PubMed, em setembro de 2022, usando as palavras “venous thromboembolism” foram encontrados, 33.740 resultados; ao refinar para “venous thromboembolism” AND “prophylaxis” foram 12.999 achados, sendo 642 revisões sistemáticas.

Há de se convir que é demasiado para qualquer pessoa buscar e selecionar as melhores evidências, ainda mais para o enfermeiro que está diariamente sobrecarregado na assistência. Sendo assim, o esforço coletivo para disponibilizar sumários de evidências é fundamental, a exemplo da Revista Paulista de Enfermagem que publicou, em 2022, um número especial com a tradução de *Folhetos Informativos de Melhores Práticas*, a partir de parceria da ABEn-SP com o JBI Austrália (Disponível em: <https://repen.com.br/revista/volume-33-s1/>). Outra estratégia é a produção de protocolos assistenciais, contendo diretrizes de boas práticas, a exemplo do Coren-SP (Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/educacao/videoaulas/protocolos/>). Essas iniciativas devem ser disseminadas e colaborações como essa são de grande valia.

São necessárias muitas estratégias para que a Enfermagem, de fato, desenvolva uma prática baseada em evidências. Para ampliar esse movimento, precisamos em todos os níveis de formação, conforme mencionado, ensinar com pesquisa, ensinar a consumir pesquisas e a conhecer os diferentes desenhos de estudos, ensinar a fazer perguntas da prática e buscar respostas, ensinar a implementar evidências, ensinar a estimular a curiosidade e o desejo investigativo.

No nível de formação, recomenda-se que os professores de graduação e de pós-graduação abordem as seguintes perguntas, de forma transversal, ao ministrar quaisquer conteúdos relacionados à assistência de Enfermagem:

- Qual é a melhor evidência disponível para [inserir determinado assunto da prática]?
- Como montar uma estratégia de busca?
- Em que bases de dados vamos buscar respostas a essas perguntas?
- Quais as fontes das evidências (artigos primários, revisões sistemáticas, sumários de evidências, diretrizes assistenciais, relatos de experiências e outros)?
- A evidência encontrada é de boa qualidade? Na hierarquia das evidências, que tipo de estudo foi desenvolvido?
- Em quais contextos esta evidência pode ser implementada?
- Qual o nível de recomendação dos estudos sintetizados (forte, moderado, baixo, muito baixo)?
- Quais processos e mecanismos de apoio educacional são necessários para difundir esses achados para a equipe, para pacientes, família e comunidade?
- Como manter a prática profissional em conformidade com as melhores evidências disponíveis (sustentabilidade)?

Braithwaite (2018) sugere transformar a saúde em um

sistema de aprendizagem, com participantes em sintonia com as características do sistema e com fortes ciclos de feedback para tentar gerar impulso para a mudança e que, se construirmos uma perspectiva compartilhada e a construirmos sobre novos paradigmas de pensamento, talvez possamos ir além do desempenho dos sistemas congelados de hoje⁽²¹⁾.

O JBI define o Cuidado em Saúde Baseado em Evidência (CSBE) como

Tomada de decisão que considera a viabilidade, adequação, significado e efetividade das práticas de saúde. A melhor evidência disponível, o contexto em que o cuidado é prestado, a individualidade do paciente e o julgamento profissional e a experiência do profissional de saúde informam esse processo⁽²²⁾.

O JBI é uma organização internacional de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos, que agrega cientistas, profissionais e pesquisadores da saúde comprometidos com o cuidado em saúde baseado em evidências⁽²³⁾. Foi fundado em 1996 pelo enfermeiro Alan Pearson no Royal Adelaide Hospital, Austrália, e transferido em 2010 para a Universidade de Adelaide, Austrália.

O JBI tem com o objetivo de ser líder global no CSBE. Visando à melhoria da saúde global, desenvolveu o Modelo do Cuidado em Saúde Baseado em Evidências (Figura 1) que se configura em um ciclo em que as evidências são geradas, sintetizadas, transferidas e implementadas⁽²³⁾. Para a implementação de evidências, é necessário liderança clínica, análise do contexto, facilitação do processo de mudança e superação de barreiras, avaliação do processo e dos resultados, por meio de auditorias de base e de seguimento. Esses são elementos que englobam a formação para o CSBE⁽²³⁾.



Figura 1 – Modelo JBI para o Cuidado em Saúde informado por Evidências. São Paulo, SP, 2022. Fonte: Jordan, Lockwood, Aromataris e Munn⁽²²⁾

Atualmente, há mais de 80 Centros Colaboradores do JBI, localizados em vários países (<https://jbi.global/about-jbi>). No Brasil, há um Centro Colaborador do JBI, pioneiro na América Latina, o *Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI* (JBI Brasil), que vem formando profissionais da saúde nas metodologias do JBI (revisão sistemática e implementação de evidências).

O JBI Brasil, fundado em 2009, está sediado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), tem parceria com o Hospital Universitário da USP (HU-USP) e mantém convênio com o JBI Austrália. Oferece os cursos *Evidence Implementation Training Program - EITP* (Curso de Implementação de Evidências em Saúde) e *Comprehensive Systematic Review Training Program - CSRT* (Curso de Revisão Sistemática da Literatura), ambos com metodologia, credenciamento e certificação do JBI (<http://www.ee.usp.br/jbibrasil/nossa-historia/>).

O curso de implementação de evidências foi trazido para o Brasil em 2016, por enfermeira do HU-USP e pela autora desse capítulo. Até 2021, o JBI Brasil formou 51 *clinical fellows*, com projetos de implementação desenvolvidos na área hospitalar, majoritariamente⁽⁴⁾. Outro destaque foi a conquista do selo *JBI Endorsement Organization* pelo HU-USP, parceiro clínico do JBI Brasil, em 2019 e 2021. Tal selo é concedido a hospitais que incentivam e implementam práticas baseadas em evidências. O HU-USP é o primeiro hospital da América Latina a receber tal selo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições de ensino superior brasileiras que formam o enfermeiro têm como desafio reduzir as lacunas entre a pesquisa e a prática, por meio do ensino e incentivo à implementação de evidências. A instrumentação para o consumo de pesquisa e o emprego de ações de cuidado baseados em evidências possibilitará tomada de decisões apropriadas nos serviços de saúde.

Escrever esse capítulo de livro intitulado “A Pesquisa na formação em Enfermagem” nos permitiu refletir e compartilhar mais amplamente um tema abordado em palestra proferida no 18º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem e 15º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, em 2022. É um tema que assume centralidade na formação e na prática em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Congresso Nacional (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1998.
2. Presidência da República (BR). Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996. Seç 1.
3. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES no 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 9 nov. 2001b. Seção.1, p. 37.
4. Püschel VAA, Oliveira LB, Gomes ET, Santos KB, Carbogim FC. Educating for the implementation of evidence-based healthcare in Brazil: the JBI methodology. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03718. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718>
5. Wright V, Chavez FS. Advanced Practice Nursing: Canadian Perspectives and Global Relevance. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e750101. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2022750101>
6. Chiavone FB, Paiva RM, Moreno IM, Pérez PE, Feijão AR, Santos VE. Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE01132. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01132>
7. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canever BP. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. *Esc Anna Nery* 2015;19(2):252-258. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>
8. Cruz ICF. Pesquisar se aprende pesquisando... relato da experiência de um programa de metodologia da pesquisa de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2001[cited 2022 Oct 22];9(3):270-6. Available from: <https://pesquisadores.uff.br/academic-production/pesquisar-se-aprende-pesquisando-relato-de-experi%C3%Aancia-de-um-programa-de>
9. Santos MA, Luchesi BM, Rivas NPP, Püschel VAA. Formação pedagógica na Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200466. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0466>

10. Scochi CGS, Munari DB, Gelbcke FL, Erdmann AL, Gutiérrez MGR, Rodrigues RAP. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(spe):80-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700011>
11. Silva R. Pós-graduação e a pesquisa em enfermagem na América Latina: avanços e desafios. *Rev Cuid.* 2015;6(2):1019-21. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.307>
12. Palmeira IP, Rodríguez MB. A investigação científica no curso de enfermagem: uma análise crítica. *Esc Anna Nery.* 2008;12(1):68-75. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100011>
13. Lima LOS, Cortez CMM, Ribeiro MRR, Rothebarth AP, Cesario JB. O desenvolvimento da competência para pesquisa e a graduação em enfermagem: o papel dos grupos de pesquisa. *Arq Cienc Saúde UNIPAR.* 2015;19(3):171-7. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v19i3.2015.5547>
14. Silva IR, Mendes IAC, Ventura CAA, Costa LS, Silva MM, Silva TP. Knowledge management: connections for teaching research in undergraduate nursing. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 6):e20201295. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1295>
15. Pearson A, Jordan Z. Evidence-based healthcare in developing countries. *Int J Evid Based Healthc*[Internet]. 2010[cited 2022 Oct 22];8(2):97-100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21077397/>
16. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DAT, Goulart MB, Garcia LAA. Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e2070017. <https://doi.org/10.1590/0104-07022017002070017>
17. Mena-Tudela D, González-Chordá VM, Cervera-Gasch A, Maciá-Soler ML, Orts-Cortés MI. Effectiveness of an Evidence-Based Practice educational intervention with second-year nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e3026. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2502.3026>
18. Orta R, Messmer PR, Valdes GR, Turkel M, Fields SD, Wei CC. Knowledge and Competency of Nursing Faculty Regarding Evidence-Based Practice. *J Contin Educ Nurs.* 2016;47(9):409-19. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160817-08>
19. Rojjanasrirat W, Rice J. Evidence-based practice knowledge, attitudes, and practice of online graduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 2017;53:48-53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.005>
20. Choi MH, Kim YH, Son HM. Factors influencing Evidence-Based Practice Attitudes among Undergraduate Nursing Students. *J Korean Acad Soc Nurs Educ.* 2016;22:274-82. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2016.22.3.274>
21. Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ.* 2018;361:k2014. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2014>
22. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2016.
23. Püschel VAA, Lockwood C. Translating knowledge: Joanna Briggs Institute's expertise. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03344 <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018ed0103344>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c7>

O ENSINO DAS TEORIAS COMO FORMAS DE PENSAR A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Cândida Caniçali Primo^I | ORCID: 0000-0001-5141-2898
Marcos Antônio Gomes Brandão^{II} | ORCID: 0000-0002-8368-8343
Kênia Rocha Leite Zaccaro^{II} | ORCID: 0000-0002-0251-1651
Michelle Anne de Oliveira Batista Salgueiro^I | ORCID: 0000-0003-0258-1913
Greycy Pollyne Santos Silva Minarini^I | ORCID: 0000-0003-0935-9098

^I Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Autora Correspondente:

Cândida Caniçali Primo

E-mail: candida.primo@ufes.br

Como citar:

Primo CC, Brandão MAG, Zaccaro KRL, et al. O ensino das teorias como formas de pensar a prática de enfermagem. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 52-61 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c7>

Revisoras: Edlamar Kátia Adamy e Marcia Regina Cubas. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

Após cinco décadas do surgimento do interesse por teorias de enfermagem, podem parecer ultrapassadas as perguntas: “Para quais finalidades precisamos de uma teoria na enfermagem?”, “A quem serve uma teoria de enfermagem?”. Porém, elas ainda são importantes para diferentes segmentos da profissão e da disciplina da enfermagem, e não devem ser inibidoras para qualquer interessado no tema.

