



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO
SOCIAL

RENATA DE SOUZA SANTOS DAMASCENO

ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PEP) A
PARTIR DO USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-
APRENDIZAGEM

Salvador

2024

RENATA DE SOUZA SANTOS DAMASCENO

**ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PEP) A
PARTIR DO USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-
APRENDIZAGEM**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do da Bahia como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social.

Orientador(a): Prof. Dr. Guilherme Marback Neto
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Carolina Sampaio

Salvador
2024

Escola de Administração - UFBA

D155 Damasceno, Renata de Souza Santos.

Atualização do plano de Educação Permanente (PEP) a partir do uso de metodologias ativas de ensino - aprendizagem / Renata de Souza Santos Damasceno. – 2024.

197 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Marback Neto.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Carolina Sampaio.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2024.

1. Saúde pública – Estudo e ensino (Educação permanente).
2. Conhecimento e aprendizagem. 3. Formação profissional.
4. Política de saúde. 5. Aprendizagem ativa. 6. Pessoal da área de saúde pública – Educação. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 610.70981



Universidade Federal da Bahia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL (PPGDGS)

ATA Nº 48

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL (PPGDGS), realizada em 24/05/2024 para procedimento de defesa da Dissertação de MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL no. 48, área de concentração Desenvolvimento e Gestão Social, do(a) candidato(a) RENATA DE SOUZA SANTOS DAMASCENO, de matrícula 2022119213, intitulada ATUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PEP) A PARTIR DO USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM. Às 14:00 do citado dia, Escola de Administração, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. Dr. GUILHERME MARBACK NETO que apresentou os outros membros da banca: Prof^ª. Dra. MARIA CAROLINA DE SOUZA SAMPAIO, Prof^ª. Dra. MORGANA GERTRUDES MARTINS KRIEGER, Prof. Dr. FRANCISCO JOSE ARAGAO PEDROZA CUNHA e Prof. Dr. JOSÉ MANUEL MORAN. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.

Electronically signed by:
José Moran
Date: 8/29/2024 7:29:32 PM -03:00

Dr. JOSÉ MANUEL MORAN, UFBA

Examinador Externo à Instituição



Documento assinado digitalmente
FRANCISCO JOSE ARAGAO PEDROZA CUNHA
Data: 02/09/2024 09:26:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. FRANCISCO JOSE ARAGAO PEDROZA CUNHA, UFBA

Examinador Externo ao Programa



Documento assinado digitalmente
MORGANA GERTRUDES MARTINS KRIEGER
Data: 28/08/2024 11:59:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. MORGANA GERTRUDES MARTINS KRIEGER, UFBA

Examinadora Interna

Assinado eletronicamente por:
Maria Carolina
Data: 29/08/2024 20:14:52 -03:00

Dra. MARIA CAROLINA DE SOUZA SAMPAIO, UFBA

Co-Orientadora

Assinado eletronicamente por:
Guilherm Marback
Data: 29/08/2024 18:50:02 -03:00

Dr. GUILHERME MARBACK NETO, UFBA

Presidente

RENATA DE SOUZA SANTOS DAMASCENO

Mestrando(a)

Assinado digitalmente por:
RENATA DE SOUZA SANTOS DAMASCENO
CPF: ***.263.355-***
Certificado emitido por AC CNDL RFB v3
Data: 29/08/2024 18:32:40 -03:00



DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida e tudo que nela há;
Aos meus pais que sempre me ensinaram o valor do esforço;
Ao meu esposo Rubem, que sempre me ensinou o valor do amor;
Aos meus filhos Laura e Miguel que sempre me ensinaram o valor de aprender
e ensinar.

EPIÍGRAFE

“Toda a educação, no momento, não parece motivo de alegria, mas de tristeza. Depois, no entanto, produz naqueles que assim foram exercitados um fruto de paz e de justiça”. Hebreus 12:11

AGRADECIMENTO

Um filme passa pela minha cabeça ao escrever estas últimas palavras. São palavras de gratidão para pessoas especiais que significaram a possibilidade de conclusão deste trabalho mas significam muito mais do que isso para mim.

Primeiramente, gratidão ao meu Supremo Criador e Senhor, por me fazer digna de sua misericórdia, me dando fôlego de vida, inteligência, resiliência, fé e principalmente, salvação.

Em seguida, tudo o que eu sou só foi possível pelos ensinamentos práticos e teóricos que tive de meus pais Edson e Elian. Vocês me ensinaram muito mais do que estava no manual de pais dedicados, foram além e me deram exemplos de como ser a pessoa que sou hoje.

Aos meus irmãos Junior, Jaqueline e Aline, por serem companhias tão boas e fazerem parte da minha vida.

Ao meu esposo Rubem, amor da minha vida, que tem sido não só meu incentivador mas meu exemplo nesta jornada.

Aos meus filhos Laura e Miguel, que tiveram muuuiita paciência em liberar a mamãe para ler, escrever, estudar por dias a fio. Por serem minha alegria diária e por demonstrarem em seus comportamentos que tenho cumprido meu propósito.

Quero registrar também minha gratidão ao meu pastor Romel, a minha cunhada Eliúde e aos meus mestres inspiradores profissional e pessoalmente, Dr. Gustavo Guimarães e Paulo Emílio Cruz. Pessoas que estão na minha vida e são para mim exemplo que quero sempre seguir.

Aos meus orientadores Profa. Dra. Maria Carolina Sampaio e em especial, Dr. Guilherme Marback Neto (que tenho certeza, tive a benção de Deus de ter tido como orientador, melhor orientador "*Forever*"). Inclusive pelas vezes que me fizeram refazer e refazer. Por me motivarem todos os dias e me dizerem sempre palavras amáveis que me incentivaram a continuar e dar meu melhor.

A todos os meus amigos, familiares, colegas de trabalho e alunos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse sonho virasse realidade.

DAMASCENO, Renata de Souza. Atualização do Plano de Educação Permanente (PEP) a partir do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Marback Neto, 2024. 197 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social). Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2024.

