

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

CRISTINA DA SILVA BARBOSA RODRIGUES

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PRONTO-
SOCORRO: ANÁLISE DA EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL SOB
O OLHAR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

VITÓRIA

2024

CRISTINA DA SILVA BARBOSA RODRIGUES

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PRONTO-SOCORRO: ANÁLISE DA EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL SOB O OLHAR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiros Bezerra.

VITÓRIA

2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R696d Rodrigues, Cristina da Silva Barbosa
Desafios e possibilidades da educação permanente no pronto-socorro: análise da excelência no atendimento emergencial sob o olhar das políticas públicas / Cristina da Silva Barbosa Rodrigues - 2024.
105 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2024.

1. Políticas de saúde. 2. Educação permanente. 3. Serviço hospitalar. 4. Educação em saúde. 5. Serviço hospitalar em emergência.
I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 614.0981

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

CRISTINA DA SILVA BARBOSA RODRIGUES

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PRONTO-SOCORRO: ANÁLISE DA EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL SOB O OLHAR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em ____ de _____ de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Italla Maria Pinheiros Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Tassiane Cristina Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Prof. Dr^o Jaçamar Aldenora dos Santos
Universidade Federal do Acre
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Primeiro quero agradecer imensamente a Deus, por ser a minha fortaleza e meu amigo presente em todos os momentos, meu muito obrigada por me fazer viver possibilidades que em meu ver seria impossível, no entanto, já havia providenciado e preparado ao meu favor para me abençoar.

Mesmo descansando, não poderia deixar de citar a minha amada e inesquecível Mãe que sempre me incentivou a estudar em meio a tanto esforço com suas palavras de sabedoria e esperança.

E Como se não fosse o bastante, Deus me agraciou com uma pessoa linda, corajosa, inteligente e humana que amo muito, minha querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Italla, um verdadeiro e inesperado presente do mestrado na minha vida, como sou grata a Deus por sua vida, pelas orientações, carinho, respeito, ensino e desafios propostos para o meu crescimento, grata por acreditar em mim.

A querida professora Tassiane, tão querida e amável. Agradeço também a todos os professores do mestrado que me proporcionaram tanto momentos de aprendizado e conhecimento, especialmente a professora Roberta e o professor Cesar.

Agradeço também a minha família, meu esposo Marcos e ao meu querido filho Heitor pela paciência e compreensão. Também agradeço a igreja cristã Maranata de Ilhas dos Bentos.

Amigas e parceiras de grupo de estudo Cláudia, Daniela e Soraya. Ainda, não poderia deixar de mencionar a minha querida amiga e parceira de laboratório Nathalya que mora em meu coração, e aos demais colegas que conheci em todo o curso.

Tudo é possível para aqueles que temem a um Deus de poder e de bondade.

“Já estou crucificado com Cristo; e vivo, não mais eu, mas Cristo vive em mim; e a vida que agora vivo na carne, vivo-a pela fé do Filho de Deus, o qual me amou, e se entregou a si mesmo por mim.”

Gálatas 2:20

RESUMO

Introdução: No Pronto-socorro, a necessidade de intervenções imediatas, aliada à constante evolução das práticas e tecnologias médicas, destaca a importância da Educação Permanente como instrumento-chave para o aprimoramento contínuo dos profissionais. Contudo, a implementação eficaz dessas práticas educacionais enfrenta barreiras específicas, tais como a resistência à mudança, a falta de recursos e as demandas operacionais intensas, que podem comprometer a adesão e eficácia dos programas de Educação Permanente. A pesquisa busca, assim, explorar como a Educação Permanente em Saúde no Pronto-socorro pode ser mais bem alinhada com a Política Nacional de Educação Permanente, considerando as peculiaridades do ambiente intra-hospitalar. Este estudo pretende compreender como os profissionais de saúde percebem e enfrentam os desafios relacionados à implementação dessas práticas educacionais, ao mesmo tempo, em que identificam oportunidades para otimizar a capacitação constante em um contexto tão dinâmico e crítico. **Objetivo:** Analisar a educação permanente em saúde no Pronto-socorro frente a Política de Educação Permanente no ambiente intra-hospitalar. **Método:** O presente trabalho adota uma abordagem qualitativa, realizado nas instalações do setor de Pronto-socorro de uma instituição filantrópica situada em Vitória, Espírito Santo. Participaram do estudo 13 enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem. Esses foram entrevistados e os dados foram organizados considerando a análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Os resultados da pesquisa indicaram que, apesar do reconhecimento dos profissionais quanto à importância da Educação Permanente, está ainda é frequentemente confundida com a Educação Continuada. Além disso, constatou-se uma prevalência de metodologias de ensino tradicionais, como slides, palestras e aulas teórico-práticas. Outro ponto relevante foi a identificação de lacunas nos temas abordados, muitas vezes distantes das demandas específicas do setor de Pronto-socorro. Essas lacunas podem ter um impacto direto na qualidade do atendimento ao paciente, evidenciando a necessidade de uma revisão e adaptação dos programas de educação para melhor atender às necessidades do contexto hospitalar de urgência e emergência. **Considerações finais:** Este estudo destaca a efetividade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no setor de Pronto-socorro, reconhecendo seus benefícios significativos, mas também identificando áreas que demandam ajustes para uma implementação mais assertiva e alinhada às demandas específicas dos profissionais e da realidade do Pronto-socorro. O comprometimento contínuo com aprimoramentos e ajustes baseados nessas descobertas é essencial para garantir que a PNEPS cumpra seu papel crucial na formação e capacitação dos profissionais de saúde, contribuindo positivamente para a qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Educação Permanente. Educação em Saúde. Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: In the Emergency Room, the need for immediate interventions, combined with the constant evolution of medical practices and technologies, highlights the importance of Continuing Education as a key instrument for the continuous improvement of professionals. However, the effective implementation of these educational practices faces specific barriers, such as resistance to change, lack of resources and intense operational demands, which can compromise the adherence and effectiveness of Continuing Education programs. The research thus seeks to explore how Continuing Health Education in the Emergency Room can be better aligned with the National Continuing Education Policy, considering the peculiarities of the in-hospital environment. This study aims to understand how health professionals perceive and face the challenges related to the implementation of these educational practices, while at the same time identifying opportunities to optimize ongoing training in such a dynamic and critical context. **Objective:** To analyze continuing health education in the emergency room in light of the Continuing Education Policy in the in-hospital environment. **Methods:** This work adopts a qualitative approach, carried out in the facilities of the Emergency Department of a philanthropic institution located in Vitória, Espírito Santo. 13 nurses and 21 nursing technicians participated in the study. These were interviewed and the data was organized considering content analysis according to Bardin. **Results:** The research results indicated that, despite professionals' recognition of the importance of Continuing Education, it is still often confused with Continuing Education. Furthermore, there was a prevalence of traditional teaching methodologies, such as slides, lectures and theoretical-practical classes. Another relevant point was the identification of gaps in the topics covered, often distant from the specific demands of the emergency room sector. These gaps can have a direct impact on the quality of patient care, highlighting the need to review and adapt education programs to better meet the needs of the urgent and emergency hospital context. **Final considerations:** This study highlights the effectiveness of the National Permanent Health Education Policy in the Emergency Room sector, recognizing its significant benefits, but also identifying areas that require adjustments for a more assertive implementation and aligned with the specific demands of professionals and the reality of the Emergency Room. Help. Continuous commitment to improvements and adjustments based on these discoveries is essential to ensure that PNEPS fulfills its crucial role in the training and training of health professionals, contributing positively to the quality of services provided within the scope of public health.

Keywords: Health Policies. Permanent Education. Health Education. Emergency Service Hospital.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fragmentos dos depoimentos dos profissionais de saúde do Pronto-socorro, divididos entre as categorias analíticas. Vitória, 2024. **66**

Quadro 2 – Unidades de Registro e Unidades de Contexto segundo entrevistas com os profissionais de saúde do Pronto-socorro. Vitória, ES, 2024. **72**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Passos metodológicos da Análise de Conteúdo fundamentada por Bardin (2011). 57

Figura 2. Fluxograma da fase 1 (Pré-análise) da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. 58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tratamento dos resultados: inferências e interpretação. Vitória, ES, 2024. **74**

LISTA DE SIGLAS

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
EP	Educação Permanente
EC	Educação Continuada
NEP	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OS	Pronto-socorro
EPS	Educação Permanente em Saúde
PPS	Políticas Públicas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
IAPs	Institutos de Assistência Previdenciária
SNS	Sistema Nacional de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PMM	Programa Mais Médicos
ONU	Organização das Nações Unidas
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Condições de Urgência e Emergência
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
PNH	Política Nacional de Humanização
MS	Ministério da Saúde
RHS	Recurso Humano de saúde
UR	Unidades de Registro
UC	Unidades de Contexto

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	17
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	27
2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PRONTO SOCORRO: SUA CONTRIBUIÇÃO PROMOVE A ATUALIZAÇÃO CONSTANTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE32	
2.4 DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS ATUAIS	42
3 OBJETIVOS.....	54
3.1 OBJETIVO GERAL.....	54
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
4 MÉTODO.....	55
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	55
4.2 LOCAL DO ESTUDO	55
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	55
4.3.1 Critério de Inclusão	55
4.3.2 Critério de Exclusão	56
4.4 COLETAS DE DADOS	56
4.4.1 Levantamento de necessidades e dúvidas do público-alvo	56
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	56
4.6.1 Pré-análise: primeira etapa	58
6.2 Exploração e tratamento dos dados: segunda etapa de Bardin.....	64
4.6.3 Inferência e Interpretação: terceira etapa	66
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	66
5 RESULTADOS	66
6 DISCUSSÃO.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	95
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	96
APÊNDICE B - ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E TÉCNICOS	100
ANEXO	101
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	102

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) representa um elemento vital no contexto intra-hospitalar, desempenhando um papel fundamental na qualificação constante dos profissionais de saúde e na otimização dos serviços prestados (Adamy *et al.*, 2018). Este conjunto de diretrizes estabelece um arcabouço estratégico que visa promover a atualização contínua dos conhecimentos, habilidades e competências dos profissionais, adaptando-se às transformações rápidas e complexas do cenário de saúde (Maués *et al.*, 2023).

Ainda, Maués *et al.* (2023) trazem em seu estudo que o ambiente intra-hospitalar, é caracterizado por uma diversidade de desafios, desde emergências médicas até casos complexos, e a implementação eficaz da PNEPS é crucial. Ela proporciona uma abordagem sistemática para enfrentar as demandas específicas desse contexto, garantindo que os profissionais estejam equipados com o conhecimento mais recente, as melhores práticas e as habilidades necessárias para oferecer um atendimento de qualidade.

A importância da Educação Permanente (EP) é notória na melhoria da qualidade do cuidado ao paciente. Ao manter os profissionais atualizados sobre avanços tecnológicos, protocolos clínicos e abordagens terapêuticas, a política contribui diretamente para a segurança e eficácia dos tratamentos oferecidos no ambiente intra-hospitalar (Camatta *et al.*, 2017). Além disso, ao incentivar uma cultura de aprendizado contínuo, ela promove a inovação e a adaptação a novos desafios, fortalecendo a resiliência do sistema de saúde (Campos *et al.*, 2017).

No contexto intra-hospitalar, onde a dinâmica é intensa e as decisões são frequentemente tomadas sob pressão, a Educação Permanente (EP) emerge como um pilar essencial para a capacitação dos profissionais. Ela não apenas contribui para a excelência técnica, mas também enfatiza aspectos interdisciplinares, éticos e humanizados do cuidado (Parente *et al.*, 2024). Além disso, a existência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) dentro do ambiente hospitalar reforça a importância desse instrumento estratégico. Dessa forma, a PNEPS destaca-se como um elemento crucial para elevar a qualidade do atendimento e promover um ambiente hospitalar mais eficiente, seguro e centrado no paciente (Diniz *et al.*, 2020).

A problemática central deste estudo reside na avaliação da efetividade da Educação Permanente em Saúde no Pronto-socorro (PS), considerando as diretrizes e metas estabelecidas pela Política da Educação Permanente no ambiente intra-hospitalar. Este cenário é marcado por desafios

singulares, onde a rápida resposta a emergências e a diversidade de casos demandam profissionais de saúde altamente capacitados e atualizados.

No PS, a necessidade de intervenções imediatas, aliada à constante evolução das práticas e tecnologias médicas, destaca a importância da EP como instrumento-chave para o aprimoramento contínuo dos profissionais. Contudo, a implementação eficaz dessas práticas educacionais enfrenta barreiras específicas, tais como a resistência à mudança, a falta de recursos e as demandas operacionais intensas, que podem comprometer a adesão e eficácia dos programas de Educação Permanente.

A pesquisa busca, assim, explorar como a Educação Permanente em Saúde no Pronto-socorro pode ser mais bem alinhada com a Política Nacional de Educação Permanente, considerando as peculiaridades do ambiente intra-hospitalar. Este estudo pretende compreender como os profissionais de saúde percebem e enfrentam os desafios relacionados à implementação dessas práticas educacionais, ao mesmo tempo, em que identificam oportunidades para otimizar a capacitação constante em um contexto tão dinâmico e crítico.

Ainda, como já supracitado, a EPS é essencial para a atualização contínua dos profissionais, garantindo a prestação de cuidados de qualidade. Sendo assim, o problema deste estudo define-se por: “Como acontecem as ações de educação permanente no ambiente do Pronto-socorro?”. Este problema de estudo visa investigar a aplicação prática da PNEPS no ambiente do PS, analisando como os profissionais de saúde estão sendo envolvidos, os desafios enfrentados e as oportunidades para aprimorar a eficácia dessa abordagem.

A hipótese subjacente a este estudo sugere que a efetividade da PNEPS no PS, no contexto intra-hospitalar, está intrinsecamente relacionada à capacidade de superar desafios específicos e explorar oportunidades inerentes a esse ambiente. Acredita-se que a eficácia da PNEPS será influenciada positivamente quando há uma abordagem integrada que enfrenta os desafios, como a resistência à mudança, limitações de recursos e barreiras organizacionais, enquanto capitaliza as oportunidades para aprimoramento profissional, melhoria na qualidade do atendimento e adaptação às dinâmicas demandas do Pronto-socorro.

Esta hipótese pressupõe que a implementação bem-sucedida da PNEPS não apenas aborda as lacunas de competências e conhecimentos dos profissionais de saúde, mas também reconhece e enfrenta as barreiras institucionais que podem comprometer sua efetividade. Além disso, sugere que o contexto intra-hospitalar oferece oportunidades únicas para promover uma cultura

de aprendizado contínuo, estimular a inovação e melhorar a eficiência dos serviços de saúde no Pronto-socorro.

A justificativa para a realização deste estudo, baseia-se na necessidade premente de aprimorar a qualidade dos serviços de saúde prestados nesse cenário crucial. O PS é uma porta de entrada vital para o sistema de saúde, onde a capacitação constante dos profissionais desempenha um papel fundamental na eficácia do atendimento e no manejo eficiente de situações emergenciais. Diante da rápida evolução no campo da saúde, é imperativo avaliar como a Educação Permanente pode ser implementada e adaptada conforme a Política Nacional, considerando as particularidades do ambiente intra-hospitalar.

A relevância deste estudo reside na capacidade de oferecer subsídios para a formulação de estratégias eficazes de EPS no Pronto-socorro, considerando o contexto específico do ambiente intra-hospitalar e alinhando-se com as metas estabelecidas pela política nacional. Ao compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nesse cenário dinâmico, bem como, identificar oportunidades para fortalecer a capacitação constante, o estudo visa impactar positivamente a qualidade do atendimento, a segurança do paciente e a eficiência operacional.

Além disso, a pesquisa poderá fornecer subsídios para gestores de saúde, educadores e formuladores de políticas públicas, permitindo a implementação de programas educacionais mais alinhados às necessidades do Pronto-socorro. A disseminação dos resultados deste estudo pode contribuir significativamente para o avanço da Educação Permanente em Saúde no âmbito hospitalar, resultando em benefícios tangíveis para profissionais de saúde, pacientes e para o sistema de saúde na totalidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O cuidado de pessoas enfermas era praticado desde o início das civilizações por feiticeiros, curandeiros, familiares, parteiras ou médicos nas residências de pessoas que necessitam do atendimento, a fim de aliviar as dores e promover a cura das doenças da época. Com o intuito de criar um local específico onde as pessoas doentes pudessem ser tratadas, os atendimentos domiciliares passaram a ser realizados em locais onde os enfermos permaneceriam concentrados, surgindo, assim, os primeiros hospitais (Padilha *et al.*, 2020).

Durante meados do século XIX, foram observados inúmeros protestos e mobilizações de alto impacto político no Brasil, os quais permitiram o avanço na definição de direitos e responsabilidades. Esses acontecimentos modificaram as filosofias das políticas conservadoras da época, incluindo as relações, direitos e obrigações entre as classes sociais, de modo que o poder da comunidade nacional passou a ser centralizado e materializado na figura do Estado. Assim, a partir dessa transformação, houve a configuração de diversas políticas públicas (Fleury; Ouverney, 2014).

Sob esse viés, tem-se que a evolução histórica da política de saúde no Brasil remonta ao Período Colonial, caracterizado pelo predomínio da medicina tradicional. A atenção à saúde se limitava aos próprios recursos da terra, como plantas e ervas, e àqueles que, por conhecimentos empíricos, desenvolviam as suas habilidades na arte de curar, os quais eram socialmente conhecidos como curandeiros (Kucharski, 2022).

No entanto, com a chegada dos europeus e a contaminação massiva de indígenas, a preocupação com a saúde passou a se concentrar na prevenção de doenças transmissíveis, como a varíola e a febre-amarela. Para isso, foram criadas as primeiras medidas de controle sanitário, como isolamento de doentes, quarentenas e vacinação obrigatória (Ferreira, 2014; Moutinho, 2020; Santos *et al.*, 2010).

Posteriormente, com a chegada da família real na nação e o início do Período Imperial (1822-1889), verificou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Dessa forma, iniciou-se uma série de medidas sanitárias para suprir essa carência, bem como, deram maior importância às políticas de saúde (Costa; Rozenfeld, 2000).

Em vista disso, tem-se que em 1828 foi criado o primeiro órgão de saúde pública do Brasil, a Junta Central de Higiene Pública, visando controlar as epidemias. No entanto, até o período de 1850, as atividades de saúde pública eram muito limitadas, resumidas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos, a fim de evitar as barreiras sanitárias dos países da Europa e garantir o fluxo de exportação dos produtos brasileiros (Kucharski, 2022; Silva, 2020).

Com o fim da escravidão em 1888 e a crise resultante da falta de mão de obra escrava, houve um aumento significativo nos fluxos migratórios, especialmente provenientes da Itália, Espanha e Portugal. Além disso, com a instauração da República, elaborou-se uma nova Constituição, a qual destacou a influência predominante dos Estados produtores de café da região centro-sul nas decisões nacionais, bem como, incluiu a saúde como uma área de responsabilidade estatal, estabelecendo sua estrutura e locais de atuação (Dionizio, 2021; Ribeiro, 2017).

Sequencialmente, em 1923 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que se dedicou principalmente ao combate às doenças endêmicas, como malária, febre-amarela e tuberculose. Durante esse período, ocorreram avanços na pesquisa científica, como a descoberta do agente transmissor da febre-amarela pelo médico brasileiro Oswaldo Cruz, que também foi responsável por liderar a campanha sanitária contra essa doença, por meio de ações de vacinações, erradicação do mosquito transmissor e melhorias de saneamento (Fonseca, 2002; Rouquayrol; Gurgel, 2021).

Com o estabelecimento do DNSP, cujo objetivo era ampliar os serviços de saneamento em áreas urbanas e rurais, assim como promover a higiene industrial e materno-infantil, a saúde pública começou a ser encarada como uma questão de natureza social. Nesse período, surgiram os primeiros encontros entre os sanitaristas, que clamavam por abordagens mais eficazes no âmbito da saúde e foram fundamentais na disseminação da importância da "educação sanitária", a partir de discursos impregnados por uma fermentação intensa de princípios liberais (Santos; Simoura; Sogame, 2018).

Nesse mesmo cenário, houve a instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão, que apresentaram um crescimento exponencial e impactaram a sociedade, especialmente aquelas relacionadas às fontes de financiamento. É importante destacar que, desde o início, o sistema previdenciário não se baseou no conceito de direito à previdência social como parte da cidadania, mas sim foi considerado um direito contratual fundamentado em contribuições ao longo do tempo. Dessa forma, é relevante observar que o caráter dessa política permaneceu

restrito, concentrando-se apenas na cobertura de determinados segmentos de trabalhadores (Silva, 2016).

Já na década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, foi estabelecido o Ministério da Educação e Saúde, assim como a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que teve como responsabilidade a implementação de ações de saúde em todo o território nacional. A partir disso, houve um significativo investimento na infraestrutura de saúde, com destaque para as melhorias no setor de saneamento básico (Costa, 2019).

Entretanto, houve a necessidade de desmembrar tal Ministério em dois, de modo que, por meio do Decreto n.º 27.939 de 1953, o Ministério da Saúde foi criado. Antes de sua instituição, as políticas públicas voltadas para a saúde eram fragmentadas e não havia uma coordenação efetiva para lidar com os problemas associados às condições precárias de vida da população e aos desafios sanitários do país. Foi somente a partir desse período que foram estabelecidas diretrizes e políticas nacionais de saúde, o que, conseqüentemente, fortaleceu o papel do Estado na garantia do direito à saúde para todos os brasileiros (Barbosa, 2016; Fagundes, 2018).

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde tem desempenhado um importante papel na formulação e implementação de políticas públicas de saúde. Ele é responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é reconhecido internacionalmente como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Além disso, esse atua na gestão de programas e ações de prevenção e promoção da saúde, no controle de epidemias, na assistência farmacêutica, na vigilância sanitária, no financiamento e na regulação dos serviços de saúde (Alves et al., 2019).

Quanto aos programas de Saúde Pública, seu foco estava no estabelecimento de condições sanitárias básicas que propiciassem a infraestrutura essencial para acomodar o fluxo migratório. Entretanto, em muitos casos, esses programas eram restringidos pela escolha da política de gastos do Estado e pelo custoso modelo sanitário adotado, que seguia uma abordagem de campanhas (Santos; Simoura; Sogame, 2018).