É relevante entender que as utilidades de uma teoria de enfermagem em particular não são tão genéricas ou livres de contextos como se pode presumir pelo uso do termo “teoria de enfermagem”. De fato, para uma disciplina aplicada toda a discussão sobre valor e destinação de uma teoria é contextualizada para elementos da profissão, de quem recebe a ação, dos agentes da prática profissional e dos fenômenos de interesse disciplinares. Assim, na ciência da enfermagem, a ideia de teorias tem um lastro obrigatório na prática profissional desde as produções precursoras⁽¹⁻²⁾.

Reconhecemos neste capítulo a necessidade de circunscrever finalidades e uso das teorias a um campo ou domínio específico. Por conta disso, a ênfase está no campo do ensino-aprendizagem. Trata-se, portanto, de utilizá-las como conteúdo e instrumentos facilitadores da aprendizagem de temas da profissão e ciência da enfermagem ou ainda mesmo de como selecionar estratégias de ensino teórico que possam promover a aprendizagem de estudantes ou profissionais.

Diante disso, o objetivo do presente capítulo é apresentar estratégias pedagógicas para o ensino de teorias de enfermagem como formas de pensar a prática de enfermagem.



POR QUAIS MOTIVOS ENSINAR TEORIAS DE ENFERMAGEM?

Muitas respostas podem ser fornecidas a esta pergunta. Entretanto, para um educador mais construtivista, as respostas devem fazer sentido especialmente para o universo dos aprendizes, de forma a garantir uma aprendizagem significativa ou situada. Seguindo esta argumentação podemos destacar três características mais gerais. A primeira, de que as teorias buscam esclarecer e estabelecer conhecimentos e práticas que distinguem a enfermagem das outras profissões e disciplinas, situando seus limites profissionais e apresentando para o aprendiz o arcabouço teórico próprio da enfermagem. A segunda, de que as teorias orientam a prática servindo como grupos de conhecimentos organizados que englobam conceitos, valores e crenças ligados aos processos de interesses próprios da profissão e disciplina. A terceira, de que as teorias são conhecimentos gerados de aspectos, eventos e fenômenos mais particulares da prática profissional; assim, derivadas de um contexto de descoberta, servindo como impulsor para a pesquisa científica. Areladas a essas três características abrangentes se incorporam as finalidades das teorias de descrever, explicar, prever e prescrever⁽³⁾.

No quadro 1 são apresentados motivos que podem ser debatidos por educadores e aprendizes sobre a aplicação de teorias como referenciais para a prática.

Quadro 1 – Perguntas norteadoras de aplicação de componentes teóricos com exemplificação, Vitória, ES, 2022

Perguntas norteadoras de aplicação	Exemplo de ensino de uma situação de aplicação do componente teórico em situações práticas
O que um conceito ou construto teórico central nos informa sobre algo?	Uma enfermeira tenta descrever a situação na qual algumas pessoas realizam as práticas terapêuticas por si mesmas. O construto de autocuidado pode ser útil para a descrição ⁽⁴⁾ .
Como um pressuposto teórico pode referenciar a observação de um fato ou fenômeno?	Um enfermeiro aplica o pressuposto da Teoria Interativa de Amamentação de que <i>“os indivíduos não se conhecem completamente e estão interagindo de forma proposital com outras pessoas, objetos e com o ambiente, suas percepções, julgamentos e ações podem ser incongruentes”</i> ⁽⁵⁾ como explicação para uma mãe que vivencia um conflito de decisão para amamentar.
Como utilizar uma proposição teórica para teste da teoria na realidade prática?	Um serviço de reabilitação cardiovascular (RCV) utiliza a proposição <i>“se não houver a implementação de cuidados reabilitadores, fazendo uso de terapia baseada em exercício, apoio psicossocial ao paciente e à família, e processos educativos, o processo de RCV não atingirá o objetivo, e o paciente não se reabilitará com eficiência”</i> ⁽⁶⁾ para organizar a sua estrutura, meta e indicadores.
Como usar um modelo da teoria para guiar ações profissionais específicas?	Um acadêmico de enfermagem pode utilizar um diagrama teórico de causa e efeito de manifestações clínicas do diagnóstico de enfermagem da Baixa Autoeficácia em Saúde para buscar por indicadores comportamentais, cognitivos emocionais e fisiológicos que facilitariam seu diagnóstico ⁽⁷⁾ .

Fonte: os autores.

Como dispostos na primeira coluna os elementos contidos nas teorias (conceito e construto, pressuposto, proposição e modelo) tem grande potencial de ensino se aplicados de forma alinhada a situações que tenham lastro na prática profissional.

Também, no processo pedagógico, é vital que o educador enfatize a maior ou menor relação da teoria com certos tipos de conhecimentos. Por exemplo, a Teoria da Marginalidade Cultural é mais relacionada a conhecimentos sociais e culturais em comparação com a do Sintoma Desagradável que é diretamente ligada de natureza fisiológica⁽⁸⁾. Assim, o ensino contextualizado de particulares teórica minimizaria uma aceção incorreta de se encarar a teoria como se fosse uma caixa-preta lacrada e orientada para si mesma.

Para além da mencionada contextualização, os argumentos mais genéricos também podem auxiliar o educador a justificar o ensino-aprendizagem das teorias, dentre eles:

1. Teorias, especialmente as de grande alcance, lidam com questões de interesse da filosofia e podem ratificar o valor social e emblemático do conhecimento filosófico da disciplina e profissão. O educador

- pode destacar o apego que grandes expoentes tinham pela leitura de filósofos, como por exemplo, Florence Nightingale.
- Destacar a existência do paradigma ou programa de pesquisa de **Prática Guiada por Teorias de Enfermagem** que argumenta pela centralidade das teorias de enfermagem em fornecer descrição, explicação e predição de fenômenos de enfermagem ou suportar instrumentos para a prática, inclusive para o processo de enfermagem⁽⁹⁻¹⁰⁾.
 - Reiterar que as finalidades de descrição, explicação, predição e prescrição para a prática são especialmente úteis diante da complexidade do cuidado na saúde.

O QUE ENSINAR SOBRE ASPECTOS GERAIS DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM?

Provavelmente, a maior parte dos aprendizes na graduação ou educação em serviço será mais resistente para reter um grande conjunto de informações que pareçam sem significado ou aplicação cotidiana. Assim, ensinar apenas a memorização de nomes de teóricos, origens, pressupostos, crenças teóricas e demais afirmativas pode ser desinteressante. É esperado que resultados de significação do aprendizado sejam alcançados a partir da decomposição dos elementos teóricos e correlação com situações concretas da prática profissional. Portanto, ao educador é vital ter honestidade intelectual para reconhecer que o seu ensino exigirá um avanço para além de um modelo tradicional de memorização e reprodução das informações contidas na teoria de enfermagem.

A construção de um programa de ensino que contemple os elementos teóricos, finalidades e ênfases de conteúdo pode ser desafiadora. Embora reconheçamos que as decisões pelo conteúdo, estratégias e técnicas de ensino dependerão dos objetivos didáticos do programa de ensino e de fatores intrínsecos ao educador e aprendiz, algumas perguntas poderiam incentivar o educador a refletir para obter ideias úteis ao planejamento. No quadro 2 são apresentadas perguntas norteadoras ilustrativas do tema, objetivos e recomendações a elas concernentes que podem ser utilizadas pelo educador em seu planejamento.

Quadro 2 – Perguntas norteadoras e possíveis orientações para o ensino associados a situações, Vitória, ES, 2022

Perguntas norteadoras para o programa de ensino de teorias	Objetivos e recomendações para ensino
O que é uma teoria? O que são teorias de enfermagem?	Enfatizar a compreensão do conceito de teoria. A ênfase pode ser dirigida para a teoria como construção simbólica, ou tipo de conhecimento voltado a representar a realidade. Ressaltar que as denominadas “teorias de enfermagem” são produzidas no processo científico da pesquisa. Assim, o educador se beneficiará de fazer conexões da teoria à pesquisa.
Quais os níveis de pensamento teórico?	Apresentar a hierarquia de abstração do pensamento teórico. O educador ao diferenciar os níveis teóricos em grande, médio e micro alcances comunica ao aprendiz que existem teorias mais abstratas e com afirmativas generalizáveis, e no outro extremo, teorias mais específicas, particularizadas e com afirmativas em nível próximo ao de hipóteses de pesquisa ⁽¹¹⁾ .
Quais os tipos de conceitos? Quais seus papéis nas teorias de enfermagem?	Definir conceito e tipificá-los. Após definir o que é conceito, o educador ensina acepções mais abrangentes como abstração e concretude de um conceito e apresentar com exemplos as tipologias de conceitos: enumerativas, associativas, relacionais, estatísticas e somativa (Quadro 3 para exemplificação).
O que são afirmativas teóricas e quais os tipos e natureza?	Apresentar a distinção entre afirmativas teóricas do tipo não relacionais e relacionais. O educador por extrair das teorias de enfermagem afirmativas relacionais do tipo axioma, pressupostos, teoremas, proposições, leis, hipóteses e generalização empírica, aplicando-as em exemplos práticos. Diferenciar a natureza das relações do tipo associações ou correlações e as de causalidade (Quadro 3 para exemplificação).
O que são modelos e como utilizá-los?	Diferenciar teorias, modelos teóricos e modelos empíricos ⁽¹²⁾ fazendo as aproximações com o uso em aplicações práticas na enfermagem e saúde

Fonte: os autores.

Teorias em particular e seus conteúdos podem ser fortemente explorados no ensino, inclusive utilizando-se as referências de artigos científicos e outras fontes citadas na própria teoria ou produções que a utilizaram. Para exemplo, é utilizada a Teoria Interativa de Amamentação⁽⁵⁾, uma teoria de médio alcance, desenvolvida a partir do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King. Ela tem finalidades de descrever, explicar, prever e prescrever a amamentação, examinando os fatores que antecedem, influenciam e são consequentes ao processo de amamentar.

O quadro 3 apresenta as tipologias de conceitos e afirmativas relacionais de um hipotético programa didático, e apresenta exemplos usando a Teoria Interativa de Amamentação⁽⁵⁾ para facilitar o entendimento de uso.