RESUMO

Refletir sobre Educação Permanente atualmente, requer repensarmos as abordagens conservadoras de ensino, já que não se propõe um processo educacional conteudista, mas, um aprendizado prático e vivencial, necessário para colaboradores e usuários do sistema de saúde. Neste contexto, destaca-se a relevância da discussão dos modelos de educação permanente e dos processos de ensino-aprendizagem já que se espera que tais modelos sejam capazes de trabalhar as diversas competências necessárias, possibilitando um ambiente crítico-reflexivo com impacto na prestação dos serviços. Este trabalho teve por objetivo geral analisar o plano de educação permanente de unidades de pronto atendimento (UPA's) de Salvador, investigando a metodologia de construção utilizada e propondo um modelo de construção coletiva com adoção de estratégias de ensino-aprendizagem ativas de ensino, replicáveis para outras unidades de saúde do país. Para atingir esse objetivo, foi utilizada como principal estratégia metodológica, um estudo de caso em duas unidades de pronto atendimento da cidade de Salvador, partindo de três etapas e técnicas metodológicas: i) pesquisa documental a partir de análise de conteúdo de documentos institucionais; ii) pesquisa tipo Survey mediante a aplicação de um questionário; iii) construção de ferramentas e estratégias para aplicação do PEP nas unidades. Essas etapas foram acompanhadas pela observação da pesquisadora, em uma amostra de análise estatística de documentos do ano de 2022, e pesquisa aplicada com uma amostra de 249 respostas. A análise dos dados foi feita a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefevre (2003) e por meio da análise de conteúdo conforme proposta de Franco (2005). O referencial teórico desta pesquisa tem como foco central o contexto histórico do SUS e os níveis de responsabilidade pela formação profissional, a análise do profissional de saúde e de seu processo formativo e a política de educação permanente incluindo o reconhecimento da mesma entre os envolvidos. Concomitantemente, analisa-se neste trabalho os diferentes modelos pedagógicos do processo de ensino e as metodologias ativas, bem como o cenário de formação profissional. Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, do tipo exploratória, de cunho qualiquantitativo, com coleta e análise de dados. O resultado alcançado neste trabalho foi a construção de um guia orientador para implementação de planos de educação permanente com uso prioritário de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, contemplando a indicação dos métodos e os tipos de competência a serem trabalhadas.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Ensino-aprendizagem, Metodologias Ativas, Aprendizagem Significativa, Formação profissional.

DAMASCENO, Renata de Souza. **Update of the Permanent Education Program (PEP) through the Use of Active Teaching-Learning Methodologies.** Thesis Advisor: Prof. Dr. Guilherme Marback Neto, 2024. 197 f. Master's Thesis (Master in Development and Social Management). School of Administration, Federal University of Bahia, 2024.

ABSTRACT

Reflecting on Permanent Education today requires rethinking conservative teaching approaches, as it does not propose a content-focused educational process but rather a practical and experiential learning necessary for both employees and users of the healthcare system. In this context, the relevance of discussing permanent education models and teaching-learning processes is highlighted, as these programs are expected to address various competencies, fostering a critical-reflective environment with an impact on service delivery. The general objective of this study was to analyze the permanent education plan of emergency care units (UPAs) in Salvador, investigating the current construction methodology and proposing a new model of collective construction with the adoption of active teaching-learning strategies, replicable for other healthcare units in the country. To achieve this objective, a case study was conducted in two emergency care units in Salvador, using three methodological stages and techniques: i) document research through content analysis of institutional documents; ii) a survey research through the application of a questionnaire; iii) development of tools and strategies for the application of the Permanent Education Program (PEP) in the units. These stages were accompanied by the researcher's observation, with a statistical analysis sample of documents from 2022 and applied research with a sample of 249 responses. Data analysis was conducted using the Collective Subject Discourse technique proposed by Lefevre (2003) and through content analysis as proposed by Franco (2005). The theoretical framework of this research focuses on the historical context of SUS (Brazil's Unified Health System) and the levels of responsibility for professional training, the analysis of healthcare professionals and their training processes, and the permanent education policy, including its recognition among those involved. Simultaneously, this work analyzes different pedagogical models of the teaching process and active methodologies, as well as the professional training scenario. This is an applied research of an exploratory nature, with both qualitative and quantitative data collection and analysis. The result achieved in this study was the development of a guiding framework for the implementation of permanent education programs, prioritizing the use of active teaching-learning methodologies, including recommendations for methods and types of competencies to be addressed.

Keywords: Permanent Education in Health, Teaching-Learning, Active Methodologies, Meaningful Learning, Professional Training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Níveis de atenção à saúde no SUS

Figura 02 - Ilustração perfil dos profissionais de saúde

Figura 03 - Persona profissional de saúde - Unidades de Pronto Atendimento

Figura 04: Marcos históricos de Políticas Públicas orientadoras da formação médica

Figura 05 - Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente

Figura 06 - Modelo de sala de aula século XIX

Figura 07 - Modelo de sala de aula proposto atualmente

Figura 08 - Cone de aprendizagem

Figura 09- Possíveis modelos de entendimento da Educação Permanente na prática

Figura 10 - Perfil dos profissionais – Campo 01

Figura 11 - Perfil dos profissionais – Campo 02

Figura 12 - Nuvem de palavras com sugestões de treinamentos

Figura 13- Convite enviado para oficina de construção coletiva do PEPS

Figura 14: Registro momento 1

Figura 15: Registro momento 2

Figura 16: Registro momento 3

Figura 17: Registro do encerramento da oficina

Figura 18: Proposta de roteiro para construção coletiva do PEPS

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01 - Dados gerais educação permanente - Campo 1
- Tabela 02 - Dados gerais educação permanente - Campo 2
- Tabela 03 - Dados de envolvimento colaboradores na construção do PEP
- Tabela 04 - Dados de tempo participação evento do PEP
- Tabela 05 - Entendimento conceitual sobre EPS
- Tabela 06 - Dados de entendimento baixa adesão
- Tabela 07 – Dados de entendimento relação PEP com qualidade dos serviços
- Tabela 08 - Dados de entendimento necessidades de capacitação
- Tabela 09 - Temáticas sugeridas - Competências Técnicas
- Tabela 10 - Temáticas sugeridas - Competências Comportamentais
- Tabela 11 - Temáticas sugeridas - Competências Híbridas

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Quadrilátero da formação segundo Ceccim (2004)

Quadro 02 - Modelos pedagógicos segundo Becker (1993)

Quadro 03 - Estrutura de análise dos objetivos propostos ao longo da pesquisa

Quadro 04 - Respostas pesquisados – O que é EPS?