Outrossim, com o aumento no ritmo da industrialização, impulsionado pela expansão dos investimentos, intensificou-se a preocupação com a preservação da capacidade de trabalho e reintegração rápida do trabalhador ao ciclo de produção. Em resposta a essas necessidades, diversas instituições de trabalho começaram a estabelecer serviços de atendimento ambulatorial, com enfoque terapêutico e, em alguns casos, voltados para a reabilitação. Além disso, o Estado estabeleceu o salário-mínimo, que estava restrito aos custos básicos de sobrevivência (Araújo et al., 2023; Chagas; Carvalho; Marquesan, 2015).

Esse cenário, aliado à alta inflação da época, agravou as condições de vida, o que se manifestou nas crescentes demandas por serviços de saúde e assistência médica. Dessa forma, criaram-se os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs), que passaram a modificar suas estruturas e expandiram seus serviços para incluir a assistência médica. O aumento das disparidades sociais entre diferentes categorias de trabalhadores, em termos de legislação, recursos financeiros e condições de trabalho, espelhava o perfil da estratificação social que definia a sociedade (Moreira, 2012).

Anos mais tarde, com o advento da Ditadura Militar (1964-1985), houve um aumento na atuação do Estado na saúde, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Entretanto, este sistema demonstrou ser extremamente centralizado e ter uma prioridade equivocada: a assistência médica curativa, em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Esta abordagem negligenciava a importância de políticas de saúde de cunho antecipatório, como a imunização em massa, o controle de endemias e a educação em saúde, de forma que, somado à falta de investimentos adequados, houve, conseqüentemente, o declínio desse sistema, com o aumento das filas de espera para consultas e procedimentos especializados (Hochman et al., 2004).

Além disso, convém ressaltar que, nesse período, o governo implementou diversas políticas públicas voltadas para a melhoria dos serviços, como a criação de hospitais e postos de atendimento. Um exemplo relevante foi a construção do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1973, o qual se tornou uma referência nacional (Torres *et al.*, 2020).

Desde então, várias outras políticas públicas foram iniciadas no Brasil, visando a melhoria da saúde da população. Dentre elas, destaca-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, cujo objetivo era garantir a cobertura vacinal da população, prevenindo doenças como poliomielite, sarampo e tuberculose (Brasil, 2021).

No entanto, a falta de investimentos e de prioridade na saúde pública também gerou um crescimento expressivo do setor privado de saúde. Aqueles que podiam pagar por um plano de saúde tiveram acesso a uma assistência médica de melhor qualidade, enquanto os que dependiam do sistema público enfrentavam dificuldades crescentes para obter atendimento adequado (Paim; Almeida, 2017).

Durante os anos 80, quando o marco histórico da redemocratização ocorreu, surgiu a necessidade de uma nova constituição nacional. Assim, novas características para as políticas de saúde foram desenhadas, inspiradas pela Conferência de Alma Ata de 1978, a qual

apresentou como foco principal a Atenção Primária à Saúde (APS) e reforçou que a saúde em si não é meramente um estado de ausência de doença, mas sim a garantia de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Para tanto, o acesso aos serviços de saúde se faz fundamental (Seino; Algarve; Gobbo, 2013).

Nessa circunstância, conforme Castro *et al.* (2010), desde meados da década de 1980, vários acontecimentos contribuíram para que a promoção da saúde no Brasil fosse incorporada como uma nova filosofia, na prática das políticas públicas. Dentre eles, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema foi “Democracia é Saúde”. Tal espaço passou a ser um fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde, bem como pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida das pessoas.

De acordo com Dias *et al.* (2018), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sofreu as mesmas influências sociais e históricas da construção da promoção da saúde ao nível internacional, delineando a promoção da saúde como política que deve ser apresentada em todos os níveis de complexidade na gestão e na atenção do sistema de saúde. Além disso, nessa reunião que contou com mais de quatro mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e foi aprovada a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, bem como foram elaboradas novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social (Paiva; Teixeira, 2014)

Posteriormente, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que estabeleceu a saúde como um direito de todos. Isso implica que o Estado tem o dever de garantir um acesso equitativo e eficaz aos serviços de saúde, objetivando promover o bem-estar e a qualidade de vida da população. Antes dessa, já havia o entendimento de que saúde é um direito humano essencial, o que foi registrado no documento inaugural da Organização Mundial da Saúde, em 1948, em consonância com o compromisso global com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Portanto, a Carta Magna brasileira essa constituiu uma base sólida para a construção de um sistema de saúde público, universal e abrangente no país (Brasileiro, 2019; Cury, 2020).

Isso levou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o qual propõe um modelo de atenção integral à saúde, com foco na prevenção e promoção da saúde, além de garantir acesso universal, equidade e integralidade aos serviços de saúde (Sales *et al.*, 2019).

A partir do surgimento desse sistema, foi dada maior importância a integralidade no atendimento na área da saúde, que vai desde a detecção precoce de doenças até o tratamento completo de qualquer afecção. Tal visão coopera para a redução da morbimortalidade da população, bem como, por meio do manejo clínico ágil, aumenta as chances de cura e diminui a necessidade de intervenções que possam gerar complicações graves. Portanto, é essencial incentivar o desenvolvimento de políticas públicas que fomentem a integralidade no cuidado da saúde (Cultz, 2020).

Ressalta-se que o processo de construção do SUS é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Assim, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual, pelo contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do país pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS (Kucharski *et al.*, 2022).

Como forma de salvaguardar o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento da população, foram estabelecidas inúmeras outras políticas nacionais de saúde. Uma delas é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que apresentou uma trajetória fortemente conflituosa e possui como objetivo principal promover, proteger e melhorar a saúde da população. Essa abrange não apenas a prevenção de doenças, mas também a promoção de estilos de vida saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde. Para isso, são estabelecidas ações integradas constantes em áreas como educação, alimentação, transporte, habitação e trabalho, visto que todos esses setores desempenham um papel ativo na promoção da saúde (Buss, 2001; Campos *et al.*, 2006).

Essa política se embasa em princípios como justiça, engajamento da sociedade e trabalho interdisciplinar. Isso quer dizer que é imprescindível garantir a todos um acesso igualitário às oportunidades de saúde, analisando suas necessidades individuais, bem como é preciso considerar a participação ativa da comunidade e a colaboração entre diferentes setores como indispensáveis para alcançar os objetivos propostos. Destaca-se, ainda, que a prevenção de doenças e a promoção do bem-estar devem ser prioridades tanto para indivíduos, quanto para a sociedade na totalidade (Bressan, 2011).

De maneira análoga, tem-se o Programa Saúde da Família (PSF), também conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), uma iniciativa do governo brasileiro para proporcionar atendimento integral e humanizado à população, com enfoque na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Conforme dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 64% da população brasileira está coberta pelo PSF, o que comprova a sua relevância e alcance social. Por intermédio de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, o PSF atua nas comunidades, levando cuidados à base de informações epidemiológicas locais. Essa abordagem permite um acompanhamento mais próximo e personalizado da saúde de cada indivíduo, além de contribuir para a mitigação de doenças crônicas e promoção de hábitos saudáveis (Brasil, 2021).

Uma das principais características do programa é o vínculo que se estabelece entre os profissionais da saúde e a comunidade assistida. Isso promove um ambiente de confiança e respeito mútuo, favorecendo a adesão ao tratamento e a continuidade dos cuidados. Por meio de visitas domiciliares, palestras educativas, grupos de apoio e demais ações, busca-se promover saúde mental, melhorar a qualidade de vida, integrar a comunidade e fortalecer os laços entre os indivíduos (Borges, 2010; Brasil, 2021).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o PSF é referência mundial em saúde comunitária e tem influenciado outros países na adoção de políticas semelhantes. Seus resultados são evidentes não apenas na melhoria dos indicadores de saúde, mas também na satisfação da população assistida, que reconhece sua importância e impacto positivo em suas vidas. Tal programa é uma estratégia fundamental para a consolidação de um sistema de saúde eficiente e inclusivo, ao proporcionar cuidados preventivos, promover a integralidade, estabelecer vínculos com a comunidade e contribuir para o bem-estar e qualidade de vida da população brasileira (Simões, 2002).

Outro marco importante para a evolução da saúde pública foi a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2003, desenvolvida a partir da necessidade de qualificar os profissionais de saúde e garantir a qualidade do serviço. Segundo a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está diretamente ligada à formação de profissionais especializados, que possuam habilidades tanto para o cuidado individual, quanto para o bem-estar da comunidade (Martins Junior, 2022; Pontes, 2006).

Conforme este documento, que é resultado do trabalho do Conselho Nacional de Saúde na criação de políticas para a área, novas abordagens teóricas e tecnológicas na saúde têm exigido novos perfis profissionais. Assim, é fundamental e obrigatório que as instituições de ensino se envolvam em todos os níveis, desde a educação básica, com o SUS e com o projeto de cuidado definido pelas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90 (Frigueiredo, 2009).

De mesmo modo, tem-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída em 2004. Essa busca a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância dos problemas relacionados à saúde do trabalhador e cria diretrizes para ações de saúde nesse âmbito. Apresenta-se, ainda, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, com o objetivo levar médicos para áreas remotas e de difícil acesso do país, ampliando o acesso da população a serviços de saúde (Brasil, 2022).

De acordo com Scherer, Marino e Ramos (2005), a construção de um novo sistema de saúde para os preceitos do SUS necessita de mudanças: na concepção de saúde-doença, passando da abordagem negativa para a positiva; no paradigma sanitário, superando o modelo flexneriano, que exclui os indivíduos dos aspectos sociais, para a articulação dos modelos da produção social e em defesa da vida, em que o estado de saúde está em permanente transformação; mudança da prática sanitária, buscando uma atenção à saúde que valorize a integração entre saberes e práticas individuais e coletivas.

Ademais, ratificada pelos chefes de Estado na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2015, a Agenda 2030 estabeleceu um conjunto de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas. Essas metas são monitoradas e avaliadas por meio de um sistema de 232 indicadores que passaram por um processo de harmonização, para permitir a comparação entre diferentes níveis territoriais e grupos de pessoas em todo o planeta (Martins *et al.*, 2022).

O compromisso brasileiro com os ODS foi definido pelo Decreto número 8.892/2016, que criou a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. As ODS desempenham um papel fundamental na promoção da sustentabilidade no ambiente hospitalar. Ao adotar práticas alinhadas com essas metas globais, os hospitais podem contribuir para a preservação do meio ambiente, redução de custos operacionais e melhoria na qualidade dos serviços de saúde (ONU, 2021).

As políticas públicas de saúde são instrumentos essenciais para promover a igualdade de acesso a serviços de saúde de qualidade e para alcançar metas coletivas em relação à saúde da população. Essas são fundamentais para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pelas Nações Unidas, que visam garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades (WHO, 2007).

Para ser possível compreender a importância das políticas públicas de saúde em relação aos ODS, pode-se mencionar alguns exemplos de ações governamentais que promovem a saúde e estão alinhadas aos objetivos estabelecidos. Um deles é a expansão do acesso aos serviços básicos de saúde, como a disponibilização de unidades de atendimento médico próximas às comunidades e a oferta de medicamentos gratuitos ou subsidiados (Vieira, 2021).

Ao sensibilizar e incentivar a implementação de práticas sustentáveis nos hospitais, essas metas contribuem para a redução dos custos operacionais e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Por meio de estratégias, como a gestão eficiente de resíduos, o uso racional de recursos naturais e a promoção de energia limpa, as instituições de saúde podem adotar medidas que impactam positivamente o seu desempenho econômico, social e ambiental. Dessa forma, as ODS se mostram como um caminho viável para a criação de um ambiente hospitalar mais sustentável, agregando valor tanto para as instituições quanto para a sociedade na totalidade (Smith, 2018).

A implantação de medidas sustentáveis nos hospitais pode convertê-los em modelos de boas práticas, servindo de exemplo não apenas para outras instituições de saúde, mas também para a comunidade em geral. Ao operarem suas atividades com maior conscientização ecológica, os hospitais podem diminuir sua pegada ambiental, preservar recursos naturais e fomentar um ambiente mais saudável tanto para os pacientes, quanto para os profissionais da área da saúde (Couto, 2014).

Além disso, ao compartilharem suas experiências e resultados positivos, essas instituições podem incentivar outras a seguirem o mesmo caminho, para ampliar o alcance das ações sustentáveis e contribuir para a construção de uma sociedade mais responsável e comprometida com o futuro do nosso planeta (Johnson, 2019).

Destaca-se, ainda, que a relação entre os ODS e a administração de resíduos hospitalares é de suma importância. Por meio dessas, não só é possível minimizar os impactos ambientais negativos, mas também preservar a saúde tanto dos profissionais de saúde, quanto da população

atendida, visto que os resíduos hospitalares apresentam riscos biológicos e químicos se não forem adequadamente gerenciados (Green, 2020).

Desse modo, a implementação de medidas de prevenção e controle de infecções, bem como treinamentos específicos, é fundamental para garantir a segurança e o bem-estar desses profissionais. Além disso, é necessário fortalecer as políticas e regulamentações existentes, realizar investimentos e pesquisas na área, a fim de alcançar um sistema eficaz e seguro de gerenciamento de resíduos hospitalares em todo o mundo (Camargo, 2020).

Pontua-se, ainda, que a promoção da eficiência energética e a diminuição das emissões de carbono são aspectos cruciais para a sustentabilidade dos hospitais. Conforme apontado por Brown (2017), hospitais sustentáveis devem priorizar a eficiência energética, ao adotar tecnologias limpas e renováveis para contribuir significativamente para a mitigação dos impactos do aquecimento global. Igualmente, como destacado por Clark (2020), a redução das emissões de carbono não apenas promove benefícios ambientais, mas também resulta na economia de recursos financeiros, que pode ser direcionada para melhorias no atendimento aos pacientes, tornando o ambiente hospitalar mais sustentável e eficaz.

Ainda nessa pauta, Costa (2019) destaca que a educação permanente é um conceito que sublinha a importância do aprendizado contínuo ao longo da vida, ao reconhecer que a jornada de aprendizagem transcende os limites da escola e de fases específicas da existência. Portanto, o autor defende a necessidade de uma educação contínua, adaptada às transformações e desafios que surgem ao longo do tempo, especialmente porque essa conexão entre educação permanente e desenvolvimento sustentável é crucial para atingir as metas da ODS, como salienta Silva (2020).

Em suma, entende-se que a saúde é um direito humano fundamental e um indicador chave do desenvolvimento humano. Atualmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a importância da saúde como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especificamente na ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Uma ação brasileira que tem como propósito fomentar essa meta é a implementação do Programa de Saúde Familiar (PSF), visto que busca aproximar os serviços de saúde básica da população, oferecendo um atendimento mais humanizado e de caráter preventivo (Gomes; Ferreira, 2018; Silva, 2002).

De mesmo modo, a ODS 3 visa melhorar significativamente a saúde em todas as idades, por meio da promoção do acesso universal aos serviços de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, a fim de reduzir as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, bem como a mortalidade materna. Além disso, essa meta busca combater doenças transmissíveis e não transmissíveis, como HIV/AIDS, malária, tuberculose e doenças crônicas, como diabetes e câncer (Lima *et al.*, 2019).

Para alcançar essa meta, ressalta-se que é fundamental fortalecer os sistemas de saúde em todo o mundo. Isso implica em garantir a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade, equipamentos e instalações adequadas, além de investir em treinamento e capacitação dos profissionais de saúde. É necessário, ainda, fortalecer os sistemas de saúde, investir em recursos humanos, fornecer acesso a medicamentos e tecnologia médica essenciais, e promover a saúde mental (Rocha; Gorne; Romualdo, 2021).

Por fim, pode-se apontar que a saúde mental é uma parte fundamental da saúde e do bem-estar geral das pessoas. Portanto, é necessário promover a conscientização e a compreensão nesse sentido, bem como reduzir o estigma associado a esses problemas e fornecer suporte e tratamento adequados. Além disso, é fundamental promover o bem-estar de forma abrangente, incluindo a adoção de práticas saudáveis, como atividades físicas regulares, alimentação balanceada e cuidados com a mente (Magalhães *et al.*, 2023).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O conceito de educação permanente surgiu inicialmente na França, em 1955, e foi oficialmente reconhecido no ano seguinte, por meio de um documento do Ministério da Educação que abordava a extensão da obrigatoriedade escolar e a reforma do sistema educacional. Na década de 1960, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) começou a disseminar esse conceito, baseando-se na teoria do capital humano, que enfatiza a qualificação do recurso humano como um dos principais meios para impulsionar a produtividade econômica e o desenvolvimento nacional (Gadotti, 1988; Schultz, 1985).

No Brasil, a Educação Permanente em Saúde (EPS) teve sua origem nos anos 1980 e foi difundida por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde. Este programa introduziu uma distinção entre os conceitos de educação permanente e educação continuada, de modo que a última é considerada mais limitada

em sua abordagem. Nesse período, ocorreu um extenso debate e uma significativa renovação nas abordagens e estratégias de capacitação do pessoal da saúde (Rovere, 1994).

Sob esse viés, Paiva (1985) realiza uma análise mais abrangente da produção teórica e do ambiente em que a educação permanente foi implementada no país durante esse período. Ele interpreta essa abordagem como uma ferramenta ideológica do Estado, utilizada para instilar nos trabalhadores novas metodologias de trabalho, em que era dada maior prioridade às demandas do capitalismo tardio.

Nessa circunstância, segundo Garrido (2000), a Educação Continuada (EC) foi objeto de análise crítica, por estar centrada na transmissão de conhecimentos atualizados, mas distanciada dos problemas concretos dos serviços e por dedicar-se, quase exclusivamente, à capacitação de médicos, sem enfoque multidisciplinar. Os programas de educação continuada devem incentivar a reflexão dos educandos em relação aos valores profissionais, o que resulta na melhoria do processo de cuidado. O autor ainda argumenta que a EC deve ser um fator determinante para a mudança, ao perpassar a essência da profissão e promover o desenvolvimento de habilidades, confiança em si, crescimento profissional e motivação. É por meio da educação que se chega ao cuidado e é o cuidado que conduz à educação.

Por outro lado, Haddad *et al.* (1994) reconhecem que a educação permanente abrange tanto a educação continuada quanto a educação em serviço. No entanto, Ramos (2010) argumenta que, em um contexto mais amplo, termos como educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida e educação de adultos podem ser tratados como sinônimos.

Uma vez implantada a política de educação permanente em saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), pretende apoiar e financiar as iniciativas e ações apresentadas e pactuadas nos Polos para formação, capacitação e mudanças nos currículos de formação (Brasil, 2011).

A EPS reconhece os profissionais de saúde como aprendizes e educadores inseridos em determinada comunidade, que resgatam o saber popular e a autonomia dos usuários. Sendo prerrogativa do SUS ordenar a formação de trabalhadores para a saúde no país, segundo a Lei Orgânica da Saúde, existe o desafio de superar o modelo hegemônico da atenção especializada na doença, para a busca da lógica da integralidade. Nessa perspectiva, a EPS se coloca como uma estratégia importante para as transformações necessárias ao modelo de saúde vigente (Josino, 2019).

Nesse sentido, entende-se que a EPS está voltada para o aprimoramento da qualidade das ações e serviços de saúde. Como estratégia prática, seu objetivo está ligado aos conhecimentos em saúde, bem como impulsiona a geração e a reinvenção de práticas, a fim de modificar a realidade. O profissional de saúde deve ser incentivado a atuar de forma crítica, reflexiva e criativa, para executar atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de maneira humanizada, competente e solucionadora (Mesquita, 2020).

A educação contínua atende às necessidades do serviço, que, em conjunto com o processo de ensino-aprendizagem, pode aperfeiçoar sua qualidade e promover a transformação do processo de trabalho. Importante considerar que os processos devem ser amplos, no sentido de estar direcionados para as necessidades dos profissionais, do serviço e da comunidade. Ainda, tem-se que a concepção de educação se relaciona com a profissão de Enfermagem, levando-se em consideração que em todas as ações desta profissão estão inseridas práticas educativas, o que demonstra um “elo” entre Educação Permanente, Continuada e em Serviço, capaz de promover o desenvolvimento profissional e pessoal (Ramos, 2014; Ramos *et al.*, 2010).

Ressalta-se que a educação é um processo contínuo que visa encontrar alternativas e soluções para problemas reais de saúde enfrentados na realidade. Nesse interim, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que visa formar e desenvolver pessoas que atuam no Sistema Único de Saúde, por meio de estratégias pedagógicas que conectem ensino, serviço, didática e assistência à saúde, com base nos fundamentos da aprendizagem significativa. Além disso, por meio da EPS, busca-se consolidar uma cultura de aprendizagem contínua, para que os trabalhadores da saúde estejam sempre atualizados e preparados para enfrentar os desafios do cotidiano profissional (Almeida *et al.*, 2022; Ruback, 2017).

Julga-se ser necessário incentivar e aprimorar a realização da EPS, considerando, pressupostos de integralidade do cuidado e permanente reestruturação de conhecimentos, a partir da realidade vivenciada e da problematização de demandas do serviço. Essa é a lógica da EPS. Deve ser valorizada e ampliada, a fim de promover melhores possibilidades de trabalho e de ações de saúde no contexto dos envolvidos, seja comunidade, profissional e/ou gestor (Araujo, 2015).

Conforme Silva *et al.* (2020), é relevante destacar que Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, ainda que se fundamentem em princípios metodológicos diferentes, e que, quando implementadas em conjunto, possibilitam a transformação profissional por meio do desenvolvimento de habilidades e competências, bem como fortalecem o processo de trabalho.

Assim, em 2003, foi criada no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de induzir a formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, além de conduzir a inserção da política de educação permanente nos serviços de saúde. A criação da SGTES possibilitou um avanço significativo para o campo da educação profissional em saúde, de forma que, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2004; 2018).

A PNEPS se baseia em uma política integradora, organizativa, articuladora e de formação e desenvolvimento para SUS, vinculada às necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços prestados à saúde. A inserção desse conceito no campo da saúde no Brasil ocorreu por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, na década de 1980, e teve como foco a construção de um novo referencial pedagógico que possibilitasse o maior envolvimento do trabalhador no processo produtivo da saúde, orientado para melhoria da qualidade (Barcelos, 2020; Ferreira *et al.*, 2019).

Conforme proposto por Merhy e Feuerwerker (1998), a educação permanente em saúde visa "manter mecanismos de negociação, contratualização, co-gestão e outros recursos de técnicas democráticas na gestão da formação". Essa também tem a finalidade de contribuir para a transformação das práticas de saúde, por meio da reflexão crítica sobre os modelos assistenciais e o desenvolvimento de tecnologias leves.

Atualmente, o SUS possui a PNEPS em sua composição, a fim de qualificar a atenção e gestão na saúde individual e coletiva, estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais e articular as práticas de saúde e educação no Sistema. Entretanto, uma década após a implantação da política, foram identificadas descontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento, o que dificultou a sua implantação (Jesus, 2021).