Quadro 3 – Conceitos e afirmativas relacionais com suas características e exemplificação baseada na Teoria Interativa de Amamentação, Vitória, ES, 2022

Elemento teórico	Tipologia do elemento	Características do elemento teórico	Exemplos
Conceitos ⁽⁴⁾	Enumerativos	São universais e sempre presentes.	Idade da mãe
	Associativos	Ocorrem em certas condições no fenômeno e podem ter valor zero.	Estresse
	Relacionais	São entendidos apenas em combinação ou relação com outros conceitos enumerativos ou associativos.	Papel de mãe
	Estatísticos	São relativos à propriedade que está distribuído em uma dada taxa na população.	Tempo de amamentação
	Somativos	Representa a entidade inteira e complexa do fenômeno. Não são mensuráveis.	Interação dinâmica entre mãe e filho na amamentação
Afirmativas relacionais ⁽⁴⁾	Axiomas	Afirmativas que são tomadas como consensuais e que não necessitam de verificação. Não são deduzidas, contudo, delas podem ser deduzidas outras afirmativas. Mais comumente aplicados na matemática. Podem ser também expressas como pressupostos.	“Os indivíduos são seres complexos, sociais, espirituais, holísticos, conscientes, racionais, que têm a capacidade de pensar, de saber, de fazer escolhas e selecionar ações alternativas para alcançar seus objetivos” ⁽⁵⁾ .
	Pressupostos	Crenças sobre fenômenos que são aceitos como verdade. Não são submetidos a verificação, contudo, podem ser questionados filosoficamente.	“Os indivíduos, nesse sistema, são constituídos pela mulher, criança, membros da família, profissionais de saúde e sociedade” ⁽⁵⁾ .
	Leis	Afirmativas que contêm conceitos que podem ser mensurados ou identificados empiricamente, com forte suporte empírico.	O leite humano é o melhor alimento para o crescimento e desenvolvimento da criança.
	Proposições	Afirmativa de verdade limitada a um modelo teórico e seu sistema lógico. Produzidas após a etapa de conceitualização com a finalidade de predição da teoria. Na operacionalização dão origem a hipóteses.	Se a amamentação for atingida, haverá satisfação ⁽⁵⁾ .
	Hipóteses	Afirmativas que ainda não possuem suporte empírico, mas, são formuladas para teste empírico. Podem ser derivadas das proposições ou das leis.	Uma pontuação elevada na Escala Interativa de Amamentação ⁽¹³⁾ associa-se a maior satisfação com a amamentação, medida pela Maternal Breastfeeding Evaluation Scale ⁽¹⁴⁾ . As escalas medem construtos diferentes (amamentação interativa x satisfação), se ambas as escalas se associam positivamente, então a proposição é verdadeira no teste teórico.
	Generalizações empíricas	Afirmativas que resumem a evidência empírica, estimam que o mesmo padrão se repetirá em situações concretas no futuro se mantidas as mesmas condições.	A experiência prévia da mulher com a amamentação de outro filho é um fator positivo no desejo de amamentar.

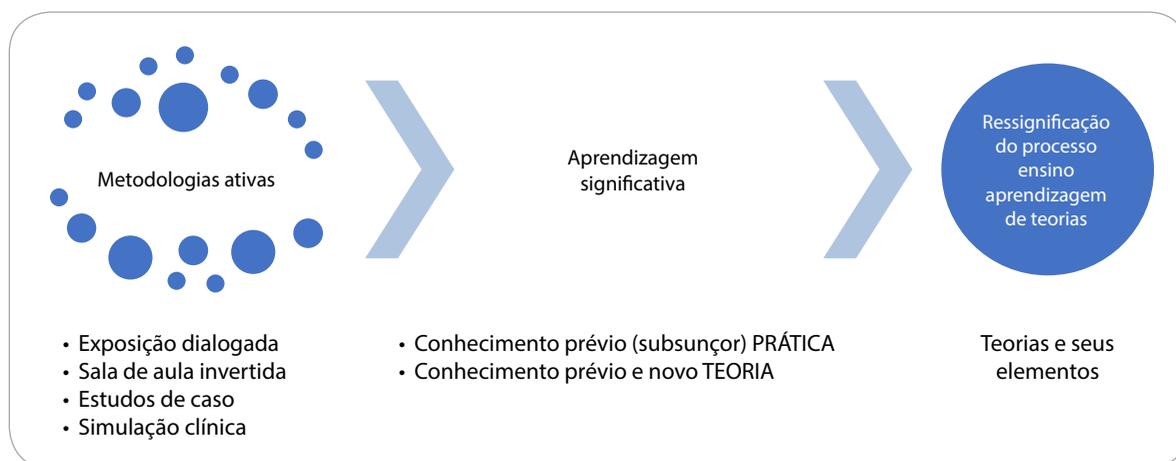
Fontes: McEween & Wills⁽⁴⁾. Os autores.

QUAIS ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PODEM SER UTILIZADAS NO ENSINO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM?

As questões relacionadas a utilidade e finalidade de uma teoria foram consideradas nas sessões anteriores, assim como a necessidade de explicitar os elementos que a compõem e seus níveis de abstração. Também foram apresentadas orientações possíveis para a discussão de cada tópico em questão pelo educador. Aqui se pretende destacar algumas possibilidades de estratégias pedagógicas para o desenvolvimento deste conteúdo de modo a dar-lhe maior significado facilitando, dessa forma, o processo ensino-aprendizagem. Para tal, faz-se necessária uma abordagem dialógica que possa ultrapassar o lugar comum da exposição/transmissão de conteúdos, conjugando a discussão e agregação dos mesmos com a prática de enfermagem, despertando profissionais de enfermagem para a ciência dos valores, crenças pessoais e disciplinares para fazer escolhas sábias⁽¹⁵⁾.

As metodologias ativas de ensino auxiliam neste processo, tornando o aprendiz participante ativo na construção do conhecimento a ser apreendido. A aula expositiva centrada na figura do professor pode dar lugar a uma exposição dialogada na qual os conhecimentos prévios possam ser o ponto de partida para a aproximação dos conhecimentos teóricos aos iniciantes. Utilizando-se para isso de técnicas como sala de aula invertida, discussão circular de textos teóricos, discussão de casos clínicos e dinâmicas de grupo. Assim, possibilitando que as informações lidas sejam debatidas oralmente, consensuadas e ressignificadas para a apreensão e retenção do conhecimento.

Outra estratégia que tem sido demonstrada útil no ensino de habilidades técnicas e não-técnicas na área da saúde é o uso da simulação clínica. A construção dos cenários baseadas em casos clínicos para melhorar o raciocínio diagnóstico de enfermagem já foi estabelecida⁽¹⁶⁾. Extrapolando tal limite, aponta-se sua utilidade no ensino de teorias de enfermagem, especialmente, quando o nível de abstração é o de médio e microalcançe, esta técnica permite a visualização da teoria e prática de forma indissociável, permitindo ao aprendiz identificar e ressignificar tal relação.



Fonte: os autores.

Figura 1 – Apresentação esquemática da ressignificação do processo ensino-aprendizagem de teorias, Vitória, ES, 2022

A figura 1 demonstra de forma esquemática que o ensino de teorias e seus elementos podem ser ressignificados com a utilização de metodologias ativas, ao construir pontes entre os conhecimentos prévios e novos advindos da teoria e da prática.

Além das metodologias ativas, podem ser usadas ferramentas digitais e interativas como aplicativos e jogos, que favorecem a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades. Por exemplo, o aplicativo “CuidarTech Amamenta” disponibilizado para download no Google Play Store®, contém enunciados

representativos da prática da enfermagem, sendo composto por 50 diagnósticos, 27 resultados e 350 intervenções de enfermagem, distribuídos de acordo com a Teoria Interativa de Amamentação. Essa ferramenta é uma inovação tecnológica educacional que visa apoiar o enfermeiro ou acadêmicos de enfermagem que atuam em maternidade, banco de leite humano, unidades de terapia intensiva neonatal ou atenção primária, a selecionar enunciados de enfermagem representativos da prática assistencial referentes à mulher, à criança e à família em processo de amamentação baseados em um teoria de médio alcance⁽⁵⁾.

É sabido que outras possibilidades de estratégias pedagógicas além destas podem ser aplicadas no ensino de teorias de enfermagem, porém, é fundamental que estejam situadas neste campo. Isto porque, ao tornar o aprendiz protagonista e agente do processo de ensino aprendizagem, é possível a visualização da aplicação da teoria na prática clínica e, conseqüentemente, a redução na percepção de possíveis lacunas com ressignificação deste processo. Na sessão seguinte, são apresentados exemplos da utilização da estratégia de ensino de teorias a partir de casos clínicos.

COMO ENSINAR A APLICAR AS TEORIAS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM UTILIZANDO O ESTUDO DE CASO?

As teorias orientam a prática ajudando os enfermeiros a esclarecer seus valores e crenças sobre os processos de saúde humana e conscientizá-los das abordagens de atendimento ao paciente, bem como distinguem a profissão de outras orientadas ao cuidado do indivíduo, o que, em última análise, estabelece limites profissionais. Auxiliam em organizar o conhecimento já existente e em fazer novas e importantes descobertas para o progresso da prática e da ciência da Enfermagem⁽⁴⁾.

Como suporte para a implantação e implementação do processo de enfermagem, orientam a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados⁽⁹⁾. Entretanto, as seguintes questões de ordem operacional podem ser suscitadas:

- Como uma teoria pode orientar a coleta de dados?
- De que forma uma teoria pode orientar a escolha dos diagnósticos de enfermagem?
- Em que medida uma teoria pode ser estrutura para selecionar resultados e intervenções prioritários?

Ainda utilizando o exemplo da Teoria Interativa de Amamentação⁽⁵⁾ são apontadas estratégias de ensino para aplicação de uma teoria na prática clínica.

O educador pode elaborar novos questionamentos e uma linha de argumentos para organizar o ensino-aprendizagem sobre a COLETA DE DADOS:

1. O QUE VAMOS INVESTIGAR?

Baseados na teoria, vamos investigar o fenômeno da amamentação interativa. Nesta teoria, a amamentação é definida como “um processo de interação dinâmica no qual mãe e filho interagem entre si e com o ambiente para alcançar os benefícios do leite humano oferecido direto da mama para a criança, sendo uma experiência única a cada evento”⁽⁵⁾.

2. QUAIS DADOS PRECISAMOS COLETAR? PODEMOS UTILIZAR INSTRUMENTOS ESTRUTURADOS OU ESCALAS?

A utilização de instrumentos para coleta de dados e registro possibilita a qualificação da informação, favorecendo a identificação demandas de saúde a partir de um processo que possibilita o raciocínio diagnóstico e embasa o plano de cuidados a ser implementado⁽¹⁷⁾.

A amamentação é um fenômeno complexo e influenciado por diversos fatores e existem diversos instrumentos que podem ser utilizados para a avaliação ou a obtenção de informações específicas relacionadas a esse fenômeno como, por exemplo: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – BSES*, *The Infant Breast feeding Assessment Tool – IBFAT*, *The Neonatal Oral-motor Assessment Scale – NOMAS*, *The Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale – PIBBS*, *Breastfeed Observation Form – BREAST*, entre outros⁽¹⁸⁾. Estes instrumentos envolvem a coleta de alguns dados como confiança materna, comportamento do bebê, comportamento da mãe, posicionamento, pega, sucção efetiva, aspectos da mama, satisfação materna, percepção da mãe, ou experiência materna.

No entanto, estes instrumentos não avaliam a interação dinâmica mãe e filho, e os 10 conceitos que influenciam no processo de amamentar, conforme descrito na Teoria Interativa de Amamentação⁽⁵⁾, que são: condições biológicas da mulher; condições biológicas da criança; percepção da mulher; percepção da criança; imagem corporal da mulher; espaço para amamentar; papel de mãe; sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio à amamentação; autoridade familiar e social; e tomada de decisão da mulher.

Assim, para a COLETA DE DADOS utilizamos a Escala Interativa de Amamentação⁽¹³⁾, que representa o nível mais concreto ou empírico da Teoria Interativa de Amamentação⁽⁵⁾, representando uma teoria de microalcance. A estrutura de conexão das afirmativas (itens) da Escala aos conceitos derivados da Teoria é o que torna possível dirigir as ações aos fatores determinantes de alteração na amamentação, a fim de obter-se êxito no processo.