Quadro 05 - Respostas pesquisados- Dificultadores para adesão

Quadro 06 - Critérios avaliativos da matriz de priorização

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01 -Tipo de competência trabalhada- Campo 1
- Gráfico 02 - Área de estudo do treinamento- Campo 1
- Gráfico 03 - Objetivo do treinamento- Campo 1
- Gráfico 04- Metodologia de ensino-aprendizagem – Campo 1
- Gráfico 05 - Tipo de competência trabalhada- Campo 2
- Gráfico 06 - Área de estudo do treinamento- Campo 2
- Gráfico 07 - Objetivo do treinamento- Campo 2
- Gráfico 08- Metodologia de ensino-aprendizagem – Campo 2
- Gráfico 09- Unidade do pesquisado
- Gráfico 10 - Área de atuação do pesquisado
- Gráfico 11 – Pesquisado por gênero
- Gráfico 12 – Pesquisado por idade
- Gráfico 13 – Pesquisado por formação
- Gráfico 14 – Pesquisado por tempo de formado
- Gráfico 15 - Avaliação qualitativa do PEP
- Gráfico 16 - Avaliação nível conhecimento individual
- Gráfico 17 - Avaliação nível dificuldade individual

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comissão de Educação Permanente
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRHS	Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde
CNE	Conselho Nacional da Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNGTES	Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Educação a Distância
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ERP	Planejamento de Recursos Empresariais
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de diretrizes e bases
MAA	Metodologias Ativas de Aprendizagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PDG	Programa de desenvolvimento de gestores
PEP	Plano de Educação Permanente
PEPS	Política de Educação Permanente em Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNAU	Política Nacional de Urgências e Emergências
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SST	Saúde e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGS	Tecnologia de Gestão Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	Apresentação.....	16
1.2	Problematização.....	17
1.3	Objetivo Geral.....	21
1.4	Objetivos Específicos	22
2.	JUSTIFICATIVA	22
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	O cenário atual na saúde.....	23
3.2	O SUS e seus princípios estruturantes	26
3.3	O profissional de saúde	29
3.4	A formação dos trabalhadores de saúde	33
3.5	Política de Educação Permanente	41
3.6	Política Nacional de Humanização.....	47
3.7	A Percepção do Usuário	49
3.8	As metodologias de ensino-aprendizagem.....	52
3.9	Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem.....	59
3.10	Os Programas de Desenvolvimento Corporativo.....	65
4.	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	70
4.1	Estrutura da Pesquisa	70
4.2	Campo	72
4.2.1	UPA Parque São Cristóvão- Campo 1	72
4.2.2	Upa Jardim Santo Inácio/Pirajá- Campo 2.....	73
4.3	Sujeito	74
4.3.1	Perfil colaboradores- Campo 1	75
4.3.2	Perfil colaboradores- Campo 2	75
4.4	Coleta de Dados.....	76
4.4.1	Pesquisa Documental.....	77
4.4.2	Levantamento- Survey.....	78
<i>4.4.2.1</i>	<i>Amostra de Pesquisa</i>	<i>79</i>
4.5	Análise de Dados	80
5.	RESULTADOS DA PESQUISA	81
5.1	Resultados da Pesquisa Documental.....	81
5.1.1	Dados da Educação Permanente no Campo 1- 2022	81

5.1.2	Dados da Educação Permanente no Campo 2- 2022	85
5.1.3	Resumo dos achados da pesquisa documental.....	89
5.2	Resultados da Pesquisa Survey.....	90
5.2.1	Perfil dos participantes	91
5.2.2	Discurso do Sujeito Coletivo	94
5.2.3	Resumo dos achados da pesquisa survey	105
6.	A TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL.....	106
6.1	A jornada da Educação Permanente nas UPAs	107
6.2	A aplicação do método.....	108
6.2.1	Atividades preparatórias.....	109
6.2.2	A oficina	110
6.2.3	Análise após oficina.....	113
7.	CONCLUSÃO	115
8.	REFERÊNCIAS	118
9.	APÊNDICES.....	126
9.1	APÊNDICE 1- Relação dos treinamentos realizados/C1- 2022	126
9.2	APÊNDICE 2- Cronograma de realização dos treinamentos/C1- 2022.....	132
9.3	APÊNDICE 3- Relação dos treinamentos realizados/C2- 2022	135
9.4	APÊNDICE 4- Cronograma de realização dos treinamentos/C2- 2022.....	139
9.5	APÊNDICE 5- Questionário de Pesquisa sobre Educação Permanente.....	141
9.6	APÊNDICE 6- Modelo de Programa de Desenvolvimento para 2024	146
10.	ANEXOS	154
10.1	ANEXO 01- Carta de anuência para coleta de dados	154
10.2	ANEXO 02: Convite enviado para pesquisa eletrônica	155
10.3	ANEXO 03: A jornada da Educação Permanente nas UPAs.....	156

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Os avanços científicos trazem a cada dia um novo enunciado, capaz de mudar a forma de pensar, de agir, de aprender e de viver da humanidade. Embora gerações anteriores tenham sido formadas com o uso de abordagens de ensino conservadoras, os avanços nas teorias da educação culminam na necessidade de discutir tais metodologias de ensino e aprendizado em todos os ambientes, sejam estes ambientes restritamente educacionais ou não. O surgimento e evolução da Internet, dos meios digitais e da tecnologia, resultaram na expansão de acesso à informação, mudando fundamentalmente a sociedade e, com ela, a forma como o trabalho e a aprendizagem são feitos. Entender essa transformação das práticas do ensino é um passo importante para a geração de resultados na educação profissional da área de saúde.

Enquanto a legislação brasileira, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, apresenta definições claras sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, estes conceitos ampliados, não têm sido, infelizmente, capazes de alterar a situação de desigualdades na assistência resultando em uma oferta de serviços claramente afetada pelas causas sociais que interferem na saúde.

Art. 3º A saúde tem como fatores *determinantes e condicionantes*, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Lei Orgânica da Saúde, LOS 8.080, Brasil. 1990).