As diretrizes da Educação Permanente em Saúde como política foram a de articulação intersetorial e interinstitucional de base localregional para o desenvolvimento do trabalho e do ensino da saúde. Assim, o seu principal dispositivo, foram as "rodas", instâncias localregionais de interação ensino-serviço, gestão-controle social para a formulação, implementação e avaliação da educação permanente em saúde ou Polos de Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2008).

Nesse contexto, Prado (2018) refere a EPS como estratégia educativa realizada no espaço de trabalho, de produção e educação em saúde. Essa se apresenta como de grande contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho, ao incorporar os princípios da problematização, da contextualização da realidade, às pedagogias inovadoras e ao pensamento reflexivo. Todavia, percebem-se dificuldades em implementar processos de ensino aprendizagem, de modo crítico e participativo, que promovam mudanças nas diferentes realidades na área da saúde, prevalecendo a educação bancária, apesar de decorrida mais de uma década da institucionalização da EPS como política nacional.

Para Almeida e Caregnato (2016), a proposta da EPS é a ruptura com o modelo de capacitações verticalmente reproduzidas e o rompimento com a pedagogia da transmissão de conhecimento. Acrescentam, ainda, que as capacitações e treinamentos são necessários para determinados procedimentos técnicos e específicos; entretanto, têm se mostrado ineficazes para a mudança do modelo de atenção biomédico vigente e para agenciar protagonismos, com implicação dos atores na construção do seu saber e do seu processo de trabalho.

Um dos principais pontos discutidos pelos autores é a importância da integração entre teoria e prática na formação dos profissionais de saúde. De acordo com Gomes, Barbosa e Ferla (2016) a PNEPS propõe uma educação voltada para a resolução de problemas reais, utilizando métodos ativos que estimulem a reflexão crítica e a construção de conhecimento pelos próprios profissionais. Nessa mesma perspectiva, Borochovcicius e Tortella (2014) destacam a necessidade de uma aprendizagem centrada no trabalho, na qual os profissionais possam identificar as situações-problema enfrentadas no cotidiano e buscar soluções de forma colaborativa. Essa abordagem, segundo os autores, contribui para a construção de um saber contextualizado e para a melhoria da atuação profissional.

Outro aspecto relevante é a valorização da interdisciplinaridade na formação e, na prática dos profissionais de saúde. A PNEPS busca superar a fragmentação do conhecimento e promover a integração entre diferentes áreas, visando uma atenção mais integral e resolutiva. A participação dos trabalhadores nos processos de planejamento e gestão da educação permanente é de suma importância, visto que promove a construção coletiva das diretrizes, bem como uma gestão participativa, que promova o diálogo entre os diversos atores envolvidos e promova a troca de experiências e saberes (Bezerra, 2019).

Por fim, a avaliação das ações de educação permanente em saúde também se faz de extrema relevância. Nesse contexto, Merhy e Feuerwerker (1998) apontam que essa avaliação deve considerar não apenas os resultados alcançados, mas também os processos de aprendizagem e as mudanças de práticas profissionais. Dessa forma, obtêm-se um importante instrumento de gestão da PNEPS.

Diante das discussões apresentadas, fica evidente a importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o aprimoramento dos profissionais e para a qualificação dos serviços de saúde. Como ressaltado pelos autores citados, a educação permanente deve ser uma prática contínua, baseada na reflexão crítica, na multidisciplinaridade e na participação dos trabalhadores. Essa abordagem proporciona um cuidado mais integral e efetivo, a fim de alcançar constantes melhorias na atenção à saúde.

2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PRONTO SOCORRO: SUA CONTRIBUIÇÃO PROMOVE A ATUALIZAÇÃO CONSTANTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os serviços de urgência e emergência têm a responsabilidade de atender ocorrências que demandam assistência imediata, tais como acidentes graves, problemas respiratórios, lesões traumáticas e outras circunstâncias que envolvem risco de vida. Dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), esses serviços desempenham um papel fundamental na garantia do acesso universal à saúde, visto que permitem cuidados médicos em situações de urgência, independente da condição social, econômica ou de saúde do paciente (Souza *et al.*, 2021).

No entanto, é importante ressaltar que esses serviços enfrentam desafios significativos no que diz respeito à demanda de pacientes. A sobrecarga de trabalho é uma realidade constante para os profissionais que atuam nesses locais, que, muitas vezes, precisam lidar com um grande volume de casos simultaneamente (Souza *et al.*, 2021).

Tal demanda expressiva levanta a discussão acerca da qualidade e a eficiência dos serviços de urgência e emergência. Isso porque pode haver atrasos no atendimento, longas filas de espera e, até mesmo, a dificuldade de encontrar leitos disponíveis, principalmente em momentos de pico, como durante uma epidemia ou desastre natural. Tendo em mente esses desafios, é indispensável que medidas sejam adotadas para garantir a efetividade desses serviços (Carvalho, 2020).

Aumentar o número de profissionais de saúde nessas unidades, promover a capacitação e o treinamento contínuo desses profissionais, bem como ampliar a infraestrutura e os recursos materiais disponíveis podem ser caminhos para melhorar a qualidade do atendimento. Além disso, é de extrema importância que se adote uma política de saúde preventiva e educativa, de modo a minimizar ao máximo a dependência de atendimentos de urgência. De mesmo modo, iniciativas direcionadas para a promoção da saúde, tais como campanhas de imunização, orientação sobre hábitos saudáveis e medidas de prevenção de acidentes, têm o potencial de reduzir significativamente a procura por atendimentos emergenciais (Carvalho, 2020).

Nesse interim, convém pontuar que existem muitas outras dificuldades encontradas no atendimento às urgências e emergências, como o despreparo de alguns profissionais, a falta de conhecimento da sociedade, superlotação dos prontos socorros, precariedade do setor público, poucos recursos, números de profissionais insuficientes, falta de estrutura física, precárias instalações e equipamentos e insegurança profissional. Aliado a esses aspectos, tem-se a dificuldade de otimização de leitos de internação, poucos leitos de retaguarda clínica com tecnologia adequada e distribuição inadequada das portas de entrada, o que dificulta o rápido atendimento aos casos críticos (Dwyer; Konder, 2022).

A partir de 2003, no Brasil, a ênfase na assistência a situações urgentes e emergenciais se tornou uma prioridade. Isso aconteceu com a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que foi estabelecida com o propósito de assegurar que o atendimento a essas situações seja universal, equitativo e abrangente (Tibães, 2017).

A criação da PNAU, estabelecida pela Portaria 1.863 de 29 de setembro de 2003, considerou diversos fatores essenciais. Estes incluem a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, a organização de redes de atendimento integrado às urgências em nível local e regional, a implementação e operação das Centrais de Regulação Médica de Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS, além da capacitação e atualização constante das equipes de saúde em todos os níveis de atenção, seguindo os princípios de humanização da assistência (Almeida; Álvares, 2019).

Além disso, a PNAU preconiza, conforme as diretrizes apresentadas pela Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde, a importância da organização de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que abrangem não apenas os serviços hospitalares, mas também a rede pré-hospitalar. Essa abordagem visa garantir uma resposta efetiva e oportuna às urgências e emergências de saúde, de modo a priorizar a integralidade do atendimento e a qualificação dos serviços prestados (Ortiga *et al.*, 2016).

A criação das redes de saúde no SUS foi um marco importante para a organização e efetivação dos serviços de saúde no Brasil. A proposta das redes surgiu com a intenção de integrar os serviços de saúde, visando garantir uma atenção integral e contínua aos usuários. De acordo com Paim *et al.* (2020), as redes de saúde são constituídas por diferentes serviços, desde a atenção básica até os níveis de média e alta complexidade, com o intuito de promover a continuidade do cuidado e a resolutividade das necessidades de saúde da população. Essa concepção está consoante com os princípios do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade.

Entretanto, a implantação dessas redes no Brasil não foi um processo fácil. Tal construção demandou articulação entre os diversos atores envolvidos, como gestores, profissionais de saúde e usuários, além do financiamento adequado para garantir a viabilidade dos serviços. Foi preciso superar desafios como a fragmentação dos serviços, a ênfase na doença e a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção (Cecílio, 2010).

Apesar dos avanços conquistados, as redes de saúde ainda enfrentam dificuldades na sua efetivação. Entre os principais obstáculos está a falta de integração entre os serviços, a escassez de recursos financeiros e a falta de profissionais qualificados. Almeida *et al.* (2020) salientam que a centralização do poder decisório e a descontinuidade das políticas públicas também são fatores que dificultam a consolidação das redes, de modo que um meio de superar essas dificuldades consiste em fortalecer a participação social na gestão das redes de saúde.

Apona-se que a aproximação entre gestores e comunidades, por meio de conselhos municipais de saúde e outras instâncias de participação, é essencial para o planejamento e monitoramento das ações de saúde. Assim, possibilita-se avançar na consolidação das redes, ao fortalecer a participação social e buscar formas de integração efetiva entre os serviços, para alcançar, sempre, a qualidade e equidade no acesso à saúde (Paim *et al.*, 2020).

Outrossim, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram organizadas a partir de diferentes temas de atenção, denominadas de Redes Temáticas. Cada rede temática organiza o cuidado nos diferentes níveis tecnológicos de forma singular. A ideia central da divisão da RAS em diferentes redes está relacionada à capacidade de indução que determinados temas apresentam para organizar esse conjunto. Portanto, o objetivo é a oferta de um cuidado contínuo e qualificado, por meio de um coletivo de serviços organizados tecnologicamente, levando-se em consideração particularidades que exigem diferentes ofertas assistenciais (Mendes *et al.*, 2015).

Com a revisão da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), o Ministério da Saúde promoveu uma reestruturação na assistência a emergências, a fim de aprimorar o acesso ao atendimento oportuno para indivíduos em iminente risco de morte. Ao reformular essa política e estabelecer a Rede de Atenção às Condições de Urgência e Emergência (RUE) no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde considerou diversos aspectos, como o impacto socioeconômico e as aflições individual e familiarmente resultantes de acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil. Além disso, reconheceu a necessidade de abordar a saúde de maneira abrangente, ao orientar as intervenções e respostas às necessidades, desde a promoção e prevenção até as formas de tratamento e reabilitação (Lessa, 2017).

Devido à especificidade da dinâmica do atendimento fornecido e às reais necessidades da população que procura os serviços de emergência, no Brasil, a partir de 2003, foi implementada a PNAU. Essa iniciativa promoveu a estruturação e o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são estabelecimentos da rede de atenção às urgências. As UPAs são de complexidade intermediária, as quais operam de forma contínua e possuem a competência para acolher e prestar assistência aos usuários que apresentam quadro clínico agudo de qualquer natureza (Silva, 2019).

Sob esse viés, a mudança populacional, a transição de mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas resulta na demanda e na disponibilidade de cuidados médicos no Brasil, os quais estão em constante mutação. Nesse contexto, nas últimas décadas, tem-se observado grande aumento na demanda dos serviços de atendimento às urgências e emergências que, por sua vez, exigem grande incremento de tecnologias criadas em diferentes áreas e formas (Miranda, 2015).

A criação da classificação de risco e sua implantação têm sido um avanço significativo na área da saúde, com intuito de oferecer um atendimento mais ágil e eficiente aos pacientes. Essa consiste em um processo de triagem que avalia a gravidade e a urgência do quadro clínico do paciente, o que permite uma rápida identificação dos casos que demandam atendimento emergencial. A implantação desse sistema, no entanto, apresenta desafios consideráveis. Um dos principais obstáculos é a capacitação adequada dos profissionais de saúde para realizar a classificação de risco de forma precisa e eficaz, o que levanta a necessidade de treinamentos e atualizações periódicas (Torquato; Rodrigues, 2013).

Outro desafio que pode ser levantado é a baixa quantidade de recursos e infraestrutura adequada. Destaca-se que, para uma classificação de risco eficaz, é necessário que as unidades de saúde estejam equipadas com estrutura suficiente para atender aos pacientes em diferentes categorias. Além disso, é essencial estabelecer um fluxo de comunicação eficiente entre os diversos setores do hospital, para garantir que o atendimento seja ágil e coordenado (Marinho, 2011).

Convém pontuar que a classificação de risco não é uma solução mágica que resolverá todos os problemas do sistema de saúde. Ela pode contribuir para otimizar o atendimento, mas é fundamental um planejamento estratégico sólido e levar em consideração fatores como a demanda dos pacientes, a disponibilidade de recursos, a gestão eficiente do tempo e o envolvimento ativo dos profissionais de saúde (Marinho, 2011).

Portanto, a criação e implantação da classificação de risco representam avanços essenciais na área da saúde, mas também enfrentam desafios importantes. É fundamental serem realizados investimentos em treinamento e infraestrutura, além de um planejamento estratégico consistente, para garantir um atendimento de qualidade e eficaz aos pacientes. Ressalta-se que essa classificação consiste em um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado segundo a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (Guimarães, 2023).

Em vista disso, o Protocolo de Manchester é um método para codificar as informações clínicas de um paciente em um formato padronizado. Ele foi desenvolvido para ser usado pelo serviço de saúde do Reino Unido, mas sofreu expansão para outros países. Sua aplicação consiste em utilizar uma combinação de cores e letras para classificar a gravidade dos problemas de um paciente. Cada cor representa uma prioridade de atendimento, enquanto as letras indicam a área afetada do corpo (Cruz, 2019).

Nesse sentido, Arruda *et al.* (2016) apontam que essa codificação permite uma rápida triagem e priorização dos casos, o que garante o atendimento mais rápido de pacientes graves. A importância do Protocolo de Manchester reside no fato de que ele otimiza o atendimento em serviços de urgência e emergência, onde o tempo é uma questão crucial. Além disso, esse também auxilia no gerenciamento de recursos hospitalares, pois permite prever a demanda de casos mais graves e alocar a equipe e os materiais necessários de forma mais eficiente. Isso contribui para diminuir o tempo de espera dos pacientes, bem como garantir um atendimento mais ágil e de qualidade.

Destaca-se que a triagem é um serviço prestado na urgência e emergência que necessita de um olhar preciso, de modo que o profissional deve estar apto e seguro para definir qual é a maior prioridade no momento em relação às queixas do paciente. Em vista disso, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, o qual deve ser orientado por um protocolo direcionador (Santos, 2022).

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas e protocolos que estratificam o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. Ressalta-se, porém, que a implantação de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) demanda qualificação dos envolvidos, diálogo com a comunidade sobre o novo formato de atendimento e, principalmente, adoção de protocolos para uniformizar a linguagem e fomentar segurança aos profissionais de saúde (Rossato *et al.*, 2018).

A classificação de risco é uma etapa fundamental no processo de acolhimento, pois utiliza um instrumento adequado para este fim e garante o princípio da equidade ao priorizar atendimento imediato ao usuário com maior grau de risco. Esse procedimento também estimula o fortalecimento de redes de cuidado e fornece ao usuário informações sobre sua condição de saúde e o tempo de espera, bem como aumenta a satisfação desse (Costa *et al.*, 2018).

No entanto, apesar de sua relevância reconhecida, os serviços de saúde continuam a enfrentar desafios na implementação da Classificação de Risco. Esses desafios incluem a escassez de profissionais de saúde, a falta de investimento na formação qualificada dos profissionais responsáveis pelas avaliações clínicas, deficiências nas referências e contrarreferências que resultam no acúmulo de usuários no sistema, atendimento superficial aos pacientes menos graves, inadequada estrutura dos serviços e a falta de articulação, entre outras questões (Ferreira *et al.*, 2016).

Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devido, principalmente, ao aumento no número de acidentes e violência urbana. A realidade da superlotação dos prontos-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais, como o atendimento por ordem de chegada e sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes (Cruz *et al.*, 2017).

Como forma de alterar esse cenário e garantir um melhor atendimento dos pacientes, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), que aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. A ideia era

transformar o processo de trabalho das unidades, ao identificando pacientes com potencial de risco e priorizando o atendimento com base na gravidade, em detrimento da simples ordem de chegada à instituição (Rosa, 2021; Oliveira *et al.*, 2013).

Assim, o conceito de RAS, sob a ótica organizativa de sistema de saúde a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais, passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão (Nakata *et al.*, 2020).

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde com uma missão em comum, as quais utilizam uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Essas são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

De maneira análoga, os sistemas de governança compreendem o conjunto dos arranjos institucionais necessários para a cooperação das instituições, organizações e atores sociais e políticos que participam das redes de atenção à saúde. O financiamento em volume minimamente suficiente é uma das condições necessárias para uma boa governança, mas as redes de atenção à saúde exigem também um adequado sistema de incentivos, para que os prestadores de serviço se motivem a aderir aos objetivos estabelecidos para o trabalho em rede (Binsfeld, 2020).

A manutenção da rede de atenção à saúde com referência apresenta inúmeros benefícios, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais de saúde. Isso porque permite uma coordenação mais eficiente e contínua do cuidado ao longo do tempo, assegurando que os pacientes recebam os serviços adequados e necessários de acordo com suas demandas. Assim, espera-se melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde para aqueles que residem em áreas remotas ou enfrentam dificuldades de mobilidade (Gurgel *et al.*, 2022).

Além disso, ao estabelecer uma RAS referencial, é possível padronizar os protocolos e práticas de tratamento, com propósito de assegurar uma maior qualidade nos cuidados fornecidos. Isso porque essa abordagem não apenas promove uma prestação de serviços mais eficiente, mas também contribui para a redução de custos, ao otimizar a utilização dos recursos disponíveis,

evitar a duplicação de serviços e diminuir os custos operacionais, o que resulta em benefícios significativos para o sistema de saúde na totalidade (Mendes, 2016).

Pode-se apontar, ainda, uma melhora na comunicação entre os profissionais de saúde, o que incentiva a cooperação, a troca de informações e a maior segurança aos pacientes. Soma-se a isso que a RAS com referência facilita o acompanhamento contínuo dos pacientes ao longo do tempo, permitindo uma coordenação eficiente dos cuidados e a prevenção de erros na prestação de serviços de saúde. A conectividade entre os diversos profissionais da área na rede cria um ambiente favorável para resultados de saúde melhores, ao mesmo tempo que a vigilância constante e a padronização dos procedimentos garantem que os cuidados sejam prestados de maneira segura e adequada, fortalecendo a qualidade global do sistema de atendimento médico (Oliveira, 2016).

Nessa circunstância, a criação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) visa reduzir a morbimortalidade decorrente das urgências e emergências no país, a fim de melhorar a qualidade, a eficiência e a resolutividade dos serviços de saúde. Para isso, a Rede é composta por uma série de serviços interligados, que vão desde o atendimento pré-hospitalar até a conclusão do tratamento do paciente, como unidades de pronto-atendimento, hospitais, centros de especialidades, entre outros (Crivelaro, 2022).

A RUE busca promover uma ampla articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a fim de garantir o encaminhamento adequado dos pacientes, conforme a gravidade do quadro clínico e a necessidade de cada um. Além disso, essa também visa fortalecer a capacidade de resposta dos serviços de saúde diante de situações de urgência e emergência, por meio da formação e capacitação dos profissionais envolvidos (Oliveira, 2018).

É importante destacar que a implementação e o funcionamento efetivo da RUE demandam uma série de desafios, como a necessidade de investimentos em infraestrutura, recursos humanos qualificados, definição de protocolos de atendimento, sistema de regulação eficiente, entre outros. No entanto, acredita-se que a criação dessa Rede representa um avanço significativo no sentido de garantir o atendimento adequado e oportuno às urgências e emergências, contribuindo para a melhoria da saúde da população brasileira (Cyrino, 2017).

Entretanto, a assistência às urgências e emergências no Brasil ainda representa um problema crítico no Sistema Único de Saúde. Apesar dos avanços e da expansão da Atenção Básica (AB), sobretudo a partir da criação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), ainda existe necessidade de superar modelos assistenciais, aumentar o acesso às Unidades Básicas de Saúde, aprimorar

acolhimento à demanda espontânea e programada e fortalecer o papel dessas enquanto coordenadora do cuidado, uma vez que os serviços destinados ao atendimento de urgência e emergência ainda são vistos pela população como mais resolutivos, especialmente pelo fato de disporem de atendimento contínuo (Dimenstein *et al.*, 2018).

Essa situação tem provocado a sobrecarga nos setores de urgência de hospitais tanto públicos quanto privados, o que resulta em longas esperas por assistência. O aumento excessivo na procura por atendimento decorre da incapacidade dos serviços de saúde primários e secundários em lidar com a demanda inicial. Isso está também relacionado à insuficiente estrutura das Unidades de Saúde e à sua limitação em resolver questões de saúde simples, de forma que os pacientes passam a buscar esses serviços na esperança de encontrar um médico disponível (Lessa, 2017).

Sob esse viés, de acordo com Lessa (2017), a busca desordenada da população por atendimento nos serviços de urgência resulta em uma carga excessiva de trabalho, o que gera insatisfação entre os profissionais que prestam assistência nesses locais. Assim, os serviços de urgência enfrentam diversas dificuldades, como a recepção ocasional de pacientes em condições extremamente graves, o que ultrapassa sua capacidade de resolução e demanda encaminhamentos para unidades mais complexas. Isso leva as salas de observação, originalmente destinadas a atendimento de 24 horas, a se transformarem em locais de internação, mesmo sem condições adequadas para tratamento efetivo e contínuo.

Por conseguinte, observa-se um impacto nos pacientes em geral. No caso dos pacientes graves, a busca por esses serviços pode resultar em atrasos e interferências no atendimento prioritário que eles requerem. Por outro lado, para os com condições menos graves, a procura por atendimento hospitalar não assegura a continuidade adequada de seu tratamento, uma vez que esses serviços são destinados a casos emergenciais. Essa prática inadequada prejudica o funcionamento eficiente dos serviços de saúde, o que compromete a qualidade do atendimento prestado e a efetividade do tratamento oferecido (Carret *et al.*, 2009).

Além disso, a superlotação frequente repercute diretamente na qualidade da assistência prestada aos usuários, pois o incremento na estruturação desses serviços ainda não é suficiente para suprir toda a demanda. Este aumento também pode estar relacionado às modificações ao longo dos anos no perfil sociodemográfico e etário da população, e o consequente crescimento da expectativa de vida. Aliada a isto, estão às modificações no perfil de morbimortalidade, que saiu de um perfil caracterizado pelas doenças infectocontagiosas para um marcado pelas

doenças crônicas não transmissíveis, o que compromete a qualidade de vida do indivíduo e causa um aumento da procura por serviços de saúde (Dias, 2016).