Na discussão, os estudantes ainda podem questionar: Por que não podemos utilizar aqueles outros instrumentos?

Considerando que o fenômeno em questão é entendido como um processo dinâmico, então, o fenômeno da amamentação se amplia e complexifica sendo influenciado por fatores, pessoais, interpessoais ou sociais das mulheres e das crianças. E deve adotar as multidimensões envolvidas na estrutura conceitual da Teoria Interativa de Amamentação, na qual existem conceitos que geram referentes empíricos observáveis e outros que necessitam ser expressos pelas mulheres e crianças. Assim, a escala deve ser capaz de apreender indicadores que sejam descrições, percepções e sentimentos, referenciados nos sistemas pessoal, interpessoal e social da mulher e da criança⁽⁵⁾.

Na sequência vamos abordar como uma teoria pode orientar a escolha dos DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. Questiona-se: Os conceitos da teoria podem indicar as possibilidades dos diagnósticos prioritários? Em que medida uma teoria pode ser estrutura para selecionar RESULTADOS E INTERVENÇÕES prioritários?

As teorias, assim como diagnósticos, resultados e intervenções são formadas por conceitos e termos, porém muitas vezes a relação entre eles não está claramente estabelecida, sendo importante que o professor/enfermeiro conheça os principais aspectos que produzem a articulação entre as teorias e os elementos dos sistemas de linguagem para abordá-los no ensino de enfermagem⁽¹⁹⁾.

Os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem são um conjunto de conceitos que organizam terminologias acordadas entre enfermeiros para descrever diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. São ferramentas utilizadas, para o registro do processo de enfermagem, com o propósito de padronizar e efetivar a documentação e a comunicação profissional realizadas. O uso desse conjunto característico de conceitos contribui para a construção e acumulação de conhecimento na ciência da enfermagem^(17,19).

Existem vários sistemas de linguagens padronizadas, sendo os mais conhecidos e utilizados: NANDA-I, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC) e Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE[®]). Independente do sistema de linguagem, todos eles possuem termos ou expressões que englobam conceitos relevantes para a disciplina da enfermagem^(17,19-20).

A CIPE[®] nos últimos anos se destacou na produção de Subconjuntos Terminológicos, que representam um conjunto de enunciados preestabelecidos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem projetados para facilitar o uso desta classificação na prescrição e documentação dos cuidados de enfermagem. São úteis ao desenvolvimento do processo de enfermagem, auxiliando o enfermeiro na identificação dos problemas de

saúde reais e potenciais, os fatores de risco e os pontos fortes que darão subsídio na seleção dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. Um exemplo é o subconjunto terminológico CIPE® para assistência à mulher, à criança e à família em processo de amamentação⁽²⁰⁾ que se correlaciona a uma teoria de médio alcance.

Da mesma forma, as classificações NANDA-I, NOC e NIC podem ser utilizadas para a identificação de diagnósticos, seleção dos resultados e prescrição das intervenções de enfermagem mais específicos ao processo de amamentação. O enfermeiro pode identificar os fatores que interferem positivamente ou negativamente no alcance da amamentação para agir de forma mais interativa e sistêmica, usando os conceitos da Teoria.

Na educação de enfermagem, os estudos de caso clínico são amplamente utilizados para encorajar a interação entre os docentes e estudantes, promover a autonomia, explorar estilos de raciocínio, e promover a análise crítica e reflexiva empregada para a resolução das situações problema⁽¹⁷⁾. O estudo de caso clínico integrando sistemas de linguagens padronizadas e teorias de enfermagem no processo de enfermagem podem contribuir para o ensino aprendido de como aplicar teorias na prática clínica.

A seguir trazemos dois estudos de caso para ilustrar a aplicação da Teoria Interativa de Amamentação no ensino da prática clínica.

Estudo de caso 1: Miriam, 15 anos, primípara. Idade gestacional 39 semanas. Parto normal. Recém-nascido de sexo feminino, peso de nascimento 3215g. Condições biológicas da mulher: no primeiro dia de pós-parto no alojamento conjunto, queixava-se de ardência ao amamentar. Ao realizar a avaliação da amamentação, a enfermeira observou: mamas grandes, mamilos feridos, com escoriação e marcas vermelhas na pele, diminuição da elasticidade da pele do mamilo, pequena quantidade de colostro, posição materna e do recém-nascido adequadas e pega inadequada. Percepção da mulher e espaço para amamentar: Durante a avaliação da enfermeira, relatou que é tímida e sente dificuldade de encontrar um local em que se sinta confortável para amamentar, pois tem a sensação de que todos a estão observando por ser adolescente. Relata ainda que sua família é pequena e não teve contato com mães e bebês durante a sua vida. Refere que tem dificuldade de ajeitar a criança para amamentar.

Como pode ser observado a organização da coleta de dados ocorreu a partir dos conceitos da Teoria e no Quadro 4 apresenta-se a relação entre os conceitos da Teoria, da Escala Interativa de Amamentação e dos diagnósticos/resultados/intervenções do Subconjunto CIPE® para assistência à mulher, à criança e à família em processo de amamentação.

Quadro 4 - Relação entre os conceitos da Teoria Interativa de Amamentação, assertivas da Escala Interativa de Amamentação e elementos do Subconjunto CIPE® para assistência à mulher, à criança e à família em processo de amamentação, Vitória, ES, 2022

Conceito da Teoria	Item da Escala Interativa de Amamentação	Subconjunto CIPE® Diagnóstico/Resultado	Subconjunto CIPE® Intervenção
Espaço para amamentação.	Eu cubro meu peito quando amamento em locais públicos porque fico envergonhada.	Falta de privacidade para amamentação/ Privacidade para amamentação, eficaz.	Identificar sentimentos da mulher quanto amamentar em espaço público; promover ambiente tranquilo, seguro e confortável para amamentação; Manter ambiente tranquilo, seguro e confortável para amamentação.
Condições biológicas da mulher.	Eu sinto dor ou ardência quando amamento.	Risco de fissura mamilar/ Fissura mamilar / Fissura mamilar, melhorada /	Avaliar as mamas e mamilos da mãe diariamente; examinar características da fissura mamilar; Supervisionar a pega do recém-nascido durante a amamentação.
Percepção da mulher sobre a amamentação.	Eu consigo posicionar meu bebê corretamente no meu peito.	Capacidade para amamentação, eficaz/ Capacidade para amamentação, prejudicada/ Capacidade para amamentação, melhorada.	Avaliar a interação entre mãe e filho na amamentação; avaliar capacidade da mãe em posicionar o recém-nascido durante a amamentação.

Fonte: os autores.

Estudo de Caso 2: Mariana, 24 anos. Teve diabetes gestacional. Idade gestacional 36 semanas. Realizou 05 consultas de pré-natal em rede particular. Cesariana. Condições biológicas da mãe: histórico de mastoplastia redutora quando tinha 18 anos e lipoaspiração, conforme relato da paciente. Mamas pequenas, flácidas, baixa produção de colostro, mamilos protusos, mamas pouco túrgidas. Percepção da mulher: encontra-se preocupada, ansiosa e nervosa quanto ao seu corpo no pós-parto. Não possui interesse em amamentar, pois acredita que as mamas ficarão flácidas e quer evitar que isso aconteça. Condições biológicas do recém-nascido: recém-nascido apresentou grande perda de peso nas primeiras 48h e padrões de eliminação diminuídos. O bebê tem reflexo de sucção débil, pega incorreta, chora ao ser colocado no peito.

Como pode ser observado a organização da coleta de dados ocorreu a partir dos conceitos da Teoria e no Quadro 5 apresenta-se a relação entre os conceitos da Teoria, assertivas da Escala Interativa de Amamentação, e diagnósticos, resultados e intervenções da NANDA-I, NOC e NIC.

Quadro 5 - Relação entre os conceitos da Teoria Interativa de Amamentação, da Escala Interativa de Amamentação, Diagnósticos NANDA-I, Resultados NOC e Intervenções NIC, Vitória, ES, 2022

Conceito da Teoria Interativa de Amamentação	Item da Escala Interativa de Amamentação	Diagnóstico NANDA-I	Resultado NOC	Intervenção NIC
Condições biológicas da criança	Meu bebê está sugando corretamente o meu peito.	Resposta ineficaz de sucção e deglutição do bebê	Estabelecimento da amamentação: lactente	Aconselhamento para lactação; Alimentação; Monitoração nutricional
Condições biológicas da mulher	Eu produzo leite suficiente para amamentar o meu bebê.	Produção insuficiente de leite materno	Estabelecimento da amamentação: mãe	Aconselhamento para lactação; Promoção de vínculo
Imagem corporal	Eu acho que amamentar deixa os meus peitos flácidos e caídos.	Imagem corporal perturbada	Imagem corporal	Melhora da imagem corporal; Melhora da autopercepção
Percepção da criança sobre amamentação	Meu bebê fica irritado e chora enquanto mama.	Amamentação ineficaz	Estabelecimento da amamentação: lactente	Aconselhamento para lactação; Alimentação
Tomada de decisão da mulher	Eu desejo amamentar	Imagem corporal perturbada	Imagem corporal	Melhora do enfrentamento

Fonte: os autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As teorias de enfermagem compõem o arcabouço de conhecimento disciplinar próprio, sendo compostas principalmente por conceitos, pressupostos, afirmativas relacionais e não relacionais, proposições e modelos. A compreensão da relevância das teorias de enfermagem forma um programa de pesquisa de Prática Guiada por Teorias de Enfermagem no qual as pesquisas geram e testam teorias úteis para a profissão. Assim, tais teorias devem ganhar escopo e sustentação à medida que façam sentido e sejam úteis para a comunidade acadêmica, assistencial e de pesquisa. Para isto, faz-se necessário que o conhecimento teórico seja difundido e capilarizado entre todos os atores que compõem tais contextos, contudo de um modo que possa ser significativo ao contexto dos aprendizes e educadores.

Neste sentido, foram apresentados aqui conteúdos, recomendações e estratégias para planejamento e desenvolvimento do ensino de teorias de enfermagem. As metodologias ativas foram indicadas como fundamentais para a instrumentalização dos aprendizes como agentes ativos do processo de ensino aprendizagem. Foi exemplificada por meio de quadros de conteúdo e casos clínicos a aplicação de uma teoria de médio alcance como orientadora do processo de enfermagem utilizando as taxonomias CIPE® e NANDA-NOC-NIC.

Entende-se que este texto alcança o intento de apresentar estratégias pedagógicas para o ensino de teorias de enfermagem como formas de pensar a prática de enfermagem, contudo, não restringe possibilidades criativas que são emergentes de um ativo processo de ensinar e aprender.