As condições de vida e saúde no mundo, segundo BUSS (2000), melhoraram de forma contínua e sustentável, graças ao progresso político, econômico, social e ambiental, bem como aos avanços na saúde pública e na medicina. Porém, mesmo com tais avanços sendo constatados em especial por estudos na área de saúde pública, os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm demonstrado seus limites frente aos mecanismos recorrentes de reprodução do

preconceito, discriminação e desigualdades sociais. Isso se evidencia na percepção disseminada de que os serviços públicos de saúde são ineficazes e de baixa qualidade, noções que inclusive, ultrapassam as paredes das unidades e são replicadas também para os profissionais que atuam no SUS.

Nota-se, portanto, a relevância de analisar o processo de desenvolvimento do profissional de saúde, em especial depois de sua formação acadêmica, já que o sucesso do SUS está relacionado com a atuação de tais profissionais, bem como da gestão pública. Uma das atribuições do SUS é o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, para isso, o Ministério da Saúde (MS) formula políticas públicas orientadoras do processo de formação, desenvolvimento, gestão, provisão, negociação e regulação do trabalho na área da saúde no Brasil, uma destas políticas é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Trabalhar programas de capacitação dentro dos ambientes de saúde (que é a proposta da PNEPS) tem se mostrado um grande desafio, o que se sabe, é que o modelo atual está embasado em currículos guiados prioritariamente no desenvolvimento de competências técnicas, aulas expositivas, excesso de conteúdo e avaliações finais pautadas na capacidade de memorização.

A atividade profissional da pesquisadora, desenvolvida em uma Organização Social que atua no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde através de contratos de gestão, a levou a acompanhar na prática a execução dos Planos de Educação Permanente dentro destas instituições e com isso, fazer questionamentos sobre as metodologias para planejamento das necessidades e execução das ações de desenvolvimento empregadas nestes programas, bem como sua real contribuição para a formação dos profissionais de saúde.

1.2 Problematização

As unidades de saúde pública, em especial Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), possuem características sociais relevantes com relação ao público que atendem, recursos que possuem e desafios propostos. Tal contexto influenciará diretamente no ambiente e na opinião dos usuários sobre o serviço. Embora os estudos sobre o setor de saúde sejam crescentes, e existam inúmeros casos de sucesso de gestão, em especial na saúde privada, percebe-se que o retrato de unidades de saúde pública é diferente em vários sentidos. Neste universo de estudo

é preciso entender o que é o SUS e quais impactos sua implementação traz para os sujeitos envolvidos no processo, quem são esses sujeitos é outro ponto relevante (pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde, gestores, entre outros), e por fim, o que é a Educação Permanente em Saúde e que objetivos ela deveria atender.

Os profissionais assistenciais representam maior contingente de trabalhadores na área da saúde e, por vezes, possuem mais de um vínculo empregatício representando grande desafio para a continuidade dos programas de capacitação, constituindo-se em foco central das políticas públicas em várias áreas de conhecimento. Diante deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve estratégias que incentivam a formação continuada da mão de obra, entendendo que a melhora dos serviços e a exequibilidade do SUS passam também pela aplicabilidade efetiva de políticas públicas como a de humanização e educação permanente.

Outrossim, é preciso esclarecer que a formação dos profissionais de saúde deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional, por meio das relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, da ação de envolvimento com a comunidade, das entidades e outros setores da sociedade civil e finalmente, por meio dos programas de capacitação (COSTA et al. 2008).

Visando apoiar o cumprimento da Lei nº 8.080/1990, e entendendo a importância do profissional de saúde neste cenário, em 2004, nasce a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, com o objetivo de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, e contribuir para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais, melhorando assim, a qualidade das ações e serviços ofertados pelo SUS no que se refere à educação em saúde (BRASIL, 2004). No ano de 2007, essa política foi reformulada e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, compondo a série de “Pactos pela Saúde” e estabelecendo as responsabilidades de cada esfera do governo com relação à essa temática (BRASIL, 2009).

Sarreta (2009) argumenta que embora exista o entendimento consolidado de que a educação permanente dos profissionais de saúde pode contribuir para solução de problemas que envolvem o acesso, a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade dos serviços, existe um descrédito da sociedade quanto à exequibilidade dessa política pública, provocado provavelmente pelas situações

críticas apresentadas nos serviços, tais como a implementação das ações e serviços desiguais, o baixo financiamento, a falta de resolutividade da rede, o enfoque no modelo curativo e a frágil qualidade do atendimento oferecido. O resultado do desalinhamento entre os princípios do SUS e a oferta dos serviços na prática é um ambiente repleto de desafios e dificuldades para quem presta o serviço e seu usuário.

Se a implementação de políticas públicas em saúde é complexa, quanto mais a PNEPS uma vez que tal política não dialoga com as necessidades das unidades de saúde e de sua mão de obra. Embora esta política seja a formalização institucionalizada de uma proposta para um problema público (que é a formação continuada necessária para os profissionais da saúde), o documento não define claramente os métodos adequados para efetivação dos planos de capacitação, não orienta sobre as metodologias adequadas para seu cumprimento e não é claro em suas diretrizes de implementação. O resultado disso é uma determinação não auditável e, por ser laborioso o esforço de evidenciar sua conformidade, é inviável a afirmação de que a aplicabilidade da PNEPS pode ser garantida.

Ceccim (2005) defende que a qualificação dos serviços de saúde exige a aprendizagem significativa e permanente dos profissionais. Lemos et al. (2021) constróem o mesmo entendimento afirmando que ao longo dos últimos 15 anos, a Educação Permanente em Saúde (EPS) estabeleceu-se como uma das temáticas de gestão prioritária nos processos de qualificação do SUS, sendo uma discussão presente de forma contínua nas agendas nacionais e internacionais, conferências de saúde, eventos científicos, pesquisas e publicações acadêmicas e políticas públicas.

Cavalcanti & Guizardi (2018) adicionam ainda a essa reflexão, um olhar histórico para o nascimento da EPS, originada a partir do entendimento de que os programas de ensino voltados aos profissionais de saúde não estavam plenamente adequados à formação desse profissional para seu cenário de atuação, sendo necessário valorizar a educação como estratégia de desenvolvimento humano, e não apenas profissional.

Atualmente, apesar de grande parte das unidades de saúde formalizarem o planejamento anual de treinamentos com base nas diretrizes globais da PNEPS, a vivência desta pesquisadora no processo de planejamento e execução dos Planos de Educação Permanente permitiu evidenciar que sua aplicação está baseada em um planejamento que não possui *link* com a necessidade, além da hegemonia da aula conteudista e expositiva, mantendo os profissionais à margem do processo de ensino-

aprendizagem e sem considerar as necessidades de conteúdos conceituais, procedimentais e atitudinais. Esta discussão parte então do reconhecimento de que as pessoas aprendem de forma diferente, o que justifica o repensar dos programas.