Portanto, apesar das mudanças na estrutura organizacional do SUS e da implementação de políticas públicas direcionadas para a área de urgência e emergência, várias fragilidades persistem no panorama desses serviços no Brasil. Diante desse cenário, torna-se imperativa a reestruturação das unidades existentes ou mesmo a criação de novas instalações, para assegurar um atendimento oportuno e eficaz aos casos de urgência e emergência (Pelegrini *et al.*, 2010; Torres; Belisario; Melo, 2015)

Outrossim, deve-se compreender que os profissionais que atuam nesses ambientes devem estar vigilantes e capacitados para enfrentar uma ampla gama de situações. É crucial possuírem a habilidade e o conhecimento necessários para fornecer atendimento rápido, seguro e embasado em fundamentos teóricos, a fim de socorrer a vítima em qualquer circunstância de risco de vida. Ressalta-se que não basta apenas competência técnica, é preciso ter capacidade de agir com iniciativa, estabilidade emocional e adaptabilidade diante de cenários desafiadores (Rodrigues *et al.*, 2020).

O SUS enfrenta um grande desafio relacionado à ausência ou inadequação dos serviços oferecidos aos seus usuários. Essa situação pode resultar em incapacidades permanentes ou, até mesmo, levar a óbito. É fundamental serem realizados esforços para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde, visando garantir um atendimento adequado e eficiente para todos os cidadãos (Torres; Belisario; Melo, 2015).

Uma estratégia essencial para reorganizar o sistema de saúde no Brasil é a implementação efetiva do conceito de rede de saúde, a fim de ajustar a demanda pelos serviços de urgência e emergência e reduzir a sobrecarga desses serviços. Para isso, é fundamental enxergar os hospitais como componentes integrados da rede de assistência à saúde, de forma que esses devem contar com equipes de trabalho multiprofissionais, além de disponibilizar espaço físico e recursos necessários para garantir atendimento adequado nessas unidades, adotando uma abordagem baseada em um planejamento eficaz (Coelho; Goulart; Chaves, 2013).

Nessa circunstância, desde o ano de 2005 o Ministério da Saúde tem conduzido o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) por meio da SGTES. Esse programa, que se integrou ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2001, visa promover alterações nos cursos de graduação das profissões da saúde. O foco está na adequação dos perfis profissionais, por meio da formação em serviço, na

diversificação dos ambientes de educação através do trabalho, na integração das ações hospitalares com toda a rede de cuidados do sistema de saúde, na participação ativa de gestores de saúde, estudantes, órgãos de gestão da educação e controle social do SUS na condução da política nacional. Além disso, o programa busca qualificar os sistemas de avaliação do ensino, estabelecendo um compromisso institucional com o SUS, e oferecer suporte à formação e capacitação dos docentes (Pierantoni et al., 2008).

Além das definições citadas, os estabelecimentos de saúde, bem como os hospitais, devem promover a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, da disseminação sistemática da cultura de segurança, realizar a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e garantir boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Pode-se destacar, ainda, que cabe às instituições hospitalares realizar programas de capacitação para suas equipes de trabalho e demais pontos de atenção e realizar educação permanente nas áreas estratégicas do SUS, de maneira a integrar políticas prioritárias de formação em saúde (Lavich *et al.*, 2017; Silva, 2018).

Por fim, entende-se que a concepção de educação está intrinsecamente ligada à profissão de enfermagem, uma vez que todas as ações realizadas por esses profissionais incluem práticas educativas, visando não apenas o cuidado com o paciente, mas também o desenvolvimento profissional e pessoal. Dessa forma, pode-se afirmar que a Educação Permanente, Continuada e em Serviço são ferramentas primordiais para promover esse desenvolvimento (Mendes *et al.*, 2021).

2.4 DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS ATUAIS

A transferência de responsabilidades das políticas sociais aponta, de maneira mais abrangente, para a urgência de reestruturação dos sistemas de gestão locais. Esses sistemas, em conjunto com a abordagem intersetorial, seriam cruciais para estabelecer uma nova abordagem na administração das cidades, mais diretamente ligada às necessidades da população e aos desafios específicos relacionados ao território ou região (Pierantoni, 2001).

Em 2003, a criação da SGETES no âmbito do Ministério da Saúde (MS) permitiu uma transição da abordagem convencional de recursos humanos na área de saúde, fundamentada nas ciências

administrativas, para uma perspectiva mais abrangente e integrada da gestão e aprimoramento do trabalho no SUS. A partir disso, foram abordadas diversas questões relacionadas à administração dos profissionais de saúde, como a valorização e a regulação das relações laborais, que incluem a elaboração de um plano de carreira, cargos e salários; o aprimoramento das condições de trabalho; o estabelecimento de uma mesa de negociação permanente; a implementação de estratégias de educação continuada; a avaliação de desempenho; e o estímulo à produtividade (Macedo; Albuquerque; Medeiros, 2014).

Em vista disso, a administração do SUS destaca a relevância de preparar gestores e profissionais, assegurando práticas alinhadas com a sua consolidação. Ressalta-se que é essencial direcionar recursos para a capacitação de pessoas habilitadas a desempenhar funções em diversos setores e níveis de administração, o que demonstra um comprometimento político com o processo de Reforma Sanitária e a promoção de um SUS democrático (Macedo; Albuquerque; Medeiros, 2014).

Nesse interim, de acordo com Soares (2007), as instituições de ensino superior têm a tendência de promover a separação entre a produção de conhecimento e o ambiente de trabalho. Isso ocorre porque, muitas vezes, os conteúdos apresentados são contraditórios e incompatíveis, abordando questões como objetividade e subjetividade, individual e coletivo, saúde e doença clínica e saúde pública. No entanto, é importante ressaltar que a formação profissional também acontece no ambiente de trabalho, por meio da interação com colegas de profissão e de outras áreas, além da aquisição de conhecimento formal e prático. Portanto, essas dimensões devem ser consideradas ao pensar em políticas e oportunidades de formação e qualificação na área da saúde.

A concepção da educação deve envolver um esforço coletivo para valorizar as experiências individuais e a criatividade, a fim de criar abordagens inovadoras para o trabalho. Nesse contexto, a educação se transforma em um processo de reinvenção e reconstrução do conhecimento de maneira personalizada. Em vez de se limitar à simples preparação de mão de obra para o mercado de trabalho, busca-se capacitar o profissional e fomentar sua autonomia intelectual, sendo percebida como um agente transformador da realidade e um avaliador crítico-reflexivo-participativo. Essa abordagem favorece a redescoberta do indivíduo, de suas potencialidades e limitações, o que contribui, de certa forma, para o desenvolvimento de suas habilidades diante das situações enfrentadas no ambiente de trabalho (Guimarães; Martins; Rabelo, 2010).

No cenário da saúde, o objetivo do processo de trabalho em enfermagem é atender às necessidades de saúde dos indivíduos. Nesse sentido, compreende-se que, para os enfermeiros, o foco de trabalho são as necessidades de cuidado em enfermagem e seu gerenciamento, que possibilitam alcançar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças. Estes são, em suma, os propósitos reais do trabalho de enfermagem. Em relação aos instrumentos, eles consistem em materiais e imateriais, como os conhecimentos técnicos, por exemplo, que fornecem informações e embasamento imediato às ações realizadas (Rossi; Silva, 2005).

Sob esse viés, conforme Ceccim e Feurwerker (2004), o trabalho deve ser compreendido como uma prática social que envolve uma relação recíproca entre as práticas educativas que capacitam e formam os profissionais e a sua inserção concreta nos serviços de saúde. Essa análise ressalta a importância de uma formação qualificada e integrada que esteja alinhada com a realidade prática desses profissionais, a fim de prepará-los para os desafios e demandas da área da saúde. Além disso, é fundamental que as práticas educativas sejam constantemente atualizadas e adaptadas às necessidades e demandas do ambiente de trabalho, para garantir, assim, uma integração efetiva entre teoria e prática.

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, principalmente nas décadas de 60 e 70. Formulada como “conjunto de ações educativas que visam o aperfeiçoamento do trabalhador para alcançar os objetivos da instituição”, essa apresenta como finalidade principal os interesses da instituição e foca no treinamento de técnicas e habilidades e nas relações humanas no trabalho (Farah, 2003).

Nesse contexto, tem-se que diferentes termos são utilizados para descrever os modelos de educação destinados a profissionais: educação continuada (EC), educação em serviço e educação permanente em saúde. A literatura especializada se refere a essas modalidades como meios para impulsionar o desenvolvimento e a melhoria dos conhecimentos, habilidades e competências dos profissionais da saúde (Azevedo, 2015).

No que diz respeito à educação continuada, essa engloba atividades de aprendizado que ocorrem de maneira sistemática e regular ao longo da carreira, para manter os profissionais atualizados e aprimorar suas habilidades. Por outro lado, a educação em serviço se concentra no aprendizado que ocorre no ambiente de trabalho, ao proporcionar uma forma de desenvolver habilidades práticas e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos (Azevedo, 2015).

Conforme Montanha e Peduzzi (2010), a concepção de EC tende a reproduzir os valores predominantes na organização do trabalho de enfermagem e do setor de saúde. Estes valores incluem a fragmentação das ações, hierarquização das relações de trabalho, trabalho individualizado por profissional e paroxismo técnico-científico. Nesse contexto, a educação continuada contribui para a adaptabilidade e empregabilidade dos profissionais.

De mesmo modo, Ponte (2012) ressalta que ampliar os conhecimentos por meio de cursos, treinamentos e especializações proporciona uma base sólida para expandir as oportunidades de carreira e enfrentar novos desafios. Essas capacitações são em geral pontuais e baseadas na organização disciplinar e de especialidades, dificultando a compreensão de realidades complexas e da subjetividade. Todavia, a educação continuada é um processo fundamental para se manter atualizado, competitivo e preparado para as demandas do mundo atual (Fernandes *et al.*, 2017).

Adicionalmente, Cesar *et al.* (2017) afirmam que esse tipo de educação visa complementar a formação acadêmica inicial, capacitando os profissionais para lidarem com as demandas e desafios que surgem com o avanço científico e tecnológico, assim como com as mudanças no sistema de saúde. Essa se faz necessária, pois, conforme destacado por Bortolini (2019), a crescente demanda do mercado por especialização e qualificação requer profissionais capazes de acompanhar as constantes evoluções tecnológicas e atender às demandas do mundo contemporâneo.

Por outro lado, a educação permanente busca enfatizar a importância de um processo educativo que vá além da simples transmissão de informações, ao envolver a problematização e reflexão crítica das situações vivenciadas no ambiente de trabalho. Nessa abordagem, utilizam-se situações-problema específicas - relacionadas aos desafios, demandas e limitações encontrados nas práticas de saúde – para a construção do conhecimento, o que permite uma aprendizagem significativa e aplicável na realidade (Ceccim; Ferla, 2008).

Dessa forma, a educação permanente não se restringe a momentos pontuais de capacitação, mas se estabelece como um processo contínuo de formação, onde os profissionais são incentivados a refletir sobre suas práticas, questionar e buscar soluções conjuntas para as questões enfrentadas. Ao envolver os gestores e usuários nesse processo, a EP promove uma abordagem interdisciplinar e participativa, o que favorece a construção de uma prática mais efetiva e humanizada no campo da saúde (Ceccim; Ferla, 2008).

Essa modalidade surgiu nos debates da OPAS, na década de 70, e foi posteriormente disseminada pela América Latina como o caminho mais adequado para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, com vistas ao aprimoramento dos sistemas de saúde, ao considerar a aprendizagem significativa como vital ao envolvimento dos trabalhadores na melhoria da qualidade da atenção (Arnemann, 2017).

A educação permanente em saúde também é essencial para acompanhar as mudanças demográficas e epidemiológicas da população. O envelhecimento da população, o aumento de doenças crônicas e as mudanças nos padrões de saúde exigem abordagens e práticas de atendimento diferentes das tradicionalmente ensinadas nas escolas de saúde. Portanto, os profissionais de saúde precisam adquirir novos conhecimentos e habilidades para atender às necessidades em constante mudança de seus pacientes (Hinterholz, 2018)

Na atual conjuntura brasileira, os ambientes educacionais foram expandidos para abranger não apenas instituições tradicionais, mas também organizações, comunidades, clubes e associações comunitárias. Isso viabiliza que os profissionais, como agentes reflexivos, desenvolvam alternativas de ação e conhecimento, ao mesmo tempo, em que se integram ao contexto do trabalho em saúde. Portanto, a EPS busca constantemente a aprendizagem, possibilitando processos e desenvolvimentos de profissionais de saúde para estarem comprometidos com a assistência, conscientes e responsáveis, inseridos no processo de trabalho e no território, conhecedores do sistema em que atuam, com suas políticas e ações (Balbino *et al.*, 2010; Davini, 2009).

Para tanto, exige-se uma releitura do contexto atual na busca de novas estratégias para a melhoria da atenção à saúde, a qual deve ser realizada tanto pelas instituições, quanto pelos trabalhadores, para que a educação permanente proponha novas ações no campo da educação em saúde e haja o fortalecimento da relação educação-trabalho (Brum, 2009).

A evolução constante do campo da saúde demanda que profissionais estejam sempre atualizados com as práticas mais recentes e as novas descobertas científicas. A medicina e outras disciplinas da saúde estão em constante evolução, com novas tecnologias, tratamentos e protocolos sendo desenvolvidos regularmente. Logo, é essencial que os profissionais da área estejam sempre atualizados para aplicar os conhecimentos mais recentes (Paim; Almeida Filho, 2020).

De mesmo modo, manter a atualização constante também permite que os profissionais da saúde ofereçam o melhor atendimento aos pacientes e com maior segurança. Isso porque, com o

conhecimento adquirido baseado em evidências científicas, esses podem utilizar técnicas mais avançadas, identificar diagnósticos com maior rapidez e precisão, e oferecer tratamentos mais eficazes e seguros. Além disso, com o avanço tecnológico e a evolução das informações, manter-se atualizado contribui para a promoção de evidências científicas sólidas e o avanço exponencial da medicina na totalidade (Carvalho *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2023; Viana *et al.*, 2019).

Ressalta-se que, para que uma educação permanente em saúde seja adequada, essa deve ser baseada em evidências científicas sólidas. Isso significa que os profissionais de saúde devem aprender com base em pesquisas recentes e melhores práticas clínicas, de forma que as instituições de ensino, os hospitais e as organizações de saúde têm um papel fundamental nessa promoção, ao fornecer oportunidades de treinamento e acesso a recursos atualizados, bem como ao incentivar a participação em atividades de desenvolvimento profissional (Borges, 2023).

Além disso, Sampaio (2016) ressalta que a educação permanente em saúde também deve ser coerente com as necessidades específicas de cada profissional e área de atuação. Para tanto, os cursos e programas de atualização devem ser personalizados para atender às demandas de enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, de acordo com suas especialidades e interesses individuais.

Ademais, autores destacam que a EPS também promove a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências socioemocionais, como o trabalho em equipe, a comunicação efetiva e a empatia. Essas habilidades são fundamentais para a melhoria do cuidado individualizado e humanizado aos pacientes, permitindo uma abordagem mais integral e centrada no ser humano (Andrade *et al.*, 2021).

Presume-se, ainda, que o envolvimento dos profissionais de saúde na educação permanente é imprescindível para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. O aprimoramento do conhecimento, habilidades e competências desses profissionais contribui para uma assistência mais eficiente, humanizada e centrada no paciente. Portanto, investir na educação permanente em saúde é essencial para promover a excelência na prestação de serviços e para acompanhar as constantes transformações e avanços na área da saúde (Paula; Tonello; Santos, 2021).

Sob essa ótica, de acordo com Ribeiro, Souza e Silva (2019), tal metodologia de ensino é um processo contínuo de aprendizagem e atualização voltado para os profissionais da área da saúde. Ela visa garantir que esses profissionais possuam conhecimentos e habilidades atualizadas,

promovendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Além disso, oferecer incentivos e recursos adequados para a participação dos profissionais na educação permanente em saúde por meio de ferramentas que incluam programas de capacitação, acesso a materiais educacionais atualizados e apoio financeiro para participação em cursos, congressos e workshops (Rodrigues *et al.*, 2021).

No entanto, Campos (2018) refere que a educação permanente em saúde, muitas vezes, se depara com barreiras culturais e resistência à mudança. Uma das principais é a falta de valorização da educação como um instrumento de transformação e desenvolvimento pessoal e profissional. Em algumas culturas, o ensino é visto apenas como um meio para obter um diploma e encontrar um emprego, e não como um processo contínuo de aprendizagem ao longo da vida.

Além disso, a resistência à mudança é um obstáculo comum na implementação da educação permanente em saúde. Muitos profissionais de saúde estão acostumados com suas práticas e rotinas e têm dificuldade em se adaptar a novas abordagens e conhecimentos. A resistência à mudança também pode ser alimentada pelo medo do desconhecido e pela percepção de que a mudança pode ameaçar sua posição de poder ou sua forma de trabalho (Pralon; Garcia; Iglesias, 2021).

De acordo com Carus *et al.* (2021), significativamente, existe ainda uma barreira cultural que afeta alguns estabelecimentos de saúde, referente à hierarquia presente nestes ambientes. Nesses locais, profissionais com mais experiência podem manifestar resistência em relação à necessidade de continuar aprendendo e se atualizando. Eles podem sustentar a crença de que seu conhecimento e experiência prévios são satisfatórios, e assim, não se sentem compelidos a se adaptar a novas práticas ou informações.

Para superar essas barreiras culturais e resistência à mudança, é necessário um esforço conjunto de gestores de saúde, educadores e profissionais. Um dos primeiros passos é o reconhecimento da importância da educação permanente em saúde e dos benefícios que ela traz para a qualidade dos serviços prestados. Promover uma cultura de aprendizagem contínua e valorizar a educação como um processo de crescimento pessoal e profissional é essencial (Mota; Nunes, 2018).

Também é essencial promover uma mudança na cultura institucional, ao valorizar a colaboração, o compartilhamento de conhecimentos e a liderança baseada em evidências. A criação de espaços de diálogo e reflexão, onde os profissionais possam discutir abertamente

suas experiências e dúvidas, também é fundamental para criar um ambiente propício ao aprendizado e à superação das barreiras culturais e resistência à mudança (Caneppele, 2023).

Isso porque a educação em saúde constante é uma ferramenta indispensável para assegurar a qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, ela se depara com desafios associados a barreiras culturais e resistência à transformação. Transpor essas dificuldades demanda um trabalho conjunto entre gestores, educadores e profissionais, ao incentivar uma mudança de mentalidade e reconhecendo a educação como um processo ininterrupto de aprendizado e atualização (Lima, 2022).

Nesse sentido, conforme supramencionado, a importância do envolvimento dos profissionais de saúde na execução da educação continuada e da educação permanente é fundamental para garantir a atualização constante e aprimoramento das práticas e conhecimentos técnicos. Essas desempenham um papel crucial no desenvolvimento profissional e na qualidade dos serviços de saúde, permitindo a incorporação de novas evidências científicas, o aperfeiçoamento das habilidades e a melhoria da tomada de decisões clínicas (Davis *et al.*, 2006).

Para que essas sejam efetivas, é essencial o envolvimento ativo dos profissionais de saúde. Eles devem ser protagonistas no processo de aprendizagem, para identificar suas necessidades de capacitação, participar de atividades de formação e aplicar o conhecimento adquirido em sua prática diária. Além disso, é importante haver uma cultura institucional que apoie e incentive a continuidade da aprendizagem ao longo da carreira, ao reconhecer a importância da atualização constante e valorizar o investimento em educação (Grol *et al.*, 2013).

De mesmo modo, entende-se que a educação permanente e a continuada têm conceitos abrangentes, que englobam não apenas a atualização técnico-científica, mas também a reflexão crítica sobre a prática profissional, o trabalho em equipe, a comunicação com os pacientes e a gestão do cuidado. Elas vão além do aprendizado teórico, ao buscar uma transformação efetiva da prática, para melhorar a qualidade do cuidado oferecido pelos profissionais da saúde. A educação em saúde tem como pilares a aprendizagem baseada em problemas reais, o trabalho em equipe interdisciplinar e a melhoria contínua dos processos de trabalho (Reeves *et al.*, 2017).

A educação permanente é um processo dinâmico e contínuo que se fundamenta na construção ativa do conhecimento, por meio de formas de ensino e aprendizagem que valorizam a interação, a reflexão crítica e o aprendizado colaborativo. Nesse contexto, as referências bibliográficas atuais destacam a importância de práticas pedagógicas inovadoras, como a

aprendizagem baseada em projetos, a utilização de tecnologias digitais e a valorização da autonomia do estudante como agente ativo na construção do seu próprio conhecimento (Mizukami, 2012).

Além disso, a educação permanente também se apoia na troca de experiências entre profissionais, no desenvolvimento de habilidades socioemocionais e na busca constante por atualização e formação contínua. Para isso, é crucial que as instituições de ensino e os educadores estejam abertos a novas metodologias e que haja uma articulação entre teoria e prática, para promover um ensino mais significativo e contextualizado (Sacristân, 2011).

Assim, por meio dessa constante atualização, objetiva-se a formação de cidadãos críticos e responsáveis, capazes de se adaptarem a um mundo em constante transformação. Por intermédio de abordagens pedagógicas inovadoras e de uma visão mais ampla do processo educativo, é possível promover uma educação permanente verdadeiramente transformadora e capaz de preparar os indivíduos para os desafios do século XXI (Pimenta, 2015; Tardif, 2014).

Outrossim, desde a instituição da PNEPS, o processo de modificação da formação profissional busca articular e transformar as práticas e a educação na saúde, bem como organizar o trabalho, ao considerar a Educação Permanente como uma oportunidade de crescimento no ambiente laboral, por meio de uma inversão na lógica anteriormente consolidada de Educação Continuada (Barbosa, 2021).

Em 2007, houve reformulações na portaria que regulamenta esta política, sendo publicada, então, a portaria 1996/GM. Essa buscou enfatizar as especificidades regionais como estratégia de identificar as distintas necessidades de formação e desenvolvimento do trabalho em saúde. Assim, passou-se a visualizar essa vertente educacional como algo com potencial para gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de tomar as realidades locais como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. No entanto, apesar de haver uma regulamentação que assegura a legalidade da política, havia diversas fragilidades entre os profissionais da área da saúde em relação ao entendimento e à maneira de lidar com a EPS (Alencar, 2019; Barbosa, 2021).