REFERÊNCIAS

1. Dickoff J, James P. A theory of theories: a position paper. *Nurs Res* [Internet]. 1968 [cited 2022 Sep 22];17(3):197–203. Available from: <http://journals.lww.com/00006199-196805000-00004>
2. Ellis R. Characteristics of significant theories. *Nurs Res* [Internet]. 1968 [cited 2022 Sep 22];17(3):217–222. Available from: <http://journals.lww.com/00006199-196805000-00009>
3. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2019;18;72(2):577–81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
4. McEween M, Wills EM. *Theoretical Basis for Nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 574p.
5. Primo CC, Brandão MAG. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1191–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>
6. Farias MS. Medium reach theory for nursing in cardiovascular rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20190718. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0718>
7. Barreiro RG, Lopes MVO, Cavalcante LP. Middle-Range Theory for the Nursing Diagnosis of Low Self-Efficacy in Health. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190370. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0370>
8. Peterson SJ, Bredow TS, organizadores. *Middle range theories: application to nursing research and practice*. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. 322 p.
9. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN-358/2009. Brasília, DF: COFEN; 2009 [cited 2020 Jan 25]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
10. Younas A, Quennell S. Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2019[cited 2020 Jan 25];33(3):540–55. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12670>
11. Higgins PA, Shirley MM. Levels of theoretical thinking in nursing. *Nurs Outlook* [Internet]. 2000 [cited 2022 Sep 13];48(4):179–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655400323673>
12. Bender M. Models versus theories as a primary carrier of nursing knowledge: a philosophical argument. *Nurs Philos*. 2018;19(1):1–8. <https://doi.org/10.1111/nup.12198>
13. Swanson RA, Chermack TJ. *Theory building in applied disciplines*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2013. 240 p.
14. Souza CON, Ruchdeschel T, Resende FZ, Leite FMC, Brandão MAG, Primo CC. Interactive breastfeeding scale: proposition based on the middle-range theory of nursing. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0213>
15. Senna AFK, Giugliani C, Lago JCA, Bizon AMBL, Martins ACM, Oliveira CAV, Giugliani ERJ. Validation of a tool to evaluate women's satisfaction with maternal breastfeeding for the Brazilian population. *J Pediatr*. 2020;96(1):84–91. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.08.008>
16. Yancey NR. Why Teach Nursing Theory? *Nurs Sci Q*. 2015;28(4):274–8. <https://doi.org/10.1177/0894318415599234>
17. Jerônimo IRL, Campos JF, Peixoto MAP, Brandão MAG. Use of clinical simulation to improve diagnostic reasoning in nursing. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):e20170442. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0442>
18. Barros KM, Lemos IC. *Processo de Enfermagem: Fundamentos e Discussão de Casos Clínicos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2016. 352p.
19. Brugaletta C, Le Roch K, Saxton J. Breastfeeding assessment tools for at-risk and malnourished infants aged under 6 months old: a systematic review. *F1000Research*. 2021;9:1310. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24516.2>
20. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):134–41. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
21. Resende FZ, Almeida MV, Leite FM, Brandão MA, Cubas MR, Araújo JL. Terminological subset of the International Classification for Nursing practice (ICNP®) for breastfeeding support: content validation study. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(1):35–45. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900006>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c8>

ANÁLISE CONCEITUAL E OPERACIONAL DOS TERMOS SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros^I | ORCID: 0000-0003-2691-3492
Jackeline Félix de Souza^{II} | ORCID: 0000-0001-8143-5986
Marcos Antônio Gomes Brandão^{III} | ORCID: 0000-0002-8368-8343
Amália de Fátima Lucena^{IV} | ORCID: 0000-0002-9068-7189
Viviane Martins da Silva^V | ORCID: 0000-0002-8033-8831
Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes^{VI} | ORCID: 0000-0001-9831-0338
Miriam de Abreu Almeida^{IV} | ORCID: 0000-0002-4942-9882
Marcia Regina Cubas^{VII} | ORCID: 0000-0002-2484-9354
Tania Couto Machado Chianca^{VIII} | ORCID: 0000-0002-8313-2791
Maria Helena Baena de Moraes Lopes^{IX} | ORCID: 0000-0001-7747-1140
Rosimere Ferreira Santana^X | ORCID: 0000-0002-4593-3715

^I Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^V Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{VI} Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{VII} Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

^{VIII} Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{IX} Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil.

^X Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Autora Correspondente:

Jackeline Félix de Souza

E-mail: jackeline.felix@unir.br

Como citar:

Barros ALBL, Souza JF, Brandão MAGB, et al. Análise conceitual e operacional dos termos Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 62-8 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c8>

Revisora: Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

INTRODUÇÃO

Conceitos são elaborações mentais capazes de explicar fenômenos de uma determinada ciência e para serem utilizados de forma útil, necessitam ser explicados e comunicados por meio de uma linguagem consistente⁽¹⁾. Para a difusão pela linguagem da ciência, os conceitos precisam dispor de apropriadas delimitações e de elementos operacionais que possam referenciá-los aos fenômenos. Tais características podem facilitar seu



uso em uma comunidade acadêmica e principalmente, facilitando a reverberação dos conceitos de aplicação prática, o que em última instância pode proporcionar ganho de aproximações teoria-prática.

Apesar disso, alguns deles não são comunicados com a clareza e consistência necessárias para a sua plena operacionalização. Tal fato não invalida a sua importância para a ciência e para a prática, no entanto, sinaliza a necessidade de estudos analíticos que possam contribuir para seu amadurecimento. Exemplo disso são os conceitos de cuidado e de cuidado de enfermagem, que até meados da década de 1990, se configuravam sem propriedades claras de diferenciação, indicando uma utilização intercambiável. De certo modo, até a mencionada década, a discussão e o debate na literatura sobre a falta de clareza conceitual do cuidado de enfermagem eram escassos⁽¹⁾.

No Brasil, a partir dos anos de 1970, observamos uma situação semelhante ocorrer com os conceitos de Processo de Enfermagem (PE) e de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O conceito de PE surgiu primeiro na literatura científica, em meados da década de 1950 nos Estados Unidos da América, demonstrando um alcance mais abrangente e consistente em termos teóricos. Já o de SAE surgiu no Brasil em meados da década de 1970, como organização do contexto clínico para que a operacionalização do PE obtivesse êxito. Embora ambos os termos tenham produzido algum grau de diferenciação conceitual entre si em suas origens, o alcance teórico e operacional da SAE não foi tão notório quando comparado ao do Processo de Enfermagem. Isso pode estar relacionado ao pouco desenvolvimento dos atributos conceituais da SAE⁽²⁾.

Na evolução histórica, a SAE e o PE foram descritos e utilizados predominantemente como sinônimos, seja na prática profissional, pesquisa e ensino. Tal fato produziu dificuldades e fragilidades para alcance de uma linguagem com elementos operacionalizáveis necessários, em especial, ao amadurecimento do conceito de SAE⁽²⁾.

Progressivamente, acadêmicos e profissionais de enfermagem do Brasil, de modo individual ou articulado a entidades da categoria ou grupos, passam a reconhecer que o uso inapropriado dos termos SAE e PE produzia obstáculos ao avanço do conhecimento disciplinar. A partir de então, várias iniciativas para esclarecimento e distinção conceitual foram identificadas em pesquisas, debates científicos e formação de grupos de trabalhos. Dentre elas, a iniciativa para revisão da Resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que regulamenta a operacionalização da SAE e do PE⁽³⁻⁷⁾.

O crescente debate e resultados dos estudos na temática de SAE e PE sobre a necessidade de distinção conceitual entre SAE e PE promoveu a aproximação entre pesquisadores da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE), membros da COMSISTE/ABEn e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Frente a isso, o COFEN nomeou, em outubro de 2021, um grupo de trabalho “para realizar discussões que possam contribuir para as devidas atualizações da Resolução COFEN nº358/2009” que, atualmente, dispõe sobre a SAE. O grupo de trabalho é composto por Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Edeilde Machado Leal, Rosimere Ferreira Santana, Rinaldo de Souza Neves, Polyanne Aparecida Alves Moita Vieira e Alba Lúcia Bottura Leite de Barros^(6,8).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem se mostrado comprometida com a proposta de debater e esclarecer a delimitação entre os conceitos de SAE e PE. Em especial pelos movimentos protagonizados pela Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) e pela publicação das recentes cartas sínteses das últimas edições do Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEn) demonstrou o mencionado interesse de distinção conceitual.

Em julho de 2022, a ABEn, incluiu, no 15º SINADEn, três iniciativas para facilitar a produção de conteúdo e de elementos para a clarificação da diferença entre os conceitos de SAE e PE: uma mesa redonda denominada “Análise conceitual e operacional dos termos SAE e do Processo de Enfermagem”, a reunião científica da REPPE e a reunião da COMSISTE. Elementos decorrentes dessas recentes iniciativas serão apresentados ao longo deste capítulo.

INICIATIVAS PARA CLARIFICAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE SAE E PE

Na reunião promovida pela RePPE no 15° SINADEn, participou como convidada, a Profa. Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, na qualidade de coordenadora do grupo de Trabalho instituído pelo COFEN para discutir a atualização da Resolução COFEN n. 358/2009. A professora convidada apresentou o estado da arte da nova resolução, esclarecendo que esta se encontrava em fase de redação e que uma versão preliminar estará futuramente disponível para consulta pública. Durante sua fala, foi sinalizada uma possível supressão do termo SAE e a manutenção do termo PE na normativa, isto se devendo ao fato de que o conceito de SAE se encontra em fase de desenvolvimento.

Na mesa redonda denominada “Análise conceitual e operacional dos termos SAE e do Processo de Enfermagem”, que ocorreu no dia 27 de julho de 2022, no 15° SINADEn, as apresentações foram fundamentadas, especialmente, nos conteúdos de duas obras: um artigo de reflexão sobre o conceito de PE no contexto Brasileiro e de uma tese de doutorado que analisou o conceito de SAE pelo método de análise de conceito da utilidade pragmática⁽²⁻³⁾.

Na reunião promovida pela COMSISTE foi anunciado que as iniciativas de diferenciação conceitual dos termos Sistematização da Assistência e Processo de Enfermagem faziam parte dos objetivos científicos do evento e que compilações seriam realizadas da programação para registro na carta síntese, a “Carta de São Luís”. Na carta de São Luís, aprovada em 29 de julho de 2022, dois destaques são relevantes pontuações para a reconfiguração dos conceitos de SAE e PE:

Reconhecer a distinção conceitual e operacional do Processo de Enfermagem do conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem, entendendo que este se relaciona a aspectos organizativos necessários para a prática assistencial da enfermagem, estando em amadurecimento, e reiterar a centralidade do Processo de Enfermagem como padrão da prática assistencial de enfermagem, conceito maduro, articulado aos sistemas de linguagens padronizadas, ao raciocínio clínico e às teorias de enfermagem⁽⁹⁾.

No tópico seguinte, serão apresentados elementos relevantes para o alcance dos objetivos de distinção conceitual situando o leitor sobre o contexto da discussão decorrente das apresentações feitas na mesa “Análise conceitual e operacional dos termos SAE e do Processo de Enfermagem”.

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

No contexto Brasileiro, o PE é conceituado pela Resolução COFEn n° 358/2009 como um “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional”. É caracterizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁸⁾.

Estratégias de análise de conceito facilitam o aprofundamento na compreensão de ideias e vão além da mera apresentação de definições. Essas análises fazem a decomposição do conceito para verificar seus elementos estruturais essenciais, dentre eles: antecedentes que dizem respeito aos eventos necessários à existência do conceito, atributos que contribuem para clareza do termo e ajudam a diferenciar um conceito de outro, e consequentes que dizem respeito aos eventos resultantes da ocorrência do conceito⁽¹⁰⁾.

Assim, foram elencados elementos estruturais do conceito de PE que são comumente decompostos por métodos analíticos (Quadro 1). A apresentação dos elementos pode contribuir para a melhor compreensão conceitual e consequente operacionalização.