Embora a PNEPS baseie-se na noção de aprendizagem significativa do aluno, na contextualização loco regional das ações educacionais, e em uma perspectiva ampliada da participação, que inclui indivíduos da gestão, profissionais de saúde, instituições formadoras, e o controle social (CAVALCANTI & GUIZARDI, 2018), a prática atual tem se mostrado divergente de tais perspectivas e demonstrado a hegemonia de treinamentos repetitivos e de metodologias de ensino que vão na contramão das propostas ativas de educação.

Para Moran, “é possível ensinar e aprender de muitas formas, inclusive da forma convencional. Há também muitas novidades, que são reciclagens de técnicas conhecidas” (MORAN, 2013. p.11). O contexto dos dias atuais faz com que seja necessária atualização constante das habilidades e conhecimentos profissionais e por isso é preciso rediscutir os modelos empregados na educação permanente em saúde, dessa forma, o presente estudo não é só uma necessidade de conceituação da PNEPS, mas uma reflexão sobre como transformar resultados através dela. Se no passado a formação acadêmica e experiência profissional eram fatores primordiais de avaliação de carreira, hoje lida-se com conceitos de aprendizado continuado, ou “aprendizado ao longo da vida” (*lifelong learning*), o que torna os programas de formação cada vez mais desafiadores e necessários.

Ao longo dos estudos realizados foi-se mostrando mais claramente que existe uma fenda entre o que se pretende ou deveria pretender ensinar os planos de educação permanente em saúde e, o que se trabalha com os modelos atuais, além das mudanças sociais e práticas que se esperam como resultado desses programas. A experiência profissional desta pesquisadora com a implementação e avaliação dos planos de educação permanente em diferentes unidades de saúde, pode evidenciar que são trabalhados, prioritariamente, conhecimentos técnicos e habilidades cognitivas envolvidas na implementação de protocolos de saúde, protocolos institucionais ou atendimento a requisitos legais, ministrados através de aulas expositivas ou outros métodos conservadores.

Ou seja, embora os planos de educação permanente analisados mostrem extensiva carga horária de treinamento anual, tais eventos não são planejados de acordo com a necessidade do público-alvo seja ele paciente ou colaborador. Para

Franco (2007), embora os investimentos em educação para saúde sejam elevados em diversos ambientes, eles não têm resultado em melhorias e mudanças na prática do cuidado nos serviços.

De um lado, muitos investimentos institucionais historicamente disparados a partir do Ministério da Saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS, de outro lado, o baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção de cuidado (FRANCO, 2007, p. 429).

Percebe-se então inúmeros problemas vivenciados pelo SUS, envolvendo a dificuldade de enfrentar as causas sociais, superlotação das unidades, subfinanciamento do serviço, entre outros. É neste cenário que se encontra um dos principais sujeitos desta pesquisa, o profissional de saúde, muitas vezes despreparados para a complexidade de serviços que oferecem, e mesmo assim, cobrados em nível de qualidade e excelência por desfechos positivos.

É necessário entender as mudanças acontecidas nas últimas décadas no cenário de saúde, no perfil dos profissionais, bem como nas necessidades do serviço, para que se possa utilizar a PNEPS como mecanismo de transformação dos modelos de atenção. Se os planos de EPS forem implementados de maneira adequada, vão priorizar uma educação inovadora e integrativa que coloca o sujeito no centro do seu processo de aprendizado, com isso, seus resultados podem traduzir uma estratégia político-pedagógica adequada a superar as deficiências e limitações na formação dos trabalhadores, gerando impacto e estimulando a autonomia e protagonismo do sujeito no sentido de promover a corresponsabilidade e fortalecimento do controle social em saúde.

Tais análises críticas levam a busca por esclarecimentos chegando então a seguinte questão de pesquisa: **Como planejar e realizar o plano de educação permanente das unidades de pronto atendimento (UPAs) de Salvador, propondo uma construção coletiva e a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem ativas?**

1.3 Objetivo Geral

Analisar o plano de educação permanente de duas unidades de pronto atendimento (UPA's) de Salvador, investigando a metodologia de construção do plano e propondo um novo modelo de construção coletiva com adoção de metodologias de ensino-aprendizagem ativas.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar os resultados dos planos de EPS realizados de janeiro de 2022 a dezembro de 2022, bem como suas características pedagógicas;
- Conhecer como os colaboradores percebem o desenvolvimento das competências técnicas e comportamentais na EPS;
- Mapear módulos, conteúdos e metodologias de ensino-aprendizagem que produzam impacto na formação crítico-reflexivo do profissional de saúde da unidade;
- Elaborar e-book direcionador para planejamento e realização do plano de educação permanente de unidades de pronto atendimento, apresentando metodologias de ensino ativas voltadas para o desenvolvimento dos colaboradores.

2. JUSTIFICATIVA

De acordo com a Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988. Art.196).

No entanto, isso não se restringe apenas em ser atendido nas unidades de saúde pública, envolve a garantia de uma assistência humanizada, de qualidade e segura, entre outros direitos básicos. Nesse aspecto, a educação permanente configura-se como um meio de concretização desse direito, corroborando para a mudança do cenário de insegurança e insatisfação que atualmente se faz presente nas instituições de saúde públicas e em especial nas emergências das UPAs.

Ao analisar o cenário destas unidades, percebe-se que as questões sociais e as lutas de classe são temáticas que influenciarão diretamente nos modelos de saúde e educação. A partir desses conceitos estruturantes, é necessário pensar-se em um modelo de ensino que considere o indivíduo como protagonista do seu processo de aprendizado, ou seja, mesmo que todas as determinantes sociais e ambientais tenham impacto no dia a dia do serviço, não podem restringir a capacidade e necessidade de desenvolvimento do seu efetivo.