De mesmo modo, convém pontuar que, de acordo com Santos (2019), a avaliação da educação permanente em saúde é um processo fundamental para garantir a efetividade dos programas de formação e desenvolvimento contínuo dos profissionais da área da saúde. Tal avaliação requer a consideração de diferentes níveis e aspectos e pode ser realizada por meio de questionários

de satisfação, testes de conhecimento, observações diretas, acompanhamento dos profissionais e estudos de impacto. Essas estratégias, quando utilizadas de forma integrada, podem fornecer informações valiosas para a melhoria contínua dos programas de formação na área da saúde, garantindo a qualidade e a efetividade das intervenções educativas.

Nesse sentido, Cunha (2017) destaca a importância de se utilizar uma abordagem avaliativa que considere os diferentes níveis de avaliação, como o nível de reação dos participantes, o nível de aprendizado, o nível de transferência de conhecimentos para a prática e o nível de impacto nos serviços de saúde. Além disso, é necessário considerar diferentes aspectos, desde o planejamento e implementação das atividades até seus resultados e os impactos, na prática dos profissionais.

De maneira análoga, Freire (2018) destaca que a participação dos profissionais na avaliação da educação permanente é essencial, pois eles são os protagonistas do processo de aprendizagem. Para avaliar o nível de reação dos participantes, podem ser aplicados questionários de satisfação após o término das atividades, a fim de se obter informações sobre a qualidade do conteúdo, metodologia utilizada, tempo de duração, organização do evento, entre outros aspectos.

Mullan (2015) aponta, também, que, para avaliar o nível de transferência de conhecimentos para a prática, é fundamental realizar acompanhamento dos profissionais após a conclusão das atividades educativas, de modo a observar se houve mudanças nas práticas e comportamentos dos participantes, bem como a identificar possíveis fatores facilitadores ou dificultadores para essa transferência. Nesse sentido, enfatiza-se a importância de se proporcionar um ambiente de trabalho favorável à aplicação dos conhecimentos adquiridos, pois isso pode potencializar a transferência e a implementação dos aprendizados, na prática.

No que diz respeito ao nível de aprendizado, é possível utilizar testes de conhecimento antes e depois da intervenção educativa, para verificar o quanto os participantes aprenderam ao longo do processo. Além disso, é importante realizar observações diretas ou utilizar instrumentos de avaliação específicos, como checklist's e escalas, para identificar as habilidades e competências adquiridas durante a formação (Mullan, 2015).

De acordo com Oliveira (2015) para assegurar a eficácia e a qualidade do ensino ao longo da vida, é essencial monitorar a educação permanente. A educação permanente valoriza a aprendizagem contínua e a atualização constante dos profissionais em suas áreas de atuação. Dessa maneira, o monitoramento se torna um parceiro ao identificar lacunas de conhecimento e efetuar os ajustes necessários para fortalecer o processo educativo.

De mesma maneira, é crucial realizar o monitoramento da educação permanente como forma de acompanhar os resultados obtidos tanto pelos indivíduos quanto pelas instituições de ensino. Ao adotar essa abordagem, é possível observar de maneira constante o impacto das ações educativas na vida dos estudantes e profissionais, o que contribui para a melhoria contínua da qualidade do ensino (Santos, 2018).

Para tanto, conforme Souza (2019), deve-se adotar diversas estratégias e ferramentas de avaliação para garantir um monitoramento eficaz. É essencial estabelecer indicadores de desempenho e metas claras para obter uma visão abrangente da evolução dos processos educativos. Ademais, o uso de recursos tecnológicos, como sistemas de gestão e plataformas online, pode ser um facilitador para o monitoramento, capaz de possibilitar uma análise mais precisa e ágil dos resultados.

Além disso, pode-se apontar que o monitoramento da educação permanente não deve ser apenas um processo burocrático, mas sim uma prática reflexiva e colaborativa. É essencial promover o diálogo entre professores, alunos e gestores, a fim de identificar desafios e elaborar estratégias de superação. Dessa forma, o envolvimento de todos os atores educacionais fortalece a aprendizagem e possibilita uma constante troca de experiências e conhecimentos (Ferreira, 2020).

Outrossim, destaca-se que a implementação da PNEPS nos estados e municípios foi objeto de análise de diferentes estudos, os quais evidenciaram desafios para a consolidação da área de rede recursos humano (RHS) no Brasil, tais como: a pouca articulação do serviço de saúde com o setor da educação; a ausência de avaliação dos resultados e impactos dos projetos desenvolvidos; o financiamento incipiente e as dificuldades para execução dos recursos financeiros; e o descompasso entre a formação e o perfil profissional requerido pelo sistema de saúde (França *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde, com intuito de superar os fatores limitadores para a efetiva implementação da PNEPS, tomou a iniciativa de dar início, em 2017, ao processo denominado de "A retomada da PNEPS". Essa ação procura recolocar o tema da Educação na Saúde na agenda das políticas públicas do país. Com isso, busca-se enfrentar os desafios e obstáculos que têm impedido o pleno desenvolvimento e fortalecimento dessa política, buscando, assim, alcançar melhores resultados no setor da saúde (Brasil, 2018).

Essa iniciativa é fundamental para promover a valorização dos profissionais da saúde, a fim de garantir uma formação contínua e aprimorada, que contribua para a melhoria da qualidade e

eficiência dos serviços prestados à população. A retomada da PNEPS é um passo importante para a construção de uma área da saúde mais qualificada e preparada para os desafios do presente e do futuro (Brasil, 2018).

Assim, no período 2017-2018, foi empreendido no Brasil um conjunto de iniciativas para a estruturação da política do RHS do setor público, tendo como premissas básicas a integração dos setores da educação e da saúde e o alinhamento da formação de RHS às necessidades dos sistemas de saúde. Segundo a legislação federal, o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, ou seja, deve ocorrer do nível local até o federal. Além disso, existem diretrizes que objetivam instar os países a estabelecer mecanismos formais para o enfrentamento dos desafios da área de RHS, o que inclui o aumento dos gastos públicos, a eficiência do financiamento e a promoção do desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços (OPAS, 2017).

Por fim, de acordo com Gonçalves *et al.* (2019), priorizou-se iniciar um debate com os estados e municípios, atores efetivamente promotores das políticas públicas, em articulação com a esfera federal. Nasce desse processo, como uma das medidas para restabelecer o processo de implementação da PNEPS, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), instituído pelo Ministério da Saúde em 2017, que significou a recuperação do fluxo de financiamento, por meio de repasses de recursos aos estados e municípios, com o propósito de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a educação permanente em saúde no Pronto-socorro frente a Política de Educação Permanente no ambiente intra-hospitalar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a percepção dos profissionais do Pronto-socorro sobre a Política de educação permanente em saúde no serviço de atendimento do pronto socorro;

Identificar as práticas/metodologias de ensino desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente para a capacitação dos profissionais;

Descrever como acontece a articulação do ensino de trabalho educacional do núcleo de Educação Permanente no serviço de atendimento do Pronto-socorro;

Identificar quais são os facilitadores e dificultadores para implementação das práticas de ensino de educação permanente.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

O presente trabalho adota uma abordagem qualitativa, que possui foco na exploração e compreensão profunda dos fenômenos em questão. A pesquisa qualitativa é escolhida devido à sua capacidade de fornecer percepções ricas e contextuais sobre experiências individuais, esclarecimentos e significados atribuídos pelos participantes (Arnoldi *et al.*, 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi conduzido nas instalações do setor de Pronto Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia situado em Vitória, Espírito Santo. A escolha desse local específico se justifica pela relevância desse setor na prestação de serviços de saúde e na promoção da educação contínua no contexto hospitalar.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo, profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados no Pronto Socorro do referido hospital. A equipe era composta no total de 73 profissionais, sendo que a equipe de enfermeiros conta com quadro de 21 enfermeiros, sendo um diarista e 20 plantonistas, em escala de 12h por 60h.

Entre os 21 enfermeiros, 13 prontamente concordaram em ser entrevistados. Contudo, é relevante mencionar que 1 enfermeiro estava de férias e 7 preferiram não participar do processo.

No que diz respeito aos 52 técnicos, 35 deles participaram da entrevista, sendo que 03 estavam ausentes por estarem de férias, enquanto outros 14 optaram por não participarem da pesquisa. Assim, fizeram parte desse estudo 13 enfermeiros e 35 técnicos de enfermagem.

4.3.1 Critério de Inclusão

Foram incluídos os profissionais que atuaram mais de seis meses no setor do pronto socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória- ES.

4.3.2 Critério de Exclusão

Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, licença médica ou afastados do serviço por quaisquer outras razões.

4.4 COLETAS DE DADOS

4.4.1 Levantamento de necessidades e dúvidas do público-alvo

Para contribuir com o levantamento do conteúdo, foram realizadas entrevistas com o intuito de conhecer a percepção e dificuldades que esse grupo possui sobre a temática central do estudo. O período para identificação dos participantes, convites e realização das entrevistas foi de julho a setembro de 2023.

Para condução da entrevista e auxílio na coleta de dados, utilizou-se roteiro criado pela pesquisadora com os seguintes itens, dentre outros: conhecimento sobre a Educação Permanente (EP), benefícios da EP no ambiente hospitalar, dificuldades de implementação, melhorias a serem feitas, lacunas existentes (APÊNDICE B). Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em áudios e transcritas na íntegra.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para organização e análise dos dados, utilizou-se do método de Bardin (2011) que se constitui em três fases, conforme descrito na figura abaixo:

Figura 1. Passos metodológicos da Análise de Conteúdo fundamentada por Bardin (2011).



Fonte: elaboração própria, 2024.

Deste modo, podem ser identificadas como etapas do processo de análise de conteúdo, conforme descrito por Bardin (2011):

Fase Preliminar: representa a etapa de estruturação que viabiliza a organização das ideias iniciais, visando à formulação de hipóteses e metas para a interpretação final. Inicia-se com a aplicação da leitura flutuante e aprofundada, seguida pela consideração de critérios como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, e pela elaboração de índices e indicadores. Conclui-se com a identificação de elementos menores extraídos dos fragmentos textuais.

Exame do Material: compreende a codificação, decomposição ou enumeração, obedecendo às normas previamente estabelecidas e formuladas. Esta fase envolve a geração de unidades de registro, unidades de contexto e a elaboração de pré-categorias.

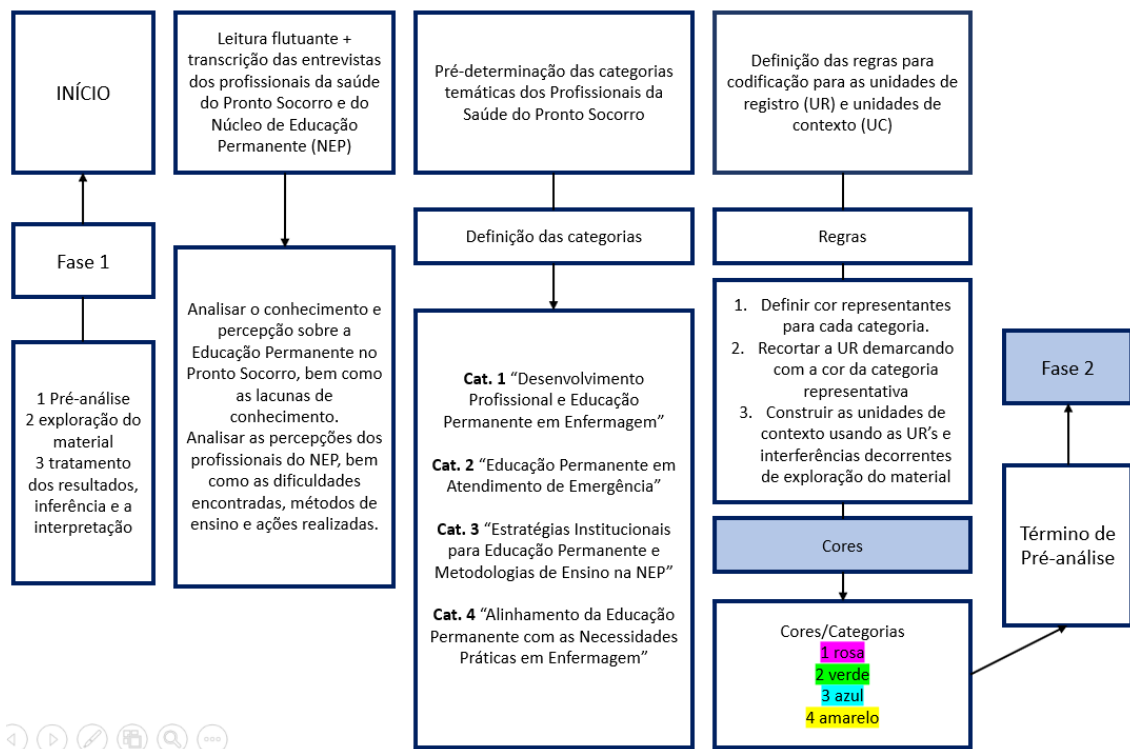
Análise dos resultados: inclui a validação dos resultados brutos tratados, de modo a conferir-lhes significado e validade para inferências subsequentes.

Etapas da análise de conteúdo na prática:

4.6.1 Pré-análise: primeira etapa

Iniciando as etapas da metodologia proposta por Bardin, emerge a fase inicial. neste ponto, ocorre a definição de objetivos, pré-classificações e diretrizes que servirão como orientação para as fases subsequentes.

Figura 2. Fluxograma da fase 1 (Pré-análise) da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.



Nesta fase inicial, procede-se à leitura fluente dos relatos dos profissionais participantes da pesquisa com o intuito de estabelecer as categorias analíticas, conforme o quadro 1 durante esse estágio, as orientações têm como objetivo aprimorar a estruturação do material. São delineadas as Pré-categorias, e para a análise do conteúdo, são estabelecidas diretrizes específicas: a

utilização de cores para a identificação dos fragmentos por categorias, a definição das Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto (UC), juntamente com a aplicação das normativas de enumeração.

A partir da compreensão do mencionado acima, optou-se por definir as Pré-categorias, distinguindo-as por meio de cores específicas: Categoria 1 - Rosa, Categoria 2 - Verde, Categoria 3 - Azul e Categoria 4 - Amarelo. Além disso, foram estabelecidas as regras de enumeração, marcando a conclusão da primeira fase.

Considerando, pois, esse passo a passo, tem-se no quadro abaixo a organização do corpus do estudo com as Pré-categorias que foram construídas:

Quadro 1 – Fragmentos dos depoimentos dos profissionais de saúde do Pronto Socorro, divididos entre as categorias analíticas. Vitória, 2024.

CAT. 1 “Percepção sobre a educação permanente e sua importância”	CAT. 2 “Educação Permanente em Atendimento de Emergência como acontece”	CAT. 3 “Estratégias Institucionais para Educação Permanente e Metodologias de Ensino na NEP”	CAT. 4 “Desafios e possibilidades da política da educação permanente e as necessidades do setor”
<i>“é um sistema em que o conhecimento é transmitido de forma fácil e fácil acesso também [...] garantir segurança do paciente do profissional e da instituição”</i> <i>“[...] só funciona para instituição preencher os seus pré-requisitos e receber as suas metas do governo [...]”</i>	<i>“Ela acontece em pequenos seminários geralmente pontuais de fatos ou acontecimentos que fogia a normatiza da empresa”</i> <i>“Eu participei de todas as palestras e discussões de várias áreas, foram ostomias, punções intradérmicas [...] elas foram vitais</i>	<i>“eles apoiam e incentivam na grande maioria das vezes para cumprimento de metas [...]”</i> P.6	<i>“sim existem muitas lacunas [...] no pronto socorro chegar paciente com parada súbita, quais são os cuidados de um paciente que entra com uma parada cardíaca!? [...] as lacunas que vejo são estas, tentam passar tudo para todos sem definir uma área de atuação”</i>

<p>P.7</p>	<p><i>para pronto socorro não, não foram</i></p> <p>P.1</p>		<p><i>“a falta de um cronograma que se adeque a minha realidade de pronto socorro, eu não posso parar duas horas de treinamento e deixar um setor desfalcado [...]”</i></p> <p>P.3</p>
<p><i>“[...] aprender muito e desafios é que as vezes a gente ta numa emergência com quatro pacientes graves ou um gravíssimo que depende de uma atenção de um funcionário exclusivo [...]”</i></p> <p>P.10</p>	<p><i>“A gente tem encontro com a equipe cada turno no seu turno, encontros mensais as vezes semanais dependendo da demanda [...]”</i></p> <p>P.2</p>	<p><i>“Comunicação, cronograma”</i></p> <p>P.9</p>	<p><i>“Slides, práticas, dinâmicas”</i></p> <p><i>“Acontece várias confusões, exemplo, horários de medicamentos e escritas de prescrições, volume e outros precisa alinhar”</i></p> <p>P.14</p>
<p><i>“Atualização e educação permanente é fundamental [...] as técnicas vão melhorando e mudando com o tempo”</i></p> <p>P.12</p>	<p><i>“Aqui no pronto socorro ela acontece semanalmente de acordo com as demandas [...]”</i></p> <p>P.4</p>	<p><i>“[...] tem os slides a gente tem palestra, a gente tem comunicado no setor né, plaquinhas do setor”</i></p> <p>P.13</p>	<p><i>“[...] no carrinho de parada no momento da intubação [...] colocar os eletros nas posições corretas [...]”</i></p> <p>P.18</p>
<p><i>“A educação permanente ela boa porque ela ajuda a gente a reforçar o que a gente aprendeu [...]também é importante ter o reforço né dos treinamentos [...] técnicas que por</i></p>	<p><i>“[...] RCP, método de diluição de medicação, correção para não ter erro de medicação, erro de medicação, drogas e tal”</i></p> <p>P.5</p>	<p><i>“[...] treinamento de medicação e administração via, como administrar quais as reações, é tudo dentro do pronto socorro”</i></p> <p>P.15</p>	<p><i>“[...] grande importância para área da saúde [...] faz toda diferença”</i></p> <p>P.19</p>

<p>vezes acabam ficando no automático [...]”</p> <p>P.20</p>			
<p>“Educação permanente ela é importante porque cada vez mais você vai saber lidar com a situações adversas com os pacientes desde suas eficácias na segurança no atendimento à saúde no atendimento das medicações [...]”</p> <p>P.24</p>	<p>“Diariamente estamos sempre aprendendo”</p> <p>P.8</p>	<p>“slides, palestras, sistemas de informática [...]”</p> <p>P.16</p>	<p>“[...] emergência em RCP [...] por exemplo, não foi me mostrado o carrinho e nem foi aberto o carrinho, eu aprendi na prática na força”</p> <p>P.21</p>
<p>“Educação permanente é um aprendizado e ensino no setor em que trabalhamos”</p> <p>“Conhecimento e ensino atualizado”</p> <p>“Benefícios para o aprendizado do campo de trabalho e melhor atendimento ao paciente e diminuição dos erros, desafios e horários”</p> <p>P.26</p>	<p>“[...]questão de infecções [...]usar melhor uma luva estéril, acho que deveriam da uma reforçada em como prevenir as infecções cruzadas [...] é necessário treinamento [...]”</p> <p>P.11</p>	<p>“[...] precisa melhorar o local que é ofertado estes treinamentos [...]”</p> <p>P.25</p>	<p>“Desafios eles sempre são bem vindos porque quando você é desafiado você tem a tendência de fazer melhor a cada dia com uma certa confiança você tem que ter esta confiança [...]”</p> <p>P.27</p>
<p>“capacitação e orientação do profissional em relação aos protocolos destinados a instituição [...]”</p> <p>“[...] atualização dos protocolos treinamentos das</p>	<p>“a educação permanente acontece periodicamente temos um cronograma mensal anual então cada mês a gente tem uma atividade para executar para melhoria”</p> <p>P.17</p>	<p>“Tem questionários às vezes, pré teste e pós teste, tem exposição com slides e demonstração no manequim”</p> <p>P.28</p>	<p>“Bolsa de colostomias, drenos e punção”</p> <p>“carrinho de medicação e parada cardiorrespiratória”</p> <p>“há espaço de planejamentos e um lugar mais amplo para</p>

<p>atividades, e orientação basicamente isso”</p> <p>P.31</p>			<p>que todos possam participar”</p> <p>P.33</p>
<p>“Educação permanente, é um instrumento de aprendizado no trabalho, ela contribui com o meu trabalho e conhecimento”</p> <p>“[...] ajuda no aprendizado, desafios, horários e ocorrências”</p> <p>P.32</p>	<p>“Diariamente”</p> <p>“várias bolsas de colostomia, vários tipos de dreno”</p> <p>P.22</p>	<p>“a gente participa através de gincana [...]às vezes participa PS x UTI , UTI x enfermaria [...] tendo este incentivo garantindo assim melhorias do paciente”</p> <p>P.29</p>	<p>“Que eu participei foi pensionamento de eletrodos, ECG, dreno, notificação”</p> <p>“Atendimento a paciente crítico e grave [...] os profissionais ficam meios que perdidos [...]acredito que um treinamento com abordagem inicial a este paciente como médica técnica e do enfermeiro equipe toda. RCP também a prática no geral como prática [...]”</p> <p>P.34</p>
<p>“educação permanente ensino no trabalho, traz benefícios ao andamento do plantão”</p> <p>“impacto positivo no manejo aos cuidados prestados em equipe”</p> <p>“benefícios aprendizado contínuo, desafio horário”</p> <p>P.35</p>	<p>“Diariamente com cronograma anual com aviso no nosso perfil do computador e no quadro de aviso”</p> <p>P.23</p>	<p>“Através de palestra, slide trabalho em grupo e dinâmica”</p> <p>P.30</p>	<p>“é de interesse geral o ensino empregado, é necessário focar nos setores de necessidades”</p> <p>“Medicação e RPC”</p> <p>“é importante aumentar os espaços e ampliar todo os conteúdos existentes no cronograma, visando as necessidades dos setores”</p> <p>P.41</p>
<p>“[...] é fundamento para o engajamento dos</p>	<p>“Diariamente sempre que possível”</p>	<p>“Comunicação, são avisados”</p>	<p>“[...] percebo que o ensino deveria ser</p>

<p><i>processos de trabalho, para mim é um processo de trabalho contínuo e preciso</i></p> <p><i>“o impacto é visível quando se quer aprender [...]”</i></p> <p><i>“Benefícios aprendizagem contínua, desafios correia do pronto atendimento”</i></p> <p>P.38</p>	<p><i>“Bolsas de colostomia, dreno, punção venosa”</i></p> <p>P.36</p>	<p><i>“Slides, palestra”</i></p> <p>P.37</p>	<p><i>melhor e voltado para prática do pronto socorro”</i></p> <p><i>“Parada e medicação, o que fazer e quando usar”</i></p> <p><i>“espaço teria que ser melhor e readaptadas aos horários”</i></p> <p>P.43</p>
<p><i>“[...] é um serviço cuja finalidade é melhorar a saúde da população. É extremamente importante para mim e meu conhecimento”</i></p> <p><i>“Benefícios conhecimento prévio desafio, cronograma geral onde deveria ser específico de área, outro seria horário”</i></p> <p>P.40</p>	<p><i>“Os treinamentos a gente têm um aplicativo [...]”</i></p> <p><i>“[...] traqueos, curativos de dreno, eletro várias outras”</i></p> <p>P.39</p>	<p><i>“Cronograma e quadro de aviso”</i></p> <p><i>“Slides e prova”</i></p> <p>P.42</p>	<p><i>“[...] teria que ter temas mais específicos, assim na área de cada setor, sabe”</i></p> <p><i>“Medicações atendemos vários casos”</i></p> <p>P.46</p>
<p><i>“[...] é estar sempre atualizando a gente e treinando a gente para o melhor atendimento do profissional”</i></p> <p><i>“[...] a gente fica mais qualificado com estes treinamentos e quem é beneficiado com isso é o paciente [...]desafios a questão de horários”</i></p>	<p><i>“Existe hoje um cronograma e um calendário, as pessoas responsáveis nos encaminham”</i></p> <p><i>“troca de curativo em bolsa de colostomia, dreno, carrinho de parada”</i></p> <p>P.45</p>	<p><i>“Cronograma, e avisos no quadro”</i></p> <p><i>“Slides, teoria e prática, avaliação”</i></p> <p>P.44</p>	<p><i>“A lacuna que eu vejo é quando infelizmente a gente não consegue executar devida as intercorrências do setor [...]”</i></p> <p><i>“Temas mais relevantes são os atendimentos de emergências, são temas que geralmente são</i></p>

P.47			<i>sugeridos por nós a educação permanente, curso que eles poderiam estar nos capacitando”</i> P.48
------	--	--	--

Após esses depoimentos foram analisados e agrupados seguindo as categorias temáticas construídas, para assim, trazer as Unidades de registros e de contextos, que são parte da organização de dados segundo Bardin.