Quadro 1- Elementos estruturais do conceito de Processo de Enfermagem, Brasília, 2022

Antecedentes	Atributos	Consequentes
Evolução do conhecimento científico	Dinâmico	Documentação
Legislação	Flexibilidade	Segurança
Interdisciplinaridade	Raciocínio Clínico	Satisfação
	Pensamento crítico	Qualidade da Assistência
	Comunicação	Identidade primária da Enfermagem
	Interação	Evolução do conhecimento científico
	Orientação por metas	Banco de dados
	Fundamentação em teorias e evidências	Interdisciplinaridade
	Integração dos elementos da prática guiados por teorias e linguagem padronizada de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem e ciências afins	

Fonte: Construído por Barros e Silva para apresentação no 15º SINADEn / 18º SENADEn. São Luís- Maranhão, 2022.

Alinhando-se a seus antecedentes e consequentes de evolução do conhecimento científico, o termo processo de enfermagem surgiu na literatura científica por volta de 1950, aparentemente sucedendo o termo “estudo de caso” descrito na literatura entre a década de 1920 e 1930 com a proposta de analisar e avaliar situações clínicas para as possíveis intervenções de enfermagem. No Brasil, de fato, a proposta do Processo de Enfermagem só passou a ser respaldada legalmente no final da década de 1980^(3,11).

Ao longo dos anos, em função de seus atributos de dinamicidade e de flexibilidade, o Processo de Enfermagem tem sofrido modificações sucessivas em denominadas “gerações de processo de enfermagem”, fator indicativo do desenvolvimento do conceito no contexto teórico e operacional. Tais mudanças geracionais reforçam as perspectivas de que conceitos são contextuais, evoluem e se modificam de acordo com o tempo e com o cenário de operacionalização^(1,3).

Atributos ligados a processos cognitivos e de tomada de decisão como raciocínio clínico e pensamento crítico são comumente relacionados a uma aceção mais ampla da operacionalização do processo de enfermagem, podendo ser considerados como fatores intrínsecos⁽¹²⁾.

Elementos como ampliação na segurança, satisfação e ganho na qualidade da assistência, delimitação de identidade primária da enfermagem, construção de bancos de dados e padrões de documentação são consequentes conceituais comumente tidos como benefícios ou resultados da utilização do Processo de Enfermagem.

Já o termo SAE foi se tornando notório na literatura científica ao final da década de 1970. À época, já era de uso corrente a utilização do termo isolado “sistematização” em menção a uma necessidade de reorganização ou reconfiguração da prática do enfermeiro. Essa reconfiguração incorporava, em especial, atividades que seriam mais singulares e diferenciadas das realizadas pelos demais integrantes da equipe de enfermagem: atendente (categoria profissional existente antes da proclamação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei 7.498/1986), auxiliar e técnico de enfermagem. Dentre as mencionadas atividades do enfermeiro, destacavam-se: a observação sistematizada, o exame físico, a entrevista, e a prescrição de enfermagem.

Na década de 1980, ocorreu uma expansão da aceção de SAE que progressivamente apontou para as necessidades gerenciais exigidas à implementação do PE na prática profissional. Assim, paulatinamente, a SAE caminhava para nortear uma caracterização dos recursos materiais e humanos, indicar áreas de aprimoramento e comportar requisitos administrativos essenciais para atingir padrões mínimos de assistência de enfermagem⁽¹³⁾.

Muito embora persistisse uma ideia de núcleo conceitual de “organização” para o termo Sistematização da Assistência entre 1970 a 1990, é provável que a ausência de um posicionamento analítico entre as diferenças ou limites de seu uso possa ter gerado condições para confusões com o consagrado conceito de Processo de Enfermagem.

Nos anos 2000, o uso do termo SAE já estava “internalizado” na linguagem da pesquisa, da formação e da prática clínica brasileira. Neste sentido, o emprego conceitual era recorrente nomeador e tema de linhas de pesquisa em programas de pós-graduação, assunto de interesse de ligas acadêmicas de enfermagem, tema de seminários e simpósios e matéria a ser regulamentada por conselho de fiscalização da área de enfermagem. Apesar da disseminação em diferentes contextos, havia ainda pouca clareza sobre quais elementos estruturavam a SAE, e quais atributos próprios indicariam o limite conceitual que evitasse sobreposições com outros conceitos. Este cenário de incerteza conceitual ficou ainda mais evidente na redação da primeira resolução do COFEN nº 272/2002 que regulamentava a prática da SAE nas instituições públicas e privadas, a qual deu margem para o entendimento de que SAE e PE poderiam ser sinônimos^(2,5).

Em 2009, a resolução COFEN nº 272/2002 foi substituída pela COFEN nº 358/2009, que apresenta a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem com uma das assertivas de consideração que levou a proposição da nova resolução. Em sua redação, o conceito de SAE foi trazido ao aspecto organizativo do trabalho profissional orientado à operacionalização de métodos, pessoal e instrumentos que possibilitassem a realização do Processo de Enfermagem. Ao fornecer definição particular ao Processo de Enfermagem, a Resolução COFEN nº 358/2009, trouxe uma compreensão implícita de que SAE e PE seriam conceitos distintos, embora interligados.

A despeito dos avanços para uma diferenciação terminológica decorrente do texto do *caput* da Resolução COFEN nº 358/2009, a falta de indicação dos elementos caracterizadores da SAE não permitiu que os necessários limites conceituais e operacionais do conceito fossem estabelecidos, o que resultou, em 2021, na formação de um novo grupo de trabalho para rever esta Resolução^(6,8). Ressalta-se que a Resolução e a publicação de estudos de Fuly e colaboradores alavancaram o interesse da comunidade acadêmica pela busca de traços identitários para a SAE⁽⁷⁾.

Assim, novos estudos surgiram para tentar contribuir com definições ao conceito de SAE que estabelecessem sua distinção de outros conceitos. Em 2021, foi concluída tese de doutorado que empregou a estratégia de análise de conceito para escrutinar os elementos estruturais do conceito de SAE. Esta utilizou como fonte de dados quarenta e dois estudos publicados entre os anos de 2006 a 2018 para identificar os elementos estruturais que são apresentados no Quadro 2⁽²⁾.

Quadro 2 - Elementos estruturais do conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem, 2022

Antecedentes ¹	Atributos	Consequentes ¹
Educação em Serviço/ Educação continuada	Modelo Assistencial	Maior visibilidade do trabalho da equipe de enfermagem
Estrutura organizacional (recursos humanos, materiais e modelo de gestão institucional compatível com a proposta do PE)	Método de trabalho que organiza processos	Melhora no planejamento e operacionalização da assistência de enfermagem
Conhecimentos específicos da enfermagem (etapas do PE, taxonomias)	Processo organizacional	
Habilidades assistenciais e gerenciais	Instrumento da gestão	
Instrumentos que favoreçam a implantação do PE	Caminho para a efetivação do cuidado	

Fonte: SOUZA, 2021²

1 O estudo foi analisado pelo método da utilidade pragmática proposto por Janice Morse, nesta proposta o antecedente do conceito é denominado de condições pré-estabelecidas e o consequente é denominado de resultados, optamos por manter no quadro a nomenclatura de antecedentes e consequentes para facilitar o entendimento do leitor e possibilitar comparações com o Quadro 1.

Os elementos estruturais da SAE apontam para o entendimento de uma dinâmica de organização do trabalho profissional para o cuidado de enfermagem orientado pelo PE. Neste sentido, os eventos ou condições necessárias a existência da SAE decorrem de uma formação adequada que possibilite o desenvolvimento de competências e habilidades gerenciais para subsidiar a operacionalização do PE. Então, ter domínio sobre a proposta do PE antecede a logística organizacional para implementá-lo na prática⁽²⁾.

Em relação aos atributos, foram destacados no Quadro 2 os elementos que demonstram a recorrência e representatividade do componente organizacional como uma característica que melhor define ou representa o conceito. Assim, a SAE pode ser entendida como um método de trabalho, que tem potencial para regular e ordenar um caminho para que uma determinada finalidade seja alcançada. Deste modo, a finalidade da SAE seria a de indicar possibilidades para a operacionalização das ações de cuidado orientado pelo PE nos diversos contextos da assistência^(2,14). Isso corrobora os achados de outro estudo de 2021, no qual os autores argumentam que a SAE reúne “condições necessárias para que a assistência de enfermagem ocorra, mas não representa o trabalho em si”⁽¹⁵⁾.

Os consequentes ou resultados da SAE foram descritos na perspectiva futura de idealização da operacionalização do conceito no contexto, visto que dificuldades de várias ordens foram relatadas nos estudos, dentre elas a de um alinhamento institucional que entendesse e viabilizasse a operacionalização da SAE e, conseqüentemente, do PE.

Por fim, os estudo de análise conceitual definiu a SAE como “um método de trabalho organizacional fundamentado em conjunto teórico-científico capaz de tornar possível a operacionalização do PE”⁽²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma relação histórica entre os conceitos de SAE e PE, no entanto o conceito de Processo de Enfermagem se encontra em um estado de maturidade mais elevado o que contribui para a sua operacionalização total e/ou parcial no contexto, enquanto o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem se encontra em processo de desenvolvimento teórico e operacional.

Nota-se que os atributos do Processo de Enfermagem são compostos por características que implicam e contribuem diretamente nas ações de cuidado. Os atributos da SAE se relacionam às estratégias utilizadas para que os elementos das ações de cuidado, orientados pelo PE, sejam implementados na prática de maneira efetiva.

Ter clareza da distinção conceitual entre SAE e PE contribui para o avanço da ciência e conseqüentemente atribui maior clareza para a operacionalização destes conceitos. O Processo de Enfermagem foi teorizado no âmbito internacional e, apesar das dificuldades do contexto brasileiro, foi introduzido no país com elementos operacionais mais claros. A SAE, por sua vez, é construído de origem Brasileira e carece, para além dos elementos estruturais já mencionados, de demarcação de outros elementos, tais como a declaração de um suporte teórico-filosófico que a sustente de forma a facilitar a distinção de outros conceitos.

Contudo, é notório que o conceito de SAE se encontra em processo gradual de amadurecimento, o que pode ser considerado natural na profissão e ciência. Tal processo evolutivo é fato declarado no *caput* na atual resolução COFEN nº358/2009.

De modo pertinente, após 13 anos, o COFEN busca capturar em uma nova Resolução, evoluções conceituais e interpretativas de pesquisadores e demais profissionais da área envolvidos no debate que tem objetivado trazer maior clareza ao processo de operacionalização dos conceitos que são específicos da enfermagem. Nesse sentido, espera-se produzir contribuições que perpassem a pesquisa, a formação e a prática assistencial, além do fortalecimento da identidade profissional.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem os demais membros da RePPE pela colaboração e apoio às ideias aqui refletidas, que vão ao encontro dos objetivos da Rede gerar, sintetizar e compartilhar o conhecimento sobre o Processo e as

Classificações de Enfermagem. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo subsídio às bolsas conferidas a pesquisadores autores.