Como dito anteriormente, as UPAs configuram-se como demanda essencial dos sistemas por oferecerem tratamento nas situações de morbidade de médio e baixo risco que requerem atendimento imediato. No dia a dia dessas unidades passam por elas, grande quantidade de pacientes, alguns que possuem planos de saúde, porém, a grande maioria, pessoas de baixa renda e baixa formação acadêmica, que vivem inúmeros problemas sociais e não estão no centro do cuidado, sentindo-se distantes da mão-de-obra envolvida na sua prestação de serviços. Essa relação, quase que conflituosa de interesses diversos, resulta em um ambiente de saúde estressante e afastado das premissas de excelência defendidas pelos programas sociais e políticas públicas. Neste cenário, a educação passa a ser basilar para melhorar a qualidade da assistência em saúde.

É certo que nos serviços públicos existem questões sociais suficientes para grandes estudos acadêmicos, contudo, esta pesquisa dedica-se a manter um recorte de avaliação dos planos de educação permanente, propondo uso de estratégias ativas para a construção e execução do modelo de ensino-aprendizagem. Além disto, é importante destacar que, estes resultados devem articular-se com as estratégias cotidianas utilizadas pelos gestores das unidades, oportunizando resultados em todas as esferas de atuação, contribuindo com o aprimoramento do conhecimento científico sobre o tema pesquisado e facilitando a implementação destes programas em outras unidades ou serviços.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O cenário atual na saúde

Em 1982 o escritor Richard Buckminster Füller escreveu um livro chamado “O Caminho Crítico” no qual desenvolveu o conceito da “Curva de Duplicação de

Conhecimento” muito utilizado até hoje por diversos historiadores e estudiosos das tendências mundiais. Segundo esse conceito, o conhecimento humano em 1900 dobrava a cada 100 anos; em 1945 a cada 25 anos; em 2014 a cada 12 meses e atualmente, existem previsões que falam em cerca de 12 horas (RASQUILHA, L. e VERAS, M. 2019). A capacidade de entender e adaptar-se ao ecossistema e suas transformações torna-se uma competência necessária a todas as áreas.

Essas constantes mudanças, para Ceccim (2005), somadas ao modelo de assistência à saúde proposto pelo SUS, são justificativas suficientes de ambiciosas iniciativas de transformação na formação dos trabalhadores.

Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005. p.163).

Cortella (2017) defende que o conhecimento é também político, isto é, articula-se com as relações de poder (2017. P.110) e por isso é fundamental entender-se que as práticas educacionais precisam ser repensadas quando objetiva-se transformação social. Para o filósofo, em nenhum momento da história republicana a frase “A educação está em crise” deixou de ser dita, já que ainda não atingiu-se patamares mínimos de igualdade e justiça social. Ou seja, é preciso repensar a formação do conhecimento levando em conta a realidade do aluno, o que significa, partir do universo do aluno para que ele consiga compreendê-lo e modificá-lo, sendo essa a única opção viável para evitar o que ele chama de “Pedagocídio” (CORTELLA, 2017. P.18). Considerando que o modelo educacional voltado para os profissionais adultos precisa possuir relevância para a vida do cidadão, é importante uma formação humana oposta à formação unilateral provocada pelo trabalho alienado e pela divisão social do trabalho (SOUSA JUNIOR, 2009).

A motivação para a riqueza desse tema está em entender que mudanças precisam ser implementadas no processo educacional profissional a fim de alcançar a transformação dos resultados quer sejam elas em qualidade do desfecho ou na humanização da assistência. Requer-se que a partir da teoria e da prática no processo de formação profissional, possa-se desenvolver habilidades que afetarão diretamente

os cuidados prestados ao paciente, aproximando pacientes e profissionais e entregando uma assistência cada vez mais perto dos princípios defendidos pelo SUS de integralidade, universalidade e equidade.

Se por um lado esse trabalho baseia-se na necessidade de formação constante dos trabalhadores, por outro, entende-se como primordial o debruçar-se sobre a necessidade do usuário do SUS e a urgência de prover uma capacitação que coloque o paciente no centro do cuidado. Tem-se então como eixo paralelo, o pensar no usuário dentro do quadrilátero da educação (ensino - gestão - atenção - controle social), como destacado no Quadro 01.

Quadro 01: Quadrilátero da formação segundo Ceccim (2004)

Quadrilátero da Formação	
Análise da educação dos profissionais de saúde	Mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
Análise das práticas de atenção à saúde	Construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
Análise da gestão setorial	Configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
Análise da organização social	Verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Fonte: Ceccim, 2004.

Ao considerar o cenário já descrito como ponto de partida do planos de educação permanente, é necessário entender que o modelo conservador de ensino, muito utilizado na formação dos profissionais da saúde, não constitui alvo do Plano de Educação Permanente, e pode representar propostas educacionais insuficientes e desarticuladas, distantes da participação ativa do profissional na realidade (Hermida, Barbosa & Heidemann, 2015). É importante considerar todos esses fatores como a identificação dos indivíduos envolvidos na educação permanente, o ambiente onde essa política se desenvolve, a história que permeia tais contextos de formação, a

necessidade final no serviço ofertado, as expectativas dos usuários dos serviços, as carências de aprendizado dos profissionais, entre outros.

Não é palatável afirmar que os modelos conservadores de ensino sejam equivocados, em parte, eles funcionam e estão sedimentados, contudo, é possível afirmar que a aprendizagem significativa está associada às modalidades integrativas, personalizadas, reflexivas e ativas de educação. O que significa dizer que o processo de aprendizado dos profissionais, não é o mesmo a depender dos diversos fatores já relacionados.

Aprendemos melhor quando vivenciamos, experimentamos, sentimos. Aprendemos quando fazemos relação, estabelecemos vínculos, laços, entre o que estava solto, caótico, disperso, integrando-o em um novo contexto, dando-lhe significado, encontrando um novo sentido. Aprendemos quando descobrimos novas dimensões de significação que antes se nos escapavam, quando vamos ampliando o círculo de compreensão do que nos rodeia, quando, como numa cebola, vamos descascando novas camadas que antes permaneciam ocultas à nossa percepção, o que nos faz perceber de uma outra forma. Aprendemos mais quando estabelecemos pontes entre a reflexão e a ação, entre a experiência e a conceituação, entre a teoria e a prática; quando ambas se alimentam mutuamente (MORAN, 2013. p. 28).