A UR é identificada como uma unidade de significado passível de codificação, representando o segmento ou agrupamento de conteúdo essencial. Essa abordagem possibilita ao pesquisador classificá-las, agrupá-las e registrar sua frequência nos fragmentos das comunicações durante a investigação, expressa por meio de palavras-temas (Bardin, 2011).

No que diz respeito às UC, Bardin (2011) as descreve como unidades mais abrangentes que orientam a codificação da UR. Esta última valida o núcleo base, isto é, a interpretação exata destas unidades, principalmente quando há ambiguidades entre os elementos codificados.

Para atingir esse propósito, adotam-se as orientações de enumeração/avaliação das unidades, fundamentadas no método de codificação proposto por Bardin (2011). Nesse contexto, foram escolhidas, para este estudo, as regras de frequência simples, que incluem:

Frequência Simples (FS): refere-se à incidência das palavras-tema, que se repetem levando em consideração o valor de importância; neste caso, contabilizam-se as UR indicadas nos depoimentos, organizando-as em ordem de ocorrência.

6.2 Exploração e tratamento dos dados: segunda etapa de Bardin

Seguindo as orientações predefinidas, deu-se início à implementação da segunda fase proposta por Bardin. Esta etapa refere-se ao estágio de exploração e tratamento dos dados. As UR e UC são organizadas com base em suas manifestações e direcionadas pela aplicação da regra de frequência simples, na qual é possível apenas quantificar a quantidade de ocorrências das UR conforme indicado por Bardin (2011). Dessa maneira, procedeu-se com a contagem da frequência simples, seguida pela orientação em relação à importância e pela construção da correspondente UC.

Assim, realizou-se a contagem da frequência simples, determinando a prioridade das UR com base nas características das palavras, conforme apresentado abaixo:

Quadro 2 – Unidades de Registro e Unidades de Contexto segundo entrevistas com os profissionais de saúde do Pronto Socorro. Vitória, ES, 2024.

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
“Percepção sobre a educação permanente e sua importância”	Educação continuada - 2 Conhecimento - 28 Segurança do paciente - 8 Urgência e emergência – 4 Pronto socorro - 9 Profissional - 18 Aprendizado - 66 Atualização - 35	A Educação permanente é vista como um método de aprendizado contínuo, e importante para eficácia do trabalho, embora ainda se confunde com a educação continuada. A atualização constante dos profissionais traz um conhecimento necessário para que haja segurança do paciente em situações de urgência e emergência, como no setor de pronto socorro.
“Educação Permanente em Atendimento de Emergência e como acontece”	Pronto Socorro - 4 Diariamente - 24 Mensalmente - 14 Semanalmente - 6 Ostomias - 25 Punção/intradérmica - 8 Sondas - 2 Medicações - 10 Curativos - 17	A educação permanente acontece diariamente. Nesses encontros são abordados assuntos relacionados a procedimentos e cuidados como ostomias, punções, sondas, curativos e medicações, embora não sejam conhecimentos vitais para o setor do pronto socorro.
“Estratégias Institucionais para Educação Permanente e Metodologias de Ensino na NEP”	Slides - 26 Treinamentos - 13 Palestras - 24 Comunicação - 14 Cronograma - 24 Aprendizado - 9	A educação permanente ocorre através de slides, treinamentos e palestras de forma a proporcionar melhor aprendizado, baseada em um cronograma anual que é comunicado aos profissionais.
“Desafios e possibilidades da política a da educação permanente e as necessidades do setor”	PCR/RCP - 26 Intradérmica - 30 Intercorrência - 8 Conhecimento - 7 Treinamento - 12 Informações - 5 Educação Permanente/continuada - 13 Urgência e emergência - 14	Identificam -se lacunas referentes aos temas abordados pela educação permanente, visto que o conhecimento e treinamento dos profissionais acerca de PCR/RCP, punções intradérmicas e situações de intercorrência são informações vitais em um setor de urgência e emergência.

Fonte: elaboração própria, 2024.

4.6.3 Inferência e Interpretação: terceira etapa

Após análise dos depoimentos, seguindo as regras estabelecidas da etapa 1 de Bardin, foi realizado a contagem das unidades de registro (frequência absoluta) e a construção das unidades de contexto, foram realizadas as inferências de acordo com cada categoria.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com o parecer favorável sob o nº 6.162.237 cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos

5 RESULTADOS

As categorias do estudo foram delineadas após uma análise aprofundada da entrevista e que, conforme descrito acima, foi realizada análise quanto a interpretação dos resultados de cada categoria e as inferências desses resultados.

Assim, apresenta-se a tabela a seguir com as inferências de cada resultado apontado:

Tabela 1 - Tratamento dos resultados: inferências e interpretação. Vitória, ES, 2024.

CATEGORIAS	INFERÊNCIAS
CAT 1 - Percepção sobre a educação permanente e sua importância CAT 2 - Educação Permanente em Atendimento de Emergência e como acontece CAT 3 - Estratégias Institucionais para Educação Permanente e Metodologias de Ensino na NEP” CAT 4 - Desafios e possibilidades da política a da educação permanente e as necessidades do setor	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos e formação complementar - Temas pontuais dentro da necessidade do paciente - Necessidade de capacitação voltada a necessidade do pronto socorro - Treinamentos mais eficazes para o cenário - Profissionais mais bem preparados - Maior integração entre o NEP e as necessidades do Pronto Socorro - Abordagem de temas específicos de urgência e emergência - Treinamento Prático Específico voltados a práticas do setor - Horários e programações adequados ao setor

Fonte: elaboração própria, 2024

A categoria 1, intitulada "Percepção sobre a educação permanente e sua importância", englobou relatos que abordavam o entendimento do termo "educação permanente", bem como o reconhecimento de sua relevância para a prática profissional. Foi evidenciada que os profissionais entrevistados demonstraram ter um conhecimento variado sobre o que constitui a educação permanente, destacando sua compreensão da necessidade de aprendizado contínuo ao longo da carreira. Muitos reconheceram a importância de se manterem atualizados e aprimorarem suas habilidades para melhor atender às demandas do ambiente profissional em constante evolução.

Entretanto, durante as entrevistas, emergiram também algumas confusões conceituais, especialmente no que diz respeito à distinção entre educação permanente e educação continuada. Alguns profissionais pareciam utilizar os termos de forma intercambiável, sugerindo uma falta de clareza sobre as diferenças fundamentais entre os dois conceitos. Esse resultado, destaca a importância de se trabalhar com capacitações mais focadas nos conceitos da prática.

Na categoria 2, intitulada "Educação Permanente em Atendimento de Emergência e como acontece", foram reunidos relatos que abordaram a ocorrência da educação permanente para os

profissionais, bem como os temas abordados durante esses momentos de formação. Evidenciou-se que na instituição em questão, a educação permanente ocorre em encontros previamente agendados conforme um cronograma estabelecido.

Durante esses encontros, são abordados temas relacionados a procedimentos e cuidados específicos, tais como ostomias, punções, sondas, curativos e medicações, embora alguns desses temas não sejam considerados conhecimentos vitais para o setor do pronto-socorro. Sendo assim, é importante avaliar continuamente a relevância e eficácia dos temas abordados durante esses encontros, garantindo que estejam alinhados com as necessidades e prioridades do setor.

Na categoria 3, denominada "Estratégias Institucionais para Educação Permanente e Metodologias de Ensino na NEP", foram coletados relatos que descreviam o modo como a educação permanente estava sendo conduzida. Foi evidenciado que no núcleo de educação permanente do hospital em análise, predominavam o uso de metodologias tradicionais, tais como slides e palestras.

Os profissionais participantes do estudo destacaram que as atividades de educação permanente eram frequentemente organizadas na forma de apresentações de slides e palestras ministradas por especialistas ou profissionais experientes da área. Essas sessões tinham como objetivo fornecer informações teóricas e práticas sobre diversos temas sobre a prática clínica e o ambiente hospitalar.

Embora as metodologias tradicionais possam oferecer uma maneira eficaz de transmitir conhecimentos e informações, é importante reconhecer que existem outras abordagens pedagógicas que podem complementar e enriquecer o processo de aprendizado. A diversificação das metodologias de ensino, como estudos de caso, simulações, discussões em grupo e aprendizado baseado em problemas, pode promover uma participação mais ativa e engajada dos profissionais, além de facilitar a aplicação prática dos conceitos aprendidos.

Por fim, na categoria 4, denominada "Desafios e possibilidades da política de educação permanente e as necessidades do setor", foram coletados relatos dos profissionais sobre as lacunas nos temas abordados durante os momentos de educação permanente. Muitos participantes destacaram a necessidade de abordar assuntos mais centrados e voltados para a prática e rotina do pronto-socorro.

Os profissionais entrevistados expressaram o desejo por uma educação permanente mais alinhada com as situações de urgência e emergência que constituem suas práticas diárias. Eles

identificaram uma lacuna significativa entre os temas abordados durante os encontros de educação permanente e as demandas reais enfrentadas no ambiente do pronto-socorro.

Essa desconexão entre a educação oferecida e as necessidades do setor pode comprometer a eficácia e relevância da formação contínua dos profissionais de saúde. Os participantes do estudo ressaltaram a importância de incluir temas específicos relacionados a procedimentos de emergência, protocolos de triagem, manejo de pacientes críticos e outras habilidades essenciais para lidar com as situações frequentemente encontradas no pronto-socorro.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar e analisar, conforme o resultado da primeira categoria, a percepção sobre a educação permanente e sua importância, no setor do Pronto-socorro. Observa-se que os profissionais reconhecem a importância da educação permanente e de suas ações significativas voltada numas abordagens de aprimoramento da prática profissional, conforme relataram:

“Atualização e educação permanente é fundamental [...] as técnicas vão melhorando e mudando com o tempo” P.12

“A educação permanente ela boa porque ela ajuda a gente a reforçar o que a gente aprendeu [...] também é importante ter o reforço né dos treinamentos [...] técnicas que por vezes acabam ficando no automático [...]” P.20

“[...] ajuda no aprendizado, desafios, horários e ocorrências” P.32

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma abordagem que colabora para a capacitação e evolução dos especialistas da área de saúde, é uma prática comum nos contextos profissionais e de trabalhos relacionados à saúde. Ela também viabiliza oportunidades para a atuação e contemplação das práticas, ainda que algumas vezes de maneira sutil (Vendruscolo et al., 2018).

Como evidenciado pelos resultados, os profissionais afirmaram, durante as entrevistas, que a educação permanente é crucial, pois os auxilia a recordar práticas esquecidas e/ou a adquirir novos conhecimentos. Partindo disso, a Educação Permanente busca valorizar o conhecimento e a prática dos profissionais da saúde e dos usuários, através da reflexão das práticas de saúde,

visando promover aprendizagem significativa e transformação das práticas profissionais (Oliveira et al., 2011).

De acordo com Oliveira et al., (2022) a qualidade da assistência e das práticas em saúde está diretamente ligada à competência dos profissionais que a prestam, pois são eles os responsáveis por fornecer os cuidados necessários ao indivíduo. São os profissionais dos serviços de saúde que cuidam, tratam, aliviam dores e promovem a saúde, prevenindo doenças e tornando realidade a ligação entre o conhecimento e as ações de saúde.

Ainda, segundo Figueiredo et al. (2017) a EPS é uma abordagem educativa que busca enaltecer o conhecimento e as ações dos profissionais da área de saúde e dos usuários que participam e influenciam por meio da análise das práticas de saúde, fundamentada na aprendizagem de verdade e na visão de mudanças das atividades profissionais. Considera também relevante a diversidade de conhecimentos e habilidades, juntamente com o trabalho em equipe, como fatores essenciais para alcançar resultados mais positivos. A ação reforça a necessidade de formar um grupo coeso e diversificado para obter sucesso no âmbito do núcleo de educação permanente.

A eficiência e a efetividade dos serviços requerem modalidades de trabalho em equipe que se traduzam na forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais. Na equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos, promovendo conexões e interfaces entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (Aguar, 2018).

Os resultados ainda evidenciam que, em muitos momentos, os entrevistados tendem a confundir a educação permanente (EP) com a educação continuada (EC). Essa confusão pode decorrer da semelhança entre ambos os conceitos, de uma possível falha na diferenciação entre eles, ou de outros fatores. Corroborando com este achado, Silva (2019) aborda em seu estudo que os profissionais de saúde frequentemente enfrentam desafios ao tentar diferenciar EP e EC, sendo ambas abordagens fundamentais para o desenvolvimento profissional.

O autor, ainda, traz que a educação continuada se refere a programas de aprendizado que buscam aprimorar habilidades específicas e conhecimentos técnicos, muitas vezes com foco em atualizações práticas e avanços recentes na área. Por outro lado, a educação permanente abrange um espectro mais amplo, visando o desenvolvimento holístico do profissional ao longo de sua carreira (Silva, 2019). A dificuldade em distinguir esses conceitos muitas vezes decorre da

sobreposição de métodos e conteúdo, uma vez que ambos são essenciais para manter a qualidade e a relevância na prática clínica, conforme demonstrado nas falas abaixo:

“uma prática mais incisiva da educação continuada” P.1

“aprendizado muito bom que leva para a vida, educação continuada” P.3

“a educação continuada tem que focar e dividir mesmo a equipe para treinamento”

P.5

Iglesias *et al.* (2023) destacam a presença dessa ambiguidade nos resultados de sua pesquisa, revelando uma certa confusão entre os conceitos de Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada por parte dos participantes. Um dos entrevistados expressa essa divergência ao afirmar que "Educação Permanente é fundamentada nas necessidades que se apresentam ali no cotidiano, mas é mais forma e a EC pode ser aquela que se dá no trabalho".

A constante evolução na área da saúde exige uma compreensão clara desses conceitos, pois a falta de distinção pode resultar em estratégias de aprendizado inadequadas. Profissionais de saúde precisam equilibrar a busca por habilidades especializadas por meio da educação continuada com a necessidade de cultivar uma abordagem de aprendizado ao longo da vida que sustente o desenvolvimento global de suas competências. Superar essa dificuldade requer uma abordagem consciente na formulação de programas educacionais, promovendo uma visão integrada que atenda às demandas específicas de atualização técnica e, ao mesmo tempo, fomente a resiliência e adaptabilidade em face das complexidades do cenário de saúde em constante mudança (Cavalcanti e Guizardi, 2018).

Na análise da segunda categoria é voltada para a Educação Permanente em Atendimento de Emergência e como acontece destaca-se que a Educação Permanente ocorre de forma pontual na instituição, abordando temas relevantes baseados na PNEPS, embora não considerados vitais para o contexto do Pronto-socorro conforme as falas dos entrevistados:

“Eu participei de todas as palestras e discussões de várias áreas, foram ostomias, punções intradérmicas [...] elas foram vitais para pronto socorro não, não foram” P.1

“[...]questão de infecções [...]usar melhor uma luva estéril, acho que deveriam dá uma reforçada em como prevenir as infecções cruzadas [...] é necessário treinamento [...]” P.11

Os resultados do estudo conduzido por Silva *et al.* (2018) revelam que, no contexto do serviço de atendimento de urgência e emergência, existe uma ampla margem para a integração da educação permanente. Nesse ambiente, a realização de procedimentos não deve ocorrer de forma automática, mas sim ser pautada por reflexão, questionamento e entendimento. É essencial compreender o motivo por trás de cada ação, evitando assim potenciais sequelas decorrentes de imperícia, imprudência e negligência.

Para Lucas (2009) a PNEPS, alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visa consolidar práticas educacionais continuadas que valorizem o aprendizado ao longo da carreira dos profissionais de saúde. Os NEPs, nesse contexto, atuam como agentes facilitadores, promovendo a identificação de necessidades de capacitação, desenvolvimento de estratégias educacionais adequadas e avaliação constante dos resultados alcançados.

Ao adotar a PNEPS, os hospitais contribuem para a construção de uma cultura organizacional voltada para a aprendizagem contínua, favorecendo a atualização profissional, a melhoria na qualidade dos serviços prestados e o enfrentamento dos desafios do cenário de saúde em constante transformação. A integração efetiva da PNEPS promove não apenas o desenvolvimento técnico, mas também a valorização do trabalho em equipe e a construção de práticas mais eficientes e centradas no paciente, fortalecendo, assim, a qualidade do cuidado oferecido pelos hospitais (Lucas, 2019).

Ainda, Leite *et al.* (2023) argumentam que a educação permanente no Pronto-socorro é fundamental para garantir um atendimento de qualidade e seguro, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. É um investimento que precisa ser constantemente valorizado e incentivado, para que os profissionais estejam sempre preparados para lidar com as demandas complexas e imprevisíveis que surgem nesse ambiente de trabalho. Essas atividades proporcionam a oportunidade de reflexão sobre práticas cotidianas, visando aprimorar e qualificar o atendimento aos pacientes. Reconhece-se, assim, a relevância dessas práticas na promoção de trocas de conhecimento e aprendizagem no ambiente de trabalho. Essa contribuição no conhecimento beneficia toda a equipe, promovendo uma aprendizagem contínua no contexto da EPS.

Nesse contexto, as atividades de educação permanente proporcionam uma experiência enriquecedora, tanto para os profissionais que participam, quanto para a instituição de saúde. De acordo com Gomes *et al.* (2020), a educação permanente no âmbito intra-hospitalar é fundamental para o desenvolvimento profissional dos profissionais de saúde. Por meio de estratégias de ensino-aprendizagem diversificadas, como aulas teóricas, discussões de casos

clínicos, simulações realísticas e atividades de pesquisa, é possível promover a aprendizagem ativa, aprimorar as habilidades técnicas e humanísticas dos profissionais e contribuir para a melhoria contínua da qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

A importância da educação permanente no pronto-socorro é fundamental para garantir a qualidade e a eficiência no atendimento aos pacientes. Nos serviços de pronto atendimento, é destacado que a capacitação dos profissionais é recomendada mediante cursos especializados e treinamento em serviço, sendo ressaltado que o aprimoramento profissional da equipe é um componente essencial nesse processo de capacitação (Carvalho, 2020).

A terceira categoria trata das Estratégias Institucionais para Educação Permanente e Metodologias de Ensino na NEP, os resultados demonstram que os profissionais reconhecem as estratégias e metodologias durante a participação em treinamentos de Educação Permanente na instituição. Além disso, destaca-se a utilização de metodologias ativas, que combinam abordagens teóricas e práticas, como no relato abaixo dos entrevistados.

Neste contexto, Oliveira e Campos (2015) propõem-se uma abordagem educacional fundamentada na interação entre teoria e prática. O apoio matricial está pautado na Interprofissionalidade, trabalho em redes, atuação em território definido, compartilhamento de saberes, deliberação conjunta e cogestão. Além desses, também apresenta componente educador e formativo, uma vez que cria espaços de discussão, troca de saberes e reflexão para a prática destacando a importância da vivência de situações reais por meio de capacitações, treinamentos, cursos, oficinas e rodas de conversa para os profissionais de saúde.

Garzon, Silva e Marques (2018) afirmam que o diálogo é considerado um dos princípios norteadores da pedagogia crítica libertadora freireana. Segundo os autores, acredita-se que dialogar e refletir, em grupo, sobre a prática da enfermagem contribui para a compreensão dos indivíduos em relação aos problemas relacionados com a prática. Essa abordagem permite alcançar hipóteses e soluções, colaborando para modificações na realidade. Perpetuando a EPS no Pronto-socorro, inclui-se a participação em cursos, treinamentos, workshops e outros eventos que visam aprimorar os conhecimentos teóricos e práticos dos profissionais, bem como a troca de experiências entre os membros da equipe. Sobre essa abordagem os participantes relataram algumas estratégias utilizadas como:

“[...] tem os slides a gente tem palestra, a gente tem comunicado no setor né, plaquinhas do setor” P.13

“a gente participa através de gincana [...]às vezes participa PS x UTI, UTI x enfermaria [...] tendo este incentivo garantindo assim melhorias do paciente” P.29

“Através de palestra, slide trabalho em grupo e dinâmica” P.30

“Slides, teoria e prática, avaliação” P.44

Ainda, durante as entrevistas, destacaram o emprego de abordagens dinâmicas, como estudos de caso, simulações, debates e atividades práticas, visando promover uma participação mais engajada e efetiva dos profissionais de saúde. Essa ênfase em metodologias ativas reflete o comprometimento da instituição em proporcionar experiências de aprendizado mais interativas e centradas no profissional, contribuindo assim para a eficácia e relevância das iniciativas de educação permanente no contexto hospitalar.