REFERÊNCIAS

1. Morse JM. Analyzing and conceptualizing the theoretical foundations of nursing. New York: Springer Publishing Company; 2016.
2. Souza JF. Análise do conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem: perspectiva da utilidade pragmática [Tese]. Rio de Janeiro (Brasil): Universidade Federal do Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2021. 150 p.
3. Barros ALBL, Lucena AF, Morais SCR, Brandão MAG, Almeida MA, Cubas MR, et al. Processo de Enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre seu conceito e legislação. Rev Bras Enferm. 2022;75(6):e20210898. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>
4. Santos GLA, Sousa AR, Félix NDC, Cavalcante LB, Valadares GV. Implicações da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática profissional brasileira. Rev Esc Enferm USP. 2021;55. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023003766>
5. Santana RF. Sistematização da assistência de enfermagem, uma invenção brasileira? Rev Enferm Atenção Saúde. 2019;8(2):1-2. <https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.3523>
6. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Portaria COFEN 1226 de 8 de outubro de 2021. Institui o Grupo de Trabalho para realizar discussões que possam contribuir para as devidas atualizações da Resolução Cofen nº 358/2009[Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 10]. Available from: 265920-portaria-n-1226-2021-institui-gt-para-realizar-discussoes-que-possam-contribuir-para-as-devidas-atualizacoes-da-resolucao-358-2009-isabel-edeilde-rosi.pdf
7. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm[Internet]. 2008 [cited 2021 Jun 01];61(6):883- 7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600015>
8. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009.
9. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Carta de São Luís para a Enfermagem Brasileira. São Luis/Maranhão; Associação Brasileira de Enfermagem, 2022.
10. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 6ed. Boston: Pearson, Prentice Hall; 2019.
11. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery. 2009;13(1):188-93 <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>
12. Azevedo S. Processo de Enfermagem: por um conceito como elemento do cuidado de enfermagem hospitalar [Tese] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.
13. Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia: relato de experiência. Rev Esc Enferm USP. 1987;21(spe):77-87. <https://doi.org/10.1590/0080-62341987021esp00077>
14. Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ed. Ática; 2000.
15. Santos GL, Santana RF, Sousa AR, Valadares GV. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. Enferm Foco. 2021;12(1):168-73. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3993>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c9>

O FUTURO DAS TERMINOLOGIAS PARA O REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Marcia Regina Cubas^I | ORCID: 0000-0002-2484-9354
Camila Takáó Lopes^{II} | ORCID: 0000-0002-6243-6497

^IPontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

^{II}Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.



Autora Correspondente:

Marcia Regina Cubas

E-mail: marciacubas@gmail.com

Como citar:

Cubas MR, Lopes CT. O Futuro das Terminologias para o Registro do Processo de Enfermagem. In: Adamy EK, Cubas MR (Orgs). Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 69-74 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c9>

Revisora: Fernanda Broering Torres. Doutora em Tecnologia em Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dom Bosco.

INTRODUÇÃO

O conteúdo deste capítulo retrata as abordagens, realizadas pelas autoras, sobre o futuro das terminologias para o registro do Processo de Enfermagem (PE), na mesa redonda ocorrida no 18º Seminário de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN) e o 15º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEN), em julho de 2022, na cidade de São Luís – Maranhão.

Neste sentido, é premente iniciar pela afirmação de que a operacionalização do PE, e conseqüentemente seu registro em documentos institucionais, são prerrogativas legais e éticas do enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem. Para que a documentação seja objetiva, clara e efetiva, a profissão emprega terminologias padronizadas, sustentadas por teorias e métodos que estão alinhados à historicidade da produção de conhecimento e à visão de mundo de seus desenvolvedores. Portanto, as terminologias de enfermagem não são acabadas, não são únicas e estão em constante revisões e atualizações.

De forma introdutória, é necessário estabelecer a interface dos distintos objetos deste capítulo – o PE, as terminologias e o seu registro. A reflexão realizada por membros da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE)⁽¹⁾ sobre o conceito e a legislação acerca do PE traz a afirmação de que ele nos distingue de outros profissionais, sendo um padrão de prática que envolve raciocínio clínico e tomada de decisão. Por sua vez, como instrumento metodológico, o PE indica um conjunto de ações de cuidado profissional executadas face à necessidade da pessoa, família ou comunidade, nos distintos ciclos vitais ou no processo saúde-doença⁽²⁾. Tais ações requerem competência que mobiliza um conjunto de capacidades para enfrentamento de situações e para uma prática crítica e reflexiva⁽²⁾ e dentre as capacidades, está a utilização oportuna e adequada de terminologias nas documentações, que incluem os registros de saúde.



A incorporação sistemática das terminologias de enfermagem à documentação, em especial aos registros eletrônicos de saúde, viabiliza a produção, recuperação, agrupamento e comparação de dados relevantes de maneira consistente⁽³⁾. Dessa forma, catalisam-se as possibilidades de evidenciar as contribuições da enfermagem para os desfechos em saúde⁽⁴⁻⁷⁾.

TERMINOLOGIAS NO CONTEXTO BRASILEIRO – UMA BREVE HISTÓRIA

Para abordar o assunto, uma rápida descrição histórica da inserção de terminologias padronizadas no Brasil é necessária. Não descaracterizando o legado de Wanda de Aguiar Horta, ela trouxe para o Brasil a temática do PE, mas não se aproximou da terminologia padronizada. Embora em sua construção teórica exista uma classificação de problemas de enfermagem por categorias de necessidade, termos específicos para designar os problemas não foram listados ou definidos, de modo a permitir uma operacionalização livre de equívocos conceituais.

De maneira pontual, a aproximação da Enfermagem brasileira com o tema das terminologias padronizadas ocorreu no final da década de 1980, quando um grupo de pesquisadoras iniciam estudos sobre um sistema de classificação desenvolvido nos Estados Unidos da América – a Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁽⁸⁾, atualmente denominada *NANDA International*. Protagonizaram este grupo as enfermeiras doutoras Marga Simon Coler – professora visitante na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Maria Miriam Lima da Nóbrega e Telma Ribeiro Garcia – docentes do Departamento de Enfermagem da UFPB. Junto com outras enfermeiras, elas foram responsáveis pelo pedido oficial da primeira tradução da Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA para o português, que foi publicada em 1990⁽⁹⁾. Em 1992, foi realizada uma unificação de traduções, pois foi identificado um estudo paralelo conduzido pela enfermeira Dra. Vera Lucia Regina Maria, como parte de sua dissertação de mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da enfermeira Dra. Edna Aparecida de Moura Arcuri, que relatava a experiência de aplicação dos diagnósticos de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de São Paulo⁽¹⁰⁾.

Paralelamente, os estudos da Irmã Cleamaria Simões – sua dissertação de mestrado, de 1980⁽¹¹⁾, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e sua tese de doutorado, de 1988⁽¹²⁾, na Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto – discorreram sobre terminologia básica de enfermagem no Brasil e apresentaram um vocabulário técnico-científico que abordou a complexidade da denominação das práticas de enfermagem. Embora com riqueza inigualável, tais produtos se restringiram ao documento acadêmico (dissertação e tese) e não foram utilizados ou aproveitados em espaços de construção de terminologias padronizadas no país. A principal limitação para o uso em terminologias padronizadas é o fato de que seus constructos vão além da denominação de termos capazes de sustentar conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Em 1994, durante o congresso do *International Council of Nurses* (ICN), o Brasil integrou um conjunto de países que coordenariam pesquisas para inclusão de termos da prática extra-hospitalar na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), devido a versão *draf – Alpha* ser constituída, prioritariamente, para o biológico-individual em espaços de cuidado hospitalares. No plano de gestão da diretoria de 1995-1998, da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), foi destacado o Projeto da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – o Projeto CIPESC[®], cujos objetivos eram: analisar as práticas de enfermagem no extra-hospitalar e apresentar um inventário vocabular⁽¹³⁻¹⁴⁾ que representasse os termos utilizados pela equipe de enfermagem na atenção primária em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os resultados tiveram alguns desdobramentos práticos na Rede ABEn, dentre eles, a semente do que hoje se conhece como Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem – a COMSISTE/ABEn.

Neste contexto temporal, cabe destacar os trabalhos das enfermeiras:

- a) Dra. Diná Almeida Lopes Monteiro da Cruz, que coordenou a tradução da versão *alpha* da CIPE[®], em 1996⁽¹⁵⁾;
- b) Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega - em sua tese de doutorado, de 2000, sob orientação da Dra. Maria Gaby Gutierrez, que apresenta a equivalência semântica da versão *alpha* e uma análise de aplicação⁽¹⁶⁾;
- c) Dra. Jeanne Liliame Marlene Michel, orientada pela Dra. Alba Lucia Bottura Leite de Barros, que traduziu e adaptou transculturalmente a Taxonomia II da NANDA-I em sua tese de doutorado, defendida em 2003.

Informa-se que, em relação à CIPE[®], as traduções posteriores ficaram a cargo da Dra. Heimar de Fátima Marin, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e, a partir da versão 2011, passou a ser de responsabilidade do Centro CIPE[®]/UFPB, sob a liderança da Dra. Telma Ribeiro Garcia com participação, em algumas versões, das Dras. Maria Miriam Lima da Nóbrega e Marcia Regina Cubas. Em relação à NANDA *International*, as equipes de revisão das traduções no Brasil têm sido coordenadas pela Dra. Alba Lucia Bottura Leite de Barros⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, da UNIFESP.

Nos últimos anos, é fato que o Brasil se destaca na produção de conhecimento e na aplicação de terminologias padronizadas. Como exemplos, temos a efetiva participação brasileira no desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE[®]⁽¹⁹⁾, com protagonismo do Centro CIPE[®] Brasil, acreditado pelo ICN, alocado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB; a autoria de novos diagnósticos e revisões de diagnósticos da NANDA-I por pesquisadores brasileiros⁽¹⁸⁾; a nomeação significativa de *Fellows* brasileiros pela NANDA *International* - Dras. Alba Boturra Leite de Barros e Diná Almeida Lopes Monteiro da Cruz (2014), Dra. Miriam de Abreu Almeida (2016), Dra. Camila Takao Lopes, Dra. Emília Campos de Carvalho, Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes e Dra. Viviane Martins da Silva (2018), Dra. Elenice Valentim Carmona e Dra. Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher (2021); premiações conferidas a enfermeiros brasileiros pela NANDA-I - *Founders Award*: Dra. Alba Boturra Leite de Barros (2016) e Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (2021); *Mentor Award*: Dra. Emilia Campos de Carvalho (2016); *Rosemary Carroll-Johnson Award*: Dra. Miriam de Abreu Almeida (2016); e *Unique Contribution Award*: Drs. Camila Takao Lopes e Dra. Viviane Martins da Silva (2021).

Um ponto de corte na história internacional, que reflete no contexto brasileiro, é o reconhecimento em declaração realizada em 2018, pela *American Nurses Association* (ANA) de que a *Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms* (SNOMED CT) é uma terminologia de referência a ser utilizada pelo domínio da enfermagem (<<https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/Inclusion-of-Recognized-Terminologies-Supporting-Nursing-Practice-within-Electronic-Health-Records/>>). Soma-se a este cenário a divulgação do ICN de que a CIPE[®], a partir 2021, passou a ser representada pela SNOMED CT⁽²⁰⁾, ainda que seu desenvolvimento esteja sob gestão do ICN.

TERMINOLOGIA PADRONIZADA EM ENFERMAGEM

Antes de discorrer sobre as questões futuras é preciso destacar que, apesar de utilizado desde a década de 1950 como palavra-chave em artigos, somente em 2017 o termo “Terminologia Padronizada em Enfermagem/ *Standardized Nursing Terminology*” é incluído como um descritor nos Descritores de Ciência da Saúde (DeCS), sendo apresentado na nota de escopo como: “Termos padronizados usados no campo da enfermagem”. Por ser polissêmico, no DeCS, o termo possui 17 termos alternativos e no *Medical Subject Headings* (MeSH), possui 38. Na hierarquia do tesouro, o termo está inserido na “Ciência da Informação”, como um vocabulário controlado.