3.2 O SUS e seus princípios estruturantes

As acentuadas discussões sobre a saúde da população brasileira têm seu marco inicial na Conferência Nacional de Saúde realizada em 1967, a partir da qual, discute-se as necessidades específicas para o segmento. Além deste, outro movimento de destaque para esta pauta foi o Movimento da Reforma Sanitária, que se iniciou na década de 70, a partir da conferência de saúde.

A partir de 1986, após consolidação dos conceitos ampliados de saúde como um direito do cidadão, e formalização dos princípios do SUS, o conceito de saúde legitimou-se sendo:

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. p.382).

O SUS é o modelo brasileiro, baseado na Constituição Federal, voltado para o planejamento e execução de ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS é regido pelos princípios da:

- *Universalidade*- acesso para todos em todas as ações;
- *Igualdade*- acesso para todos sem distinção, de acordo com a necessidade clínica;
- *Integralidade*- acesso não apenas para medicina curativa, mas para ações de prevenção e educação em saúde, garantindo atendimento individualizado segundo às necessidades de cada um de forma integral;
- *Gratuidade*- acesso gratuito para todas as ações do SUS, voltadas para atender aos princípios anteriores;
- *Descentralização*- decisões sobre recursos e competências descentralizados entre os vários níveis de governo, incentivando a municipalização dos serviços com maior agilidade na tomada de decisões;
- *Hierarquização*- ações e serviços definidos em níveis de complexidade;
- *Regionalização*- distribuição e organização das ações e serviços de saúde de forma eficiente, evitando desperdícios;
- *Resolutividade*- capacidade de ofertar saúde baseada na necessidade e com desfechos positivos e finalísticos- resolver os problemas e;
- *Participação dos cidadãos* - garantia de políticas públicas adequadas às necessidades dos cidadãos e controle social por meio de conselhos, entidades com representação paritária, profissionais de saúde, conferências de saúde, entre outros.

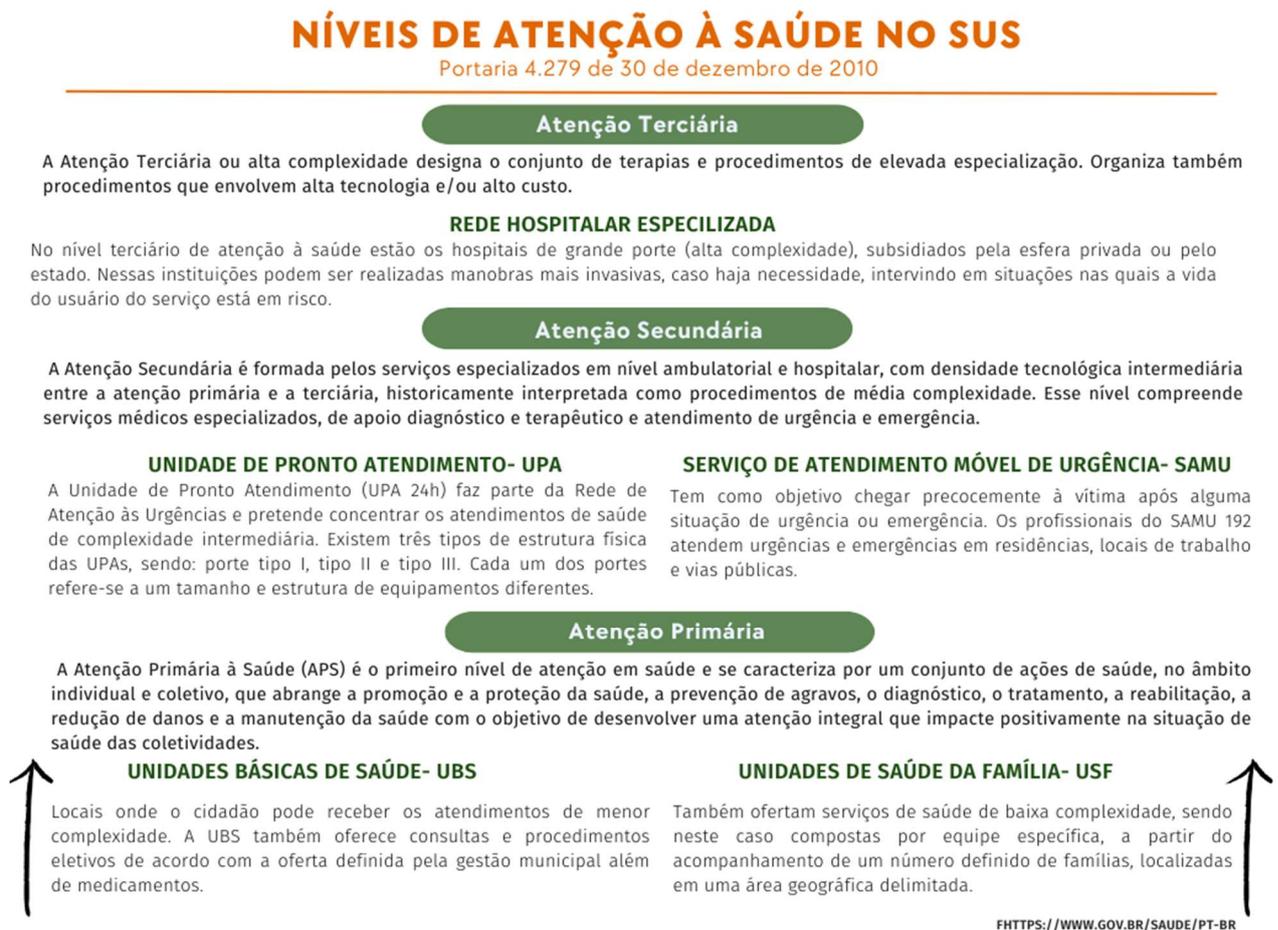
Se é difícil entender a universalidade do SUS, acentua-se a dificuldade de colocar em prática a integralidade inscrita pela Constituição. Para Sarreta (2009), a integralidade proposta pelo SUS depende do envolvimento dos trabalhadores e usuários, os quais não podem estar à margem do debate pois é a partir deles que as ações e resultados se desenvolvem.

A integralidade inscrita na Constituição e buscada pelos sujeitos entrevistados resgata a visão do ser humano em sua totalidade –

promove ao mesmo tempo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Integralidade é a confluência de vários saberes de uma equipe de saúde, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, os quais devem estar organizados e preparados de forma aberta para receber as necessidades de saúde não previstas em rotinas e protocolos. (SARRETA. 2009. p.91).