Os treinamentos e seminários desempenham um papel crucial, na prática profissional em saúde, proporcionando oportunidades valiosas para a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades. Ao participar dessas atividades, os profissionais têm acesso a informações atualizadas sobre avanços científicos, novas tecnologias e abordagens terapêuticas, fundamentais para manter a excelência na prestação de cuidados. Além disso, os treinamentos oferecem um espaço propício para a troca de experiências e práticas entre profissionais de diferentes contextos, enriquecendo o repertório de conhecimentos e promovendo uma abordagem mais holística e integrada na prática clínica (Marca e Loss, 2023).

Pereira *et al.* (2022) constataram que é essencial a incorporação das metodologias ativas na EPS, pois possibilita aos profissionais uma aprendizagem reflexiva da prática profissional, ao considerar a realidade dos serviços de saúde como ponto de partida. A autora também traz em seu estudo que as metodologias ativas são entendidas como estratégias de ensino que têm como foco a problematização, o que, por sua vez, contribui para o fortalecimento dos aspectos técnicos, sociais e éticos relacionados à formação dos profissionais de saúde.

Ao investir em treinamentos contínuos, atualizações e práticas educacionais específicas para o ambiente de pronto-socorro, os profissionais adquirem habilidades aprimoradas no manejo de situações críticas, tomada de decisões rápidas e coordenação eficaz em equipes multidisciplinares. Essa formação constante não apenas eleva o nível de competência técnica, mas também fortalece a capacidade de enfrentar desafios específicos do pronto-socorro, como o tratamento de casos complexos e a administração de recursos sob pressão. Além disso, uma

educação permanente bem-sucedida no PS promove uma cultura de aprendizado contínuo, resultando em profissionais mais confiantes, resilientes e preparados para oferecer atendimento de qualidade em um ambiente dinâmico e desafiador (Rodrigues *et al.*, 2020).

Na quarta categoria, Desafios e possibilidades da política a da educação permanente e as necessidades do setor, torna-se evidente que os profissionais percebem a existência de lacunas consideráveis em relação aos temas em suas falas:

“sim existem muitas lacunas [...] no pronto socorro chegar paciente com parada súbita, quais são os cuidados de um paciente que entra com uma parada cardíaca!? [...] as lacunas que vejo são estas, tentam passar tudo para todos sem definir uma área de atuação” P.3

“[...] emergência em RCP [...] por exemplo, não foi me mostrado o carrinho e nem foi aberto o carrinho, eu aprendi na prática na força” P.21

“Atendimento a paciente crítico e grave [...] os profissionais ficam meios que perdidos [...]acredito que um treinamento com abordagem inicial a este paciente com médica, técnica e do enfermeiro equipe toda. RCP também a prática no geral como prática [...]” P.34

“[...] percebo que o ensino deveria ser melhor e voltado para prática do pronto socorro... Parada e medicação, o que fazer e quando usar” P.43

“Temas mais relevantes são os atendimentos de emergências, são temas que geralmente são sugeridos por nós a educação permanente, curso que eles poderiam estar nos capacitando” P.48

Essas lacunas, destacadas principalmente em relação aos temas abordados em treinamentos e capacitações, revelam uma deficiência significativa, pois muitas vezes esses conteúdos não se concentram adequadamente nas demandas específicas do pronto socorro, que são RCP/PCR, punções intradérmicas e situações de urgência e emergência.

Conforme a perspectiva de Bugs *et al.* (2017), os profissionais do pronto socorro desempenham um papel crucial, requerendo treinamento técnico e científico específico, bem como educação continuada focada no autoconhecimento. Essa abordagem envolve o domínio das próprias emoções, o reconhecimento de limites e possibilidades, contribuindo para a eficiência e bem-

estar dos profissionais, resultando em melhorias na qualidade dos cuidados de emergência oferecidos. É essencial que esses profissionais, que enfrentam condições desafiadoras e altos níveis de estresse, estejam cientes de seus limites para evitar esgotamento físico e emocional, sabendo quando é apropriado buscar ajuda ou descanso.

De acordo com Fernandes *et al.* (2018), os profissionais que trabalham na unidade de emergência precisam ser capacitados de forma especializada em termos técnicos e científicos, além de receberem uma educação contínua que se concentre no autoconhecimento. Isso requer que esses profissionais tenham controle sobre suas emoções, conhecendo seus limites e possibilidades. Nesse sentido, a educação permanente no pronto socorro permite que os profissionais envolvidos possam constantemente rever suas práticas, buscando o aprimoramento e garantindo uma assistência de qualidade aos usuários em momentos de urgência e emergência.

Conforme relato dos profissionais entrevistados, há, de fato, uma eficácia notável na educação permanente oferecida pela Instituição. No entanto, de maneira quase unânime, esses profissionais expressam insatisfação pela ausência de ensinamentos e práticas específicas voltadas para situações de pronto-socorro, tais como emergências, parada cardiorrespiratória (PCR), administração de medicamentos, eletrocardiograma (ECG), entre outras, que são práticas cotidianas em seu trabalho no setor de PS.

Ainda, segundo Seibert (2018) a capacitação contínua contribui para a padronização de procedimentos e protocolos de atendimento, promovendo a prestação de um serviço de saúde mais ágil e eficiente. Portanto, investir na educação permanente de maneira mais centrada e específica no pronto-socorro é essencial para garantir um atendimento de qualidade, salvando vidas e promovendo o bem-estar dos pacientes.

Ademais, de acordo com depoimentos dos profissionais, mesmo reconhecendo a relevância dos treinamentos oferecidos pela instituição, eles enfrentam desafios significativos para participar devido aos horários desfavoráveis e à intensa movimentação no próprio setor. Apesar dessas dificuldades, é destacado pelos profissionais que a estrutura para a EP é considerada boa. Alguns mencionam ainda que escolhem não comparecer para evitar desfalques na equipe, priorizando assim a manutenção adequada do atendimento ao paciente.

Macêdo *et al.* (2019) abordam em seu estudo que muitas vezes, os horários propostos para treinamentos e capacitações coincidem com os períodos de maior movimentação e responsabilidades nos setores de saúde, tornando difícil a participação ativa dos profissionais.

A natureza da prestação de cuidados de saúde exige que esses profissionais estejam disponíveis em momentos críticos, o que limita sua capacidade de dedicar tempo significativo para atividades educacionais.

Ainda, corroborando com os achados deste estudo, o autor aborda que a grande demanda de serviço nos setores de saúde também se reflete na preocupação dos profissionais em evitar desfalques na equipe durante as ações de educação permanente. Muitos mencionam que, apesar de reconhecerem a importância dessas oportunidades de aprendizado, optam por não comparecer para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento ao paciente. Essa dualidade entre a necessidade de aprimoramento profissional e a responsabilidade direta com o cuidado ao paciente evidencia o dilema enfrentado pelos profissionais de saúde na busca por educação permanente em ambientes hospitalares (Macêdo *et al.*, 2019).

“à falta de um cronograma que se adeque a minha realidade de pronto socorro, eu não posso parar duas horas de treinamento e deixar um setor desfalcado [...]” P.3

“há espaço de planejamentos e um lugar mais amplo para que todos possam participar” P.33

“espaço teria que ser melhor e readaptadas aos horários” P.43

“A lacuna que eu vejo é quando infelizmente a gente não consegue executar devida as intercorrências do setor [...]” P.48

Iglesias *et al.* (2023) abordam em sua pesquisa relatos de profissionais que enfrentam desafios para participar de treinamentos, destacando as dificuldades de conciliar os horários exigidos pelos profissionais com o planejamento dos cursos e treinamentos. Isso é evidenciado na declaração de um participante: "Há quatro anos nós fazemos a mesma proposta na planilha e nós não conseguimos colocar em prática. Não conseguimos conciliar um horário para planejamento".

Ainda, conforme resultados do estudo de Silva *et al.* (2017), a participação dos profissionais de saúde em programas de Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada insuficiente. A escassez de envolvimento está relacionada não apenas ao reduzido número de trabalhadores, mas também à dificuldade em conciliar seus horários de expediente com a participação em atividades educativas. Além disso, outras razões contribuem para essa limitação, como a subestimação das atividades, percebidas como desconectadas da realidade do processo de trabalho.

Em suma, a importância intrínseca deste estudo reside na sua capacidade de oferecer uma base sólida para o desenvolvimento de estratégias eficazes de Educação Permanente em Saúde (EPS) no contexto desafiador do Pronto Socorro, alinhando-se às metas nacionais e promovendo melhorias palpáveis na qualidade do atendimento, segurança do paciente e eficiência operacional.

Ao compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e identificar oportunidades para fortalecer a capacitação constante, o estudo busca não apenas impactar positivamente o ambiente intra-hospitalar, mas também fornecer informações valiosas para gestores, educadores e formuladores de políticas públicas. A disseminação dos resultados poderá catalisar o avanço da Educação Permanente em Saúde, resultando em programas mais adaptados às necessidades do Pronto Socorro e, conseqüentemente, em benefícios tangíveis para profissionais de saúde, pacientes e para o sistema de saúde na totalidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível constatar que os participantes reconhecem a importância da implementação da Educação Permanente em Saúde no ambiente do Pronto-Socorro, embora muitas vezes confundam com a Educação Continuada. Ela ocorre via treinamentos e capacitações contínuas oferecidas aos profissionais de saúde. Essas ações são importantes para promover a atualização de conhecimento e o aprimoramento das habilidades necessárias para a prestação de serviços de saúde de qualidade no Pronto-Socorro.

Entretanto, vale ressaltar que durante as entrevistas, foram identificadas possíveis lacunas e oportunidades de melhoria na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Profissionais expressaram preocupações quanto à falta de um enfoque mais direcionado às necessidades específicas da equipe do Pronto-Socorro para lidar com emergências. A constatação dessas lacunas destaca a importância de uma abordagem mais personalizada na implementação da política, a fim de atender de maneira mais efetiva às demandas específicas deste setor crucial na prestação de cuidados de saúde.

Além disso, este estudo enfatiza a relevância da política em questão no contexto mais amplo das políticas públicas de saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não apenas impacta diretamente a capacitação e o desenvolvimento profissional no Pronto-Socorro,

mas também desempenha um papel fundamental na promoção de práticas eficazes em saúde pública. Uma política bem-sucedida não só beneficia os profissionais de saúde individualmente, mas também contribui para o fortalecimento do sistema de saúde na totalidade, proporcionando atendimento de qualidade à população.

No ambiente do Pronto-socorro, reconhecemos os benefícios consideráveis, ao mesmo tempo, em que identificamos áreas que necessitam de ajustes para uma implementação mais eficaz e adaptada às demandas específicas dos profissionais e às circunstâncias que identifica -se notáveis ajustes para uma implementação assertiva e alinhada as demandas específicas do setor do Pronto Atendimento. O comprometimento contínuo com aprimoramentos e ajustes baseados nestas descobertas é essencial para garantir que a Política Nacional Educação Permanente em Saúde, cumpra seu papel crucial na formação e capacitação dos profissionais de saúde, contribuindo positivamente para a qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, Edlamar Kátia et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.
- AGUIAR, Reijane Bezerra de Pinho Lemos. **Interdisciplinaridade e prática colaborativa na percepção dos preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia**. 2018.
- ALENCAR, Renata Rodrigues Rezende de et al. **Movimentos e reflexões da educação permanente em saúde (EPS) no Distrito Federal: uma análise documental das práticas apresentadas na I Mostra de Experiências Inovadoras no SUS/DF**. 2019.
- ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a odontologia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 507-516, 2022.
- ALMEIDA, P. F. et al. Redes de Atenção à Saúde: desafios à implementação do componente de Atenção Primária à Saúde (APS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2401-2412, 2020.
- ALMEIDA, Rafael Braga de; ÁLVARES, Alice da Cunha Morales. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. **Revista De Iniciação Científica E Extensão**, v. 2, n. 4, p. 196-207, 2019.
- ALVES, Kelly Poliany de Souza et al. **Entre a transição institucional e a transição nutricional: descortinando a trajetória da Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde**. 2019.
- ANDRADE, João Vitor et al. Minicurso sobre cuidados paliativos: espaço de potência para o desenvolvimento de competências na formação em saúde. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. e13137, 2021.
- ARAUJO, Bianca de Oliveira. Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família em busca da resolubilidade da produção do cuidado. **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações**, 2015.
- ARAUJO, Bruna Barbosa et al. **Direito à saúde para a população trans: uma análise sobre a universalização do acesso para pessoas trans ao ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, entre 2016 e 2020**. 2023.
- ARNEMANN, Cristiane Trivisiol. **Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico**. 2017.
- ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzales Colombo et al. A entrevista na pesquisa qualitativa-mecanismos para validação dos resultados. **Autêntica**, 2017.
- ARRUDA, Nara Lília Oliveira et al. **Análise da percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência**. 2016.

AZEVEDO, Isabelle Campos de et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 131-140, 2015.

BALBINO, AC et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.

BARBOSA, Erica Lima et al. **Cenário das Políticas Públicas de fixação e provimento de profissionais de saúde no Amazonas, 1970-1990**. 2016.

BARBOSA, Gabryella Vencioneck et al. **Educação permanente como estratégia de reorganização do processo de trabalho no serviço de emergência hospitalar: um diagnóstico situacional**. 2021.

BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. **Educação permanente em saúde nos municípios do Estado de Goiás**. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70ª Edição, Almedina Brasil, São Paulo, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p.229, 2011.

BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho et al. **Avaliação do processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na atenção a hipertensão e diabetes em Recife**. 2019. Tese de Doutorado.

BINSFELD, Luciane et al. **Planejamento e programação nas redes de atenção à saúde: organização da atenção às malformações congênitas**. 2020. Tese de Doutorado. Fiocruz/IFF.

BORGES, Carla Luciane dos Santos. Educação Permanente em Saúde: Revisitando a Trajetória e os Desafios Atuais para a Interface Formação, Atenção, Gestão e Participação. **Editora Appris**, 2023.

BORGES, Renata. **Visita médica domiciliar: espaço para interação, comunicação e prática: estudo de caso no Programa Saúde da Família, município de Florianópolis-Santa Catarina**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara Cristina Barboza. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 22, n. 83, p. 263-293, 2014.

BORTOLINI, F. M. (2019). Educação continuada e mercado de trabalho: desafios e oportunidades para os profissionais. **Revista Científica Visão Acadêmica**, 20(1), 102-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. **Programa Saúde da Família (PSF)**. 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/psf-o-que-e>>.

BRASILEIRO, Gustavo Tambelini et al. **Gestão pública municipal: desafio à efetivação do direito à saúde**. 2019.

BRESSAN, Aline et al. **A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde**. 2011. Tese de Doutorado.

BROWN, A. **Sustainable Hospitals: A Sustainable Development Within Reach**. Green Healthcare. 2017.

BRUM, L. M. A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, Sept. 2009.

BUGS, Thaís Vanessa et al. Dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da unidade de pronto-socorro hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Atenção primária e promoção da saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS, p. 7-14, 2001.

CAMARGO, Ana Luiza de Brasil. Desenvolvimento sustentável: dimensões e desafios. **Papirus Editora**, 2020

CAMATTA, Marcio Wagner et al. Enfermagem e suas dimensões: a gestão do cuidado e o impacto na saúde; anais. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, **Escola de Enfermagem da UFRGS**. 2017.

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al. **Experiências exitosas da Rede UNA-SUS: trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de saúde coletiva. In: **Tratado de saúde coletiva**. p. 871-871. 2006.

CAMPOS, Katia Ferreira Costa. **Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial: avanços e desafios no cotidiano da atenção primária a saúde**. 2018.

CANEPPELE, Juliana Kelly Paschotto. **Liderança colaborativa no contexto do trabalho em equipe na atenção primária à saúde: revisão integrativa**. 2023.

CARRET, MLV; et al. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.1, p.7-28, 2009.

CARÚS, Carolina Sityá et al. Barreiras para comunicação eficaz em saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021.

CARVALHO, Álvaro et al. **Saúde mental em saúde escolar**: Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar 2019.

CARVALHO, Ludmila Borges de Castro Prata. **A percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado de pacientes com doenças mentais atendidos na rede de urgência e emergência**. 2020.

CARVALHO, Sherryl Cristina et al. **Os desafios para a promoção da saúde no Município de Ponta Grossa-PR**. 2020.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 99-122, 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWEKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHySIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, v. 6, p. 443-456, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. de. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensaio Cogitantes sobre a integralidade: contribuições para estudos analíticos da saúde**. Rio de Janeiro: **Abrasco**, 2010.

CEZAR, Diego Menger; DA COSTA, Márcia Rosa; MAGALHÃES, Cleidilene Ramos. Educação a distância como estratégia para a educação permanente em saúde? Em Rede-**Revista de Educação a Distância**, v. 4, n. 1, p. 106-115, 2017.

CHAGAS, Priscilla Borgonhoni; CARVALHO, Cristina Amélia; MARQUESAN, Fábio Freitas Schilling. Desenvolvimento e dependência no Brasil nas contradições do Programa de Aceleração do Crescimento. **Organizações & Sociedade**, v. 22, p. 269-290, 2015.

CLARK, E. Reducing Carbon Emissions in Hospitals. **Journal of Sustainable Healthcare**. 2020.

COELHO, MF; GOULART, BF; CHAVES, LDP. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. **Ver Rene**, v.14, n.1, p.50-9, 2013.

COSTA AB, et al. Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. **Enferm Actual Costa Rica**. 35:103-115, 2018.

COSTA, E. Educação permanente: um conceito que enfatiza a necessidade contínua de aprendizado ao longo da vida. **Revista de Educação Permanente**, 25(1), 15-27. 2019.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da vigilância sanitária no

Brasil. Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, p. 15-40, 2000.

COSTA, Eduardo Azevedo. Sistema Único de Saúde: Uma visão crítica de sua definição constitucional: Questão democrática sem projeto nacional? **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 30, n. 03, p. 59-86, 2019.

COUTO, Abílio Campos. **Integração da análise ciclo de vida nas práticas de projeto de edifícios, aplicação a um caso prático**. 2014

CRIVELARO, Laudiceia Rodrigues. **Avaliação dos serviços de atendimento móvel de urgência da rede de urgência e emergência da rede de atenção à saúde-09: estudo multimétodos**. 2022.

CRUZ, Germana Maria Viana et al. **Implementação do acolhimento com classificação de risco: uma proposta para otimização do atendimento no Hospital Geral Manuel Assunção Pires de Aquiraz/CE**. 2017.

CRUZ, Maria do Céu de Oliveira. **Triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: fatores que influenciam a satisfação dos pais**. 2019. Tese de Doutorado.

CULTZ, Alanna et al. **A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR**. 2020.

CUNHA, M. I. Avaliação em saúde e educação continuada. In: ABRASCO. Trabalho, educação e saúde: desafios para a educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: **Abrasco**, 2017. p. 83-110.

CURY, Camila Santos. A efetivação do direito à saúde pelo poder judiciário: a questão do fornecimento de medicamentos. **Universidade Nove de Julho**, 2020.

CYRINO, Claudia Maria Silva. **Integração das Reses de Atenção à Saúde a partir de um serviço de Urgência e Emergência**. 2017.

DAVINI, Maria C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 39-58. 2009.

DAVIS DA, et al. The Impact of Continuing Medical Education on Quality of Care and Patient Outcomes: A Systematic Review. **JAMA**. 296(9): 1057-65, 2006.

DIAS, Livia Karla Sales. **Avaliação do serviço de atendimento móvel de urgência na atenção aos acidentes de trânsito na zona urbana de sobral-CE**. 2016.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 103-114, 2018.

DIMENSTEIN, Magda et al. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 070-085, 2018.

DINIZ, George Carneiro et al. NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde: ferramenta de gestão do Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v.2, n.1, 2020.

DIONÍSIO, Hanna Smith Costa. Os desafios do trabalho do Assistente Social na Oncologia: uma análise da experiência de estágio no HUOL. Trabalho de Conclusão de Curso. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. 2021.

FAGUNDES, Maísa Cristina Dante. **A flexibilidade de RH como motivo de adoção de modelos de gestão da saúde pública alternativos ao estatutário**: As experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo. Tese de Doutorado. 2018.

FARAH, BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **RevAPS**. 6(2):123-5, 2003.

FERNANDES, Fabíola C. et al. Educação permanente na reorganização do processo de trabalho no serviço de emergência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 2, p. 66-69, 2018.

FERNANDES, Josieli Cano et al. **Educação permanente em saúde**: estratégia para o fortalecimento de competências gerenciais dos enfermeiros de unidades básicas de saúde. 2017.

FERREIRA, EB et al. Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v.3, n.1, p.148-78, 2016.

FERREIRA, J. A. R. **A saúde e a construção do Brasil**: uma análise histórica da política social brasileira. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2014.

FERREIRA, Lorena et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019.

FERREIRA, M. O papel do diálogo na construção da educação permanente. **Revista de Gestão e Educação**, v. 8, n. 1, p. 94-107, 2020.

FIGUEIREDO EBL, et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em educação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trab. educ. saúde** 15 (1). Jan-Apr 2017.

FIGUEIREDO, Antônio Macena de. **O ensino da bioética na pós-graduação stricto sensu da área de ciências da saúde no Brasil**. 2009.

FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2014.

FONSECA, Isabel Cristina Martins. A trajetória de Osvaldo Cruz na saúde pública brasileira. São Paulo: **Editora UNESP**, 2002.

FRANÇA T, et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. **Cienc Saude Colet**. 22(6):1817-28.

2016.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: **Paz e Terra**, 2018.

GADOTTI M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

GARRIDO MCF. Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. **Mundo Saúde**, 24(5):373-9. 2000.

GARZON, A. M. M.; SILVA, K. L. da; MARQUES, R de C. Pedagogia crítica libertadora de Paulo Freire na produção científica da Enfermagem 1990-2017. **Rev Bras Enferm**. Minas gerais. 2018.

GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas**: conexões para a produção de saberes e práticas. 2016.

GOMES, M. F., & Ferreira, L. J. Políticas públicas e os objetivos do desenvolvimento sustentável. **Direito e Desenvolvimento**, 9(2), 155-178. 2018.

GOMES, P. A. D., Soares, R. A. S., Navarro, L. N., & Oliveira, W. M. D. A. (2020). Educação Permanente em Saúde: panorama da produção científica. **Rev Rene**, 21(32946), e181336.

GONÇALVES CB, et al. A retomada do processo de implementação da política nacional de educação permanente em saúde no Brasil. **Saúde Debate**. 43 Spe 1:12-23. 2019.

GREEN, J. Sustainable Waste Management in Hospitals. **International Journal of Environmental Health Research**. 2020.