Assim sendo, é inegável que a “Terminologia Padronizada em Enfermagem” tem uma ligação direta com a área de conhecimento da ciência da informação e, portanto, com a Informática em Saúde. Conseqüentemente, possui ligação com normas que estabelecem a representação de conhecimento em sistemas de informação, dentre elas:

- a) a ISO 18.104⁽²¹⁾, que estabelece o modelo de terminologia de referência para representação de conceitos nominais de diagnósticos e ações/intervenções de enfermagem;
- b) a ISO 12.300, que apresenta os padrões para mapeamento cruzado entre documentos-fonte e documentos-alvo⁽²²⁾.

Como visão de futuro próximo, a norma ISO 18.104 está em fase de reorganização, com versão draft disponível em 2023, o que demandará estudos específicos para adequação das terminologias de enfermagem que utilizam a norma como modelo para elaboração nominal dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Já em relação à ISO 12.300, ela é utilizada para distintos mapeamentos terminológicos, mas possui especificidades potenciais à área de Enfermagem, sendo as mais relevantes o princípio da cardinalidade, que auxilia na tomada de decisão sobre a escolha entre um ou mais termos do documento-alvo candidatos para representar um ou mais termos do documento-fonte; e o grau de correspondência, que permite uniformidade para categorização dos termos mapeados⁽²³⁾.

Estas duas normas devem ser utilizadas para compreensão do que se chama de interoperabilidade entre os sistemas de informação, de modo que uma terminologia possa “conversar” com outra, mesmo sendo construída por desenvolvedores diferentes ou em ferramentas diferentes.

Cabe esclarecer que as terminologias de enfermagem podem ser representadas por terminologias de interface e por terminologias de referência⁽²⁴⁾. As de interface são utilizadas em domínios de conhecimento específicos ou para profissões específicas. São exemplos: *Clinical Care Classification (CCC)*; CIPE[®]; *NANDA International*; *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*; *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*; e *System Omaha System Perioperative Nursing Data Set*. Por sua vez, as de referência são usadas para tornar possível a “conversa” entre terminologias, pela lógica de codificação. São exemplos: *Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)*; e a SNOMED – CT.

Autoras de uma revisão de escopo sobre o futuro uso da SNOMED – CT pela área da enfermagem, discutem que idealmente as terminologias de referência e interface devem trabalhar juntas para que dados das práticas ou dos cuidados de enfermagem sejam representados em sistemas de informação em saúde⁽²⁵⁾.

Em relação aos diagnósticos da *NANDA International*, novas propostas têm sido revisadas em relação à consistência com a SNOMED-CT. O mapeamento da atual terminologia com os conceitos da SNOMED-CT está finalizado e aguarda consideração pela organização. Por sua vez, dado que a integração da CIPE[®] à SNOMED - CT maximiza a expressividade dos conceitos que representam a prática da enfermagem mundialmente, deve ser considerada uma conquista para a ciência da Enfermagem como um todo⁽²⁰⁾, sem esquecer que é premente manter o foco no adensamento das terminologias de interface.

ENTÃO... DE QUE FUTURO ESTAMOS FALANDO?

Há vários pontos de destaque para o futuro das terminologias que podem ser discutidos em dois temas: a representação de um conhecimento e a construção das melhores evidências clínicas e epidemiológicas.

Sobre a representação de conhecimento, a Enfermagem deverá construir espaços dialógicos para análise de conceitos de seus elementos – os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; de modo a incluir novos conceitos nas terminologias de referência, além de agregar significados aos conceitos já existentes, de modo que a representatividade da prática de enfermagem seja efetiva⁽²⁰⁾. Também no sentido de potencializar a representação de conhecimento, são relevantes estudos que foquem no estabelecimento de hipóteses para as relações clínicas e causais entre os componentes diagnósticos; no mapeamento cruzado entre terminologias padronizadas e entre elas e registros não padronizados; na avaliação do quão representativos do domínio de conteúdo clínico são os componentes diagnósticos, de resultados e de intervenções.

Já para a construção de melhores evidências clínicas e epidemiológicas, os estudos de validações (aplicabilidade clínica, acurácia diagnóstica, capacidade dos indicadores clínicos de rastreamento, de estabelecimento

de prognóstico, de diferenciação diagnóstica, de estabelecimento de relações causais e de generalização para múltiplas populações) são os potenciais caminhos, uma vez que cada vez mais as terminologias carecem de sustentação em evidências⁽¹⁸⁾.

O futuro exige planejamento coletivo no sentido de possibilitar a inclusão paulatina e substancial dos fenômenos de enfermagem nas terminologias de referência. No caso da SNOMED – CT, deve-se justificar e apresentar evidências de uso padronizado e não se aceita que o uso padronizado seja justificado apenas pelo “uso governamental”. Instituições em que as terminologias de enfermagem já foram incorporadas aos sistemas de registro eletrônico podem se beneficiar de técnicas de inteligência artificial para facilitar a recuperação, agrupamento e análise dos dados, de modo a demonstrar o impacto das ações de enfermagem⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Assim, espera-se que haja interação entre os desenvolvedores e os pesquisadores das distintas terminologias de interface usadas na enfermagem, de modo a produzir dados que demonstrem evidências do uso e de seu impacto. Este é um espaço de tensões científicas e políticas, que precisam ser enfrentadas para que a profissão se fortaleça como ciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as terminologias de enfermagem ainda não estejam consolidadas como instrumentos da ciência da Enfermagem na identidade profissional, o avanço técnico-científico de tais terminologias é notável. Sua continuidade pode ser alavancada pela união de esforços de seus desenvolvedores e usuários em cooperações interinstitucionais.

Neste sentido, pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior e de Saúde do Brasil constituíram a RePPE em fevereiro de 2020, com o objetivo, dentre outros, de produzir e disseminar pesquisas nas áreas de processo e terminologias. Nos últimos anos, uma disciplina *online* em nível de pós-graduação tem sido promovida pelos membros da RePPE vinculados a Programas de Pós-Graduação em Enfermagem de diferentes estados brasileiros para discussão de tópicos avançados em Processo de Enfermagem, dentre eles, as terminologias. Outros espaços de discussão coletiva, como o SINADEn e os eventos locais promovidos pelas COMSISTEs e Escolas de Enfermagem, devem oportunizar e potencializar a aplicação de conhecimentos e experiências em diferentes níveis.

FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico/CNPq - Bolsa Produtividade em Pesquisa - Processo nº 305241/2018-4, da autora Marcia Regina Cubas.

REFERÊNCIAS

1. Barros ALBL, Lucena AF, Morais SCR, Brandão MAG, Almeida MA, Cubas MR, et al. Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(6):e20210898. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>
2. Cubas MC, Garcia TR. Introdução. In: Cubas MC, Garcia TR. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: enunciados do Sistema de Informação da Associação Brasileira de Enfermagem (SiABEn). Porto Alegre: Artmed; 2021, p.1-2.
3. Macieira TGR, Chianca TCM, Smith MB. Secondary use of standardized nursing care data for advancing nursing science and practice: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2019;26(11):1401-11. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz086>
4. D'Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, et al. Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: a prospective observational study. *J Nurs Scholarship.* 2018;51(1):96-105. <https://doi.org/10.1111/jnu.12444>
5. Sanson G, Welton J, Vellone E, Cocchieri A, Maurici M, Zega M, et al. Enhancing the Performance of Predictive Models for Hospital Mortality by Adding Nursing Data. *Int J Med Informatics.* 2019; 125: 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.02.009>

6. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):3764-83. <https://doi.org/10.1111/jocn.13717>
7. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *Int J Nurs Knowl*. 2016[cited ;27(1):43-48. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12073>
8. Barros ALBL, Michel JLM, Nóbrega MML, Garcia TR. Histórico da tradução da Taxonomia da NANDA e sua utilização no Brasil. *Acta Paul Enferm*. 2000; 13(esp.): 37-40. Available from: <https://acta-ape.org/en/article/historico-da-traducao-da-taxonomia-dos-diagnosticos-de-enfermagem-da-nanda-e-a-sua-utilizacao-no-brasil/>
9. Farias JN, Nobrega MML, Perez VLAB, Coler MS. Diagnóstico de enfermagem – uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Gráfica Santa Marta; 1990.
10. Maria VLR. Preparo de enfermeiras para utilização de diagnóstico de enfermagem: relato de experiência. [Dissertação de Mestrado]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1990. 130 p.
11. Simões C Ir. Contribuição ao estudo da terminologia básica de enfermagem no Brasil: taxonomia e conceituação. [Dissertação de Mestrado]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem; 1980. 185 p.
12. Simões C Ir. Da metalinguagem profissional: a elaboração de um vocabulário técnico - científico na área da enfermagem. [Tese de Doutorado]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1988. 652 p.
13. Garcia TR, Nóbrega, MML. Sistemas de Classificação das Práticas de Enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem/Idéia; 2000.
14. Silva IA, Egry EY, Sena RR, Almeida MCP, Antunes MJM. A participação do Brasil no projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Silva IA. O Uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p. 65-81.
15. Cruz DALM, Carvalho EC, Marin HF, Nóbrega MML (Trad.). Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. 940 p.
16. Nóbrega MML. Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE® – Versão Alfa. [Tese de Doutorado]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Enfermagem; 2000. 263 fp
17. Michel JLM. Adaptação transcultural da taxonomia II de diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ao contexto brasileiro [Tese]. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2003. 156 p.
18. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificação 2021-2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.
19. Querido DL, Christoffel MM, Nóbrega MML, Almeida VS, Andrade M, Esteves APVS. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03522. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>
20. Cubas MR, Nóbrega MML. Equivalência entre conceitos da CIPE® e da SNOMED CT: reflexão teórica. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20210450. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0450pt>
21. International Organization of Standardization (ISO). ISO-18.104. Health Informatics Integration of a reference terminology model of nursing. Genebra: ISSO; 2014.
22. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ISO/TR 12.300: Informática em saúde - princípios de mapeamento entre sistemas terminológicos. Rio de Janeiro; ABNT; 2016.
23. Torres FBG, Gomes DC, Ronnau L, Moro CMC, Cubas MR. ISO/TR 12300:2016 for clinical cross-terminology mapping: contribution to nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03569. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018052203569>
24. Kim J, Yao Y, Macieira TGR, Keenan G. An examination of the coverage of the SNOMED CT coded nursing problem list subset. *JAMIA Open*. 2019;2(3):386–91 <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz023>
25. Kim J. Towards implementing SNOMED CT in nursing practice: a scoping review. *Int J Med Informatics*. 2020;134:1040352. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104035>
26. Macieira TGR, Yao Y, Keenan GM. Use of machine learning to transform complex standardized nursing care plan data into meaningful research variables: a palliative care exemplar. *J Am Med Inform Assoc*. 2021;28(12):2695-701. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab205>
27. Macieira TGR, Yao Y, Smith MB, Bian J, Wilkie DJ, Keenan GM. Nursing care for hospitalized older adults with and without cognitive impairment. *Nurs Res*. 2020;69(2):116-26. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000402>