GROL R, et al. *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*. 2nd ed. **Oxford: Wiley**, 2013.

GUIMARÃES, Dilana dos Santos. **Análise da implantação de uma nova clínica médica por meio de ferramentas estratégicas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2023.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO F. C. P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Cienc. Enferm.**, Conceição (Chile), v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010.

GURGEL, Idê Gomes Dantas et al. **Acessibilidade à atenção básica em assentamento da reforma agrária pernambucano**: a perspectiva de mulheres camponesas, profissionais de saúde e gestão. Tese de Doutorado. 2022.

HADDAD J, et al. *Educación Permanente de Personal de Salud Washington*: Organización Panamericana de la Salud; **Série Desarrollo de Recursos Humanos** nº100. 1994.

HINTERHOLZ, Lisiane Bernhard. **A (re) significação do processo de trabalho utilizando dados epidemiológicos**: desafios na educação permanente em saúde. 2018.

HOCHMAN G., et al. A era do 5.º presidente: uma revolução na saúde paulista. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, 2004.

IGLESIAS, Alexandra; et al. Educação Permanente no Sistema Único de Saúde: Concepções de Profissionais da Gestão e dos Serviços. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.43, p.1-14, 2023.

JESUS, Josefa Maria de. **Análise de políticas públicas: a trajetória da política nacional de educação permanente em saúde no Brasil**. 2021.

JOHNSON, M. Hospital Sustainability: An Opportunity for Improvement. **Journal of Healthcare Management**. 2019.

JOSINO, Camila Ruzskovski Marques. **Expressões da Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa**. 2019.

KUCHARSKI, Karina Wahhab et al. Políticas públicas de saúde no brasil: uma trajetória do império a criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, v. 37, n. 117, p. 38-49, 2022.

LAVICH, Claudia Rosane Perico et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, p. e62261, 2017.

LEITE, Moara Lannes Salles Silva et al. **A produção do conhecimento e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde nos centros especializados em reabilitação II em Niterói**. 2023.

LESSA, Greice. Análise da política de atenção as urgências em Santa Catarina. **Repositório institucional UFSC**, 2017.

LIMA, Â. R. A., et al. Os indicadores no sul do brasil, sustentabilidade, enfermagem e as metas de saúde para 2030. **Revista Expressão Católica Saúde**, 4(2), 91-102. 2019.

LIMA, Erica Thaisa Alcantara et al. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Sergipe**. 2022.

LUCAS, Tânia Valéria. **Análise de educação permanente na educação profissional em saúde no estado de Goiás**. 2019. Tese de Doutorado. EPSJV.

MACÊDO, Neuza Buarque de; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; MEDEIROS, Kátia Rejane de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 379-401, 2014.

MACÊDO, Winnie Taíse Pena et al. Adesão dos profissionais de enfermagem às práticas educacionais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 1058-1064, 2019.

MAGALHÃES, Maria Iranilda Silva et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 2033-2045, 2023.

MARCA, Eliomar Pereira; LOSS, Adriana Salette. Formação de enfermeiros docentes e seus conhecimentos pedagógicos. **SEPE-Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS**, v. 12, 2023.

MARINHO, Déborah Danielle Tertuliano. **Avaliação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de emergência**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2011.

MARTINS JUNIOR, Eder Gomes et al. A importância da atuação da pedagogia dentro da educação permanente em saúde. **Repositório IFAP**, 2022.

MARTINS, Ana Luisa Jorge et al. Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2519-2529, 2022.

MAUÉS, Victor Matheus Silva et al. A percepção dos “facilitadores” acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua aplicabilidade em um hospital público no Pará. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 10, p. 23432-23446, 2023.

MENDES, Bianca Flor et al. Os Dilemas Éticos que o Profissional Enfermeiro Enfrenta em seu Cotidiano no Atendimento ao Cliente The Ethical Dilemmas that the Professional Nurse Faces in his Daily Life in Customer Service. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 57210-57231, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2016.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: passos a construção de uma política. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 1-9, 1998.

MESQUITA, Livia Mendes. Tecnologia digital como estratégia de educação permanente para melhoria do processo de trabalho e qualidade da assistência na estratégia saúde da família. **Repositório institucional UFF**, 2020.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte. Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais. Tese de Doutorado. **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**. 2015.

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: E.P.U, 2012.

MONTANHA, Dionize; PEDUZZI, Marina. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 597-604, 2010.

MOREIRA, Elisangela Schmitt Mendes. **Fisioterapia e atenção primária em saúde: uma leitura da saúde pública em Anapolis.** 2012.

MOTA, Sara Emanuela de Carvalho; NUNES, Mônica. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 11-25, 2018.

MOUTINHO, Flavio Fernando Batista. Conflitos Da Sociedade Brasileira Com As Normas Sanitárias: Um paralelo entre a revolta da vacina e a pandemia de Covid-19. Hygeia: **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, n. Especial, p. 60, 2020.

MULLAN, F. Teaching health care professionals about patient safety: current concepts and methods. In: BORNEMANN, T.; KOUPPARIS, D. H.; STORM, R. J. Quality assurance in continuing professional education: an analysis. Berlin, Heidelberg: **Springer**, p. 203-212. 2015.

NAKATA, Liliane Cristina et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

O'DWYER, Gisele; KONDER, Mariana. Acesso às urgências e atenção hospitalar: uma questão de direitos humanos. **SciELO-Editora FIOCRUZ**, 2022.

OLIVEIRA JÚNIOR, Vilmar Marcolino de et al. **Urgência e emergência no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa de literatura.** 2018.

OLIVEIRA MM, CAMPOS GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc Saúde Coletiva** 2015; 20:229-38.

OLIVEIRA, Andreia Guerra de. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do Programa de Segurança do Paciente: entre o prescrito e o real.** 2016.

OLIVEIRA, Fernanda da Silveira Neves de; et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.

OLIVEIRA, GN et al. Nursing care based on risk assessment and classification: agrément between nurses and the institutional protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.2, p.500-506, 2013.

OLIVEIRA, M. Educação permanente: reflexões sobre o conceito e as práticas. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, n. 62, p. 141-161, 2015.

OLIVEIRA, Samara Salomé de, et al. **Práticas da equipe da unidade hospitalar relacionadas ao processo de transição dos cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para o domicílio.** 2022.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2021.

OPAS - Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Resolução CSP29/10: estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.** Washington, DC: OMS/OPAS; 2017.

ORTIGA, Angela Maria Blatt et al. Avaliação do serviço de atendimento móvel de urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

PADILHA, Maria Itayra et al. **Enfermagem: história de uma profissão**. Difusão Editora, 2020.

PAIM J.S., Almeida Filho N. O esgotamento do modelo assistencial e rotas de mudança. In: Organização Pan-Americana da Saúde. A crise da saúde no Brasil: entre o retrocesso e o colapso? Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2017.

PAIM, J. S. et al. Sistema Único de Saúde (SUS) e redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4491-4500, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: teoria e prática. **MedBook**, 2023.

PAIVA V. Educação permanente: ideologia educativa ou necessidade social? In: Paiva V, Rattner H, organizadores. Educação Permanente e capitalismo tardio São Paulo: **Cortez**; p. 67-97. 1985.

PAULA, Rosa Maria Zorzan; TONELLO, Leonardo; SANTOS, Eliane Gonçalves dos. Educação Permanente em Saúde: Perfil profissional no contexto hospitalar. **Revista Insignare Scientia-RIS**, v. 4, n. 3, p. 386-400, 2021.

PELEGRINI, AHW et al. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n.1, p.01-09, 2010.

PEREIRA, Márcia dos Santos, et al. Metodologia ativa na educação permanente para abordar ética e bioética. **Revista Bioética**, v.30, n.4, 2022.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: revista de saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 341-360, 2001.

PIMENTA, S.G. (Org.). Pedagogia, ciência da educação? São Paulo: **Cortez**, 2015.

PONTE, C.. Educação continuada: uma ferramenta para o desenvolvimento profissional. **Formação em Psicologia**, 16(2), 217-226. 2012.

PONTES, Ana Lúcia de Moura et al. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: **ABRASCO**, 2006.

PRADO, Priscilla Malta Coelho. **Práticas coletivas de educação popular em saúde na Estratégia Saúde da Família**. Repositório institucional da UFMG, 2018.

PRALON, Johnatan Antonioli; GARCIA, Daniella Caldas; IGLESIAS, Alexandra. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

RAMOS MN. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde Rio de Janeiro: **EPSJV, UFRJ**; 2010.

RAMOS, Evódio Maurício Oliveira. Formação pedagógica de professores de uma universidade pública baiana: teares, linhas e tessituras. **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações**, 2014.

RAMOS, Marise Nogueira et al. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. **EPSJV**, 2010.

REEVES S, et al. Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2017.

RIBEIRO, Bárbara Caroline Oliveira; SOUZA, Rafael Gomes; SILVA, Rodrigo Marques. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva—revisão de literatura. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 3, p. 167-175, 2019.

RIBEIRO, Robson. **Adequação do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido (NICE) ao Sistema Único de Saúde (SUS)**: resposta à judicialização das políticas públicas de medicamentos de alto custo. Tese de Doutorado. 2017.

ROCHA, César Henrique Barra; GORNE, Íris Batista; ROMUALDO, Sanderson dos Santos. **Como a pandemia de Covid-19 está afetando os 17 objetivos do desenvolvimento sustentável**. 2021.

RODRIGUES, Daniela de Freitas et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021.

RODRIGUES, Gabryella Vencioneck Barbosa et al. Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

ROSA, Bruna Evangelista. **Reagregando o evento do nascer a partir da Teoria Ator-Rede**. 2021.

ROSSATOK, Real VR, Oliveira GB, Araújo CDC. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arq Bras Cardiol**. 110(6):500-511. 2018.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. Medbook, 2021.

ROVERE M. Gestion estratégica de la educación permanente en salud. In: Haddad J, Roschke MALC, Davini MC, organizadores. Educación Permanente de Personal de Salud Washington:

Organizacion Panamericana de la Salud; Série **Desarrollo de Recursos Humanos** nº100. p. 63-106. 1994.

RUBACK, Adriana Chaves de Oliveira. A educação permanente como uma condição para a humanização e valorização da vida no campo da saúde. **Repositório institucional UFF**, 2017.

SACRISTÁN, JG. Compreender e transformar o ensino. 4.ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SAMPAIO, Ana Tânia Lopes. **Formação e educação permanente em saúde**: desafios pedagógicos para um modelo de atenção integral no Brasil. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde, p. 149-177, 2016.

SANTOS, A. A educação permanente como instrumento de valorização profissional. **Revista Brasileira de Educação**, v. 23, n. 89, p. 727-745, 2018.

SANTOS, B. R. C. Avaliação em educação permanente em saúde: refletindo sobre a “experiência”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 23, n. 68, p. 491-491, mar. 2019.

SANTOS, Daniele Gonçalves dos; SIMOURA, Juliana Baptista; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Política de atenção materno-infantil: contexto histórico. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2018.

SANTOS, Estefany Prospero de Souza dos. **A atuação do profissional de enfermagem na área de urgência e emergência**: uma revisão bibliográfica. 2022.

SANTOS, M. F. G., et al. Política de Saúde no Brasil: um século de história. **Editora Hucitec**. 2010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 53-66, 2005.

SCHULTZ TW. O valor econômico da educação. Rio de Janeiro. Editora: **Zahar**; 1985.
SEIBERT, D. **Humanização, segurança do paciente e qualidade como ferramentas de comunicação estruturada e gestão da informação em hospitais do município de São Mateus-ES**. 2018.

SEINO, Eduardo; ALGARVE, Giovana; GOBBO, José Carlos. Abertura política e redemocratização brasileira: entre o moderno-conservador e uma “nova sociedade civil. **Revista Sem Aspas**, p. 31-42, 2013.

SILVA, Andrielly Barros. A educação Permanente em Saúde no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-83, jan-jun, 2018.

SILVA, Camila Magrini da. **Políticas públicas regulatórias setoriais: sistema de saúde privado.** 2016.

SILVA, Fabiana dos Santos da. Segurança do paciente: concepção da equipe de enfermagem sobre a qualidade do cuidado. **Repositório UNIMAM**, 2018.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **SciELO-Editora FIOCRUZ**, 2002.

SILVA, Josineide Pereira da. **O enfermeiro educador e os desafios à prática da educação permanente em um hospital público.** 2019. Tese de Doutorado.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.1, 2017.

SILVA, L. A relação entre educação permanente e desenvolvimento sustentável. **Revista de Desenvolvimento Sustentável**, 45(2), 67-81, 2020.

SILVA, Luciana Maria Nascimento da et al. Acolhimento com classificação de risco em saúde: estudo em Unidade de Pronto Atendimento de Fortaleza. **Revista de Políticas Públicas**, v. 23, n. 1, p. 303-322, 2019.

SILVA, Maria Lucivane Félix da et al. Percepção de servidores de unidade de processamento de roupas de serviços de saúde sobre biossegurança e comportamento em ambiente crítico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12627-12640, 2020.

SILVA, Mariana Moitinho Freire Queiroz da et al. **Educação permanente em diagnóstico do câncer infanto-juvenil: vivências significativas de profissionais da atenção primária à saúde.** 2023.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. OPAS/OMS, 2002.

Smith, L. The Role of Sustainable Development Goals in Healthcare. **Journal of Medical Practice Management**. 2018.

SOARES, Cássia Baldini. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto da perspectiva da saúde coletiva.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2007.

SOUZA, Adrielle Cristina Silva et al. **Incidentes com pacientes atendidos nos centros de atenção psicossociais: vivências da equipe de saúde.** 2019.

SOUZA, J. Monitoramento e avaliação da educação permanente: métodos e ferramentas. **Revista de Educação**, v. 44, n. 3, p. 151-171, 2019.

SOUZA, Moema Santos et al. **Potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.** 2021.

TARDIF, Maurice. O ofício de ensinar. 3.ed. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2014.

TIBÃES, Hanna Beatriz Bacelar. **O trabalho cotidiano de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência.** 2017.

TORQUATO, Alfredo João; RODRIGUES, Francis Martignago. Desenvolvimento de um sistema de informação para triagem com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Sistemas de Informação-Pedra Branca**, 2013.

TORRES, Christiane de Roode et al. **O processo de construção do Sistema Nacional de Saúde:** tradição e inovação na política de saúde brasileira (1940-1980). Tese de Doutorado. 2020.

TORRES, SFS; BELISARIO, AS; MELO, EM. A rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde soc.**, v.24, n.1, 2015.

Vendruscolo C, et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface (Maynooth)**. 2018;22(Supl 1):1353-64.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; WHITAKER, Iveth Yamaguchi; ZANEI, Suely Sueko Viski. Enfermagem em Terapia Intensiva-: Práticas e Vivências. **Artmed Editora**, 2019.

VIEIRA, Hanna Rafaela de Lima. **A formulação das políticas públicas do Ceará no período de 2000 a 2023:** uma análise a partir do Programa Gestão da Rede de Conhecimento, Educação, Tecnologia e Inovação em Saúde. 2021.

WHO - World Health Organization. **Everybody's business:** strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário da pesquisa, **“EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PRONTO SOCORRO FRENTE A POLÍTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR’**, sob a responsabilidade de FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE.

Justificativa: A realização deste trabalho justifica sobre o tema da educação permanente em saúde, devido às diversas situações e atendimentos com as quais se deparam os profissionais de saúde no serviço intra -hospitalar.. O objetivo é contribuir positivamente para a sociedade com a capacitação dos profissionais da saúde no que diz respeito ao serviço do pronto socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. A prática intra-hospitalar é um vasto campo de possibilidades para a implementação desta prática educativa, pois a educação permanente adquire potencialidade, visto que é identificada nas várias maneiras de se produzir saúde. Assim também, no conhecimento teórico, e na prática da implementação de políticas nacionais de educação permanente em saúde, as ações pedagógicas são implementadas com objetivo de fortalecer ainda mais as transformações do aprendizado.

OBJETIVO DA PESQUISA: O presente estudo tem como objetivo. Analisar a educação permanente em saúde no pronto socorro frente a Política de Educação Permanente no ambiente intra-hospitalar; Descrever a percepção dos profissionais do núcleo de educação permanente sobre a Política de educação permanente em saúde no serviço de atendimento do pronto socorro; Identificar as práticas/ metodologias de ensino desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente para a capacitação dos profissionais; Descrever como acontece a articulação do ensino de trabalho educacional do núcleo de Educação Permanente no serviço de atendimento do pronto-socorro; Identificar quais são os facilitadores e dificultadores para implementação das práticas de ensino pelo núcleo educação permanente.

Rubrica do participante

DURAÇÃO E LOCAL: O local da coleta de dados será no Núcleo de Educação Permanente (NEP) e no setor do pronto socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizado, Rua DR. João dos Santos Neves, 143 - Vila Rubim, Vitória - ES, 29025-023. A pesquisa será por meio de instrumentos virtuais (via google forms) que serão explicados e feitos presencialmente com o participante. Caso autorizada a participação na pesquisa, através de registro de TCLE virtual, as etapas serão realizadas posteriormente.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos da participação na pesquisa são mínimos, visto que, todas as avaliações que serão realizadas não apresentam nenhum risco conhecido uma vez que será através da resposta ao questionário, e caso haja riscos relacionados a algum tipo de constrangimento, estes, serão sanados pelos pesquisadores.

BENEFÍCIOS: Os benefícios da pesquisa para as instituições no que se refere a futuras ações que venham a ser implementadas, tendo em vista o embasamento e as comprovações científicas realizadas nesse estudo, podendo assim fornecer incentivo para uma melhor prática dos profissionais, discussão e implementação de melhorias nas políticas públicas bem como contribuir para a formação acadêmica dos discentes envolvidos na pesquisa.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Durante a elaboração da pesquisa, os pesquisadores darão total assistência e, em caso de intercorrências, essas serão sanadas imediatamente pela equipe de pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Os Integrantes do Núcleo da Educação Permanente do hospital santa Casa de misericórdia, serão esclarecido(a)s em qualquer aspecto que desejarem e estarão livres para participarem ou recusarem. O responsável poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Rubrica do participante

CUSTO/ REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: A presente pesquisa não implica em custos, nem tampouco em compensação financeira de qualquer espécie para os participantes, sendo a participação voluntária. Mas, assegura ressarcimento sobre danos que se originam dos procedimentos da pesquisa.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Ainda os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada. Assim, os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável pelo entrevistado. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo as duas assinadas, onde uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você e seu responsável e se for realizada virtualmente, por e-mail.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) Fabiana Rosa Neves Smiderle. E-mail: fabiana.neves@emescam.br. Telefone: (27) 9944-7263. Rua Santa Júlia nº180, Rio Marinho Vila Velha. Você também pode solicitar o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, nº 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – cep: 29045-402.

O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Rubrica do participante

Declaro que fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Assim, estarei ciente que receberei uma via desse documento e a outra ficará com os pesquisadores responsáveis.

Após o esclarecimento(a) das informações sobre a pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma dessas vias será destinada a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado(a) de forma alguma. Em caso de dúvidas você poderá esclarecer a qualquer momento com os pesquisadores.

Data: _____ de _____ de 2023.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

APÊNDICE B - ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E TÉCNICOS**Nome:** _____**Idade:** _____**Formação acadêmica:** _____**Cor:** ()branca ()negra ()parda ()amarela**Técnico de Enfermagem** () **Enfermeiro** ()**Trabalha no período:** **Diurno** () **Noturno** ()

- 1- Como você define educação permanente e qual a importância dela para o desenvolvimento profissional?
- 2- Como acontece a educação permanente para o atendimento do pronto socorro?
- 3- Como a sua instituição ou local de trabalho apoia ou incentiva a participação em atividades de educação permanente?
- 4- Como a educação permanente impacta ou influencia positivamente a sua atuação como enfermeiro até o momento?
- 5- Quais as práticas metodológicas de ensino que a NEP utiliza para essas capacitações?
- 6- Você percebe alguma lacuna entre o que é oferecido em termos de educação permanente e as necessidades reais da prática de enfermagem?
- 7- Quais são os temas ou áreas de conhecimento que foram abordados nos momentos de educação permanente que você participou?
- 8- E quais seriam os temas ou áreas de conhecimento que você considera mais relevantes para a sua prática, mas que talvez necessitem de maior atenção em termos de educação permanente?
- 9- Você acha que há espaço para melhorias na forma como a educação permanente é planejada e implementada na área de enfermagem?
- 10- Quais são os benefícios e os desafios de participar de programas ou atividades de educação permanente em sua rotina profissional?

ANEXO

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PRONTO SOCORRO FRENTE A POLÍTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR

Pesquisador: FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70648423.1.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.162.237

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa, de análise textual, estatística descritiva, efetuado por meio de aplicação de um questionário e entrevista de caráter qualitativo e fechado, realizado com a equipe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) e a equipe de enfermagem do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (dez enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem que atuam no pronto socorro).

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a educação permanente em saúde no pronto socorro frente a Política de Educação Permanente no ambiente intra-hospitalar.

De forma específica os objetivos são:

- Descrever a percepção dos profissionais do núcleo de educação permanente sobre a Política de educação permanente em saúde no serviço de atendimento do pronto socorro;
- Identificar as práticas/ metodologias de ensino desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente para a capacitação dos profissionais;
- Descrever como acontece a articulação do ensino de trabalho educacional do núcleo de Educação Permanente no serviço de atendimento do pronto-socorro;
- Identificar quais são os facilitadores e dificultadores para implementação das práticas de ensino pelo núcleo educação permanente.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 **CEP:** 29.045-402
Bairro: Bairro Santa Luiza
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.162.237

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais, anonimato, discriminação a partir do conteúdo revelado e perda do autocontrole e integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados.

Os benefícios são descritos em relação às instituições referentes à futuras ações que venham a ser implementadas tendo em vista o embasamento e as comprovações científicas realizadas no estudo, podendo assim fornecer incentivo para uma melhor prática dos profissionais, bem como contribuir para a formação acadêmica dos discentes envolvidos na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No estudo todos os cuidados para minimizar os riscos foram descritos e estão adequadamente justificados. Os benefícios tornam o estudo relevante, pois contribuem para melhorar a atuação profissional e formação acadêmica dos discentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências relevantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2156842.pdf	20/06/2023 10:16:32		Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.162.237

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	20/06/2023 10:16:07	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2.docx	20/06/2023 10:14:47	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAM2.docx	20/06/2023 10:07:13	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	19/06/2023 17:42:27	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOA.pdf	19/06/2023 17:41:34	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	06/06/2023 11:46:55	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 04 de Julho de 2023

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av. N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br