O SUS é composto por uma série de serviços articulados que se complementam e tem como objetivo atender de maneira eficiente toda a população que necessita de suporte (Brasil, 1990). Os serviços oferecidos pelo SUS são organizados em níveis de atenção, sendo elas primária, secundária e terciária. Essa estrutura visa organizar as ações e serviços oferecidos pelo sistema (Brasil, 1990; Brasil, 2011). Dentro dessa complexa cadeia de saúde estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como apresentado na Figura 01.

Figura 01: Níveis de atenção à saúde no SUS



Fonte: Ministério da Saúde (2011).

As UPAs são estabelecimentos intermediários com foco nos serviços de

emergência que funcionam 24 horas por dia em todos os dias da semana. Embora em sua estrutura formal deveriam funcionar como unidades de atendimento intermediário (uma vez que serviços de baixa complexidade deveriam ser sanados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF), e de alta complexidade deveriam ser regulados para unidades hospitalares especializadas), as UPAs acolhem todo tipo de atendimento de saúde. O acolhimento dos pacientes é realizado com base na classificação de risco o que permite rápido suporte àqueles que necessitam de conduta imediata. Essas estruturas são regidas pela Política Nacional de Urgências e Emergências (PNAU), publicada pelo Ministério da Saúde em 2003 (Brasil, 2011).

As UPAs que deveriam funcionar como articuladoras entre os níveis do cuidado, acabam por tornar-se hoje a principal porta de acesso à saúde para boa parte da população com diferentes necessidades de cuidado. Diante disso, percebe-se a ausência de adequada integração e coordenação com a rede assistencial, seja com a rede hospitalar ou rede de atenção básica, fazendo desses entrepostos novas portas ao sistema de saúde, sem redundar, porém, em mais acesso aos serviços ou melhor cuidado (KONDER, 2013).

Relativo à execução do SUS, não há hierarquia entre União, estados e municípios, embora, existam competências específicas para cada um deles. Enquanto a União é o principal financiador da saúde pública no país, os estados respondem pela organização, coordenação e planejamento do SUS e os municípios são os principais responsáveis pela execução da saúde pública de sua população. Embora a integração seja fator primordial da existência dos entes, a partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passou a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Embora o campo deste estudo sejam unidades geridas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pode-se destacar que as Políticas estudadas aqui são aplicáveis a todos os níveis de atenção à saúde.

3.3 O profissional de saúde

É conveniente entender que o principal sujeito da execução da PNEPS, e sujeito desta pesquisa, é o profissional de saúde, que vive em seu dia a dia inúmeros desafios. Uma vez que a efetiva concretização do serviço acontece da relação entre

profissionais e usuários, pensar nesse sujeito torna-se primordial para qualquer garantia de cumprimento das políticas públicas de saúde.

Compõem o quadro de profissionais de saúde diversas categorias como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, biomédicos, além de técnicos e outros serviços de saúde de apoio. Esses profissionais lidam diariamente com situações de doença ou morte, com necessidade de decisões terapêuticas críticas e com altas expectativas de seus serviços.

A mão de obra das UPAs, para Konder (2013), é formada por profissionais de saúde que trabalham em condições precárias de vinculação e sem formação adequada. Segundo o autor, se por um lado os aparelhos formadores dão pouca importância em suas estruturas curriculares à qualificação profissional para atuação na atenção às urgências, por outro, o setor público também é responsável por esse descaso devido ao baixo investimento em recursos humanos e a fragilidade dos projetos de educação permanente, resultando com isso na oferta de uma assistência superficial e fragilizada e em profissionais despreparados, inseguros e insatisfeitos.

Importante lembrar que o profissional de saúde é um indivíduo que precisa ser pensado de forma social para que possamos propor programas que tenham representatividade e significado. Trata-se de uma categoria que atua em um ambiente de trabalho rico em fatores que levam ao aumento dos níveis de estresse, como por exemplo, duplas (ou triplas), jornadas de trabalho, turnos prolongados, dimensionamento reduzido, recursos limitados, objetivos institucionalizados, poder e relações hierárquicas, exposição a agentes biológicos e químicos, entre outros (SILVA et al. 2021). Ao que pese a importância da formação técnica, o trabalhador em saúde precisa ter um grau de autonomia na produção do cuidado e na própria gestão do seu trabalho já que o mundo não pode ser apreendido em sua totalidade pelas normas e protocolos. Este profissional, ocasionalmente, precisará tomar decisões importantes que estão além do conteúdo teórico aprendido na academia e, por isso, são necessárias iniciativas que pensem continuamente na formação e bem-estar deste indivíduo (PINTO & ESPERIDIÃO, 2022)

De acordo com os resultados da pesquisa “*Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19*”, realizada pela Fiocruz (2022), quase 50% dos profissionais de saúde admitem excesso de trabalho: 85,5% destes

trabalhadores disseram ter uma jornada de trabalho de até 60 horas semanais e 25,6% revelaram que precisam de um segundo emprego para sobreviver.

O questionário da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e do Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz) incluiu além de médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos, todas as categorias profissionais da área da saúde, inclusive administrador hospitalar, engenheiro (segurança do trabalho, sanitaria) e um expressivo número de residentes e graduandos da área, em mais de dois mil municípios. A pesquisa contemplou mais de 25.000 profissionais e traçou perfil dos trabalhadores por gênero, raça e faixa etária conforme figura 2. Foi identificado que a maioria dos profissionais (77,6%) são mulheres e/ou estão na faixa etária de 36 e 50 anos. A pesquisa também apontou prevalência de autodeclarados brancos (57%), seguidos de negros e pardos (40%) como demonstrado na figura 02.

Figura 02: Ilustração perfil dos profissionais de saúde



Fonte: Ilustração Autoral com base na pesquisa "Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19" (2023)

O relatório de pesquisa de público da Educação Permanente, realizado pelo Instituto de Gestão e Humanização¹ no ano de 2022, confirmou preocupações com o público-alvo deste estudo. O resultado de avaliação do perfil de colaboradores foi diagramado em uma “Persona” conforme metodologia criada por Allan Cooper em 1983, como visto na figura 03.

Figura 03: Persona profissional de saúde - Unidades de Pronto Atendimento



Fonte: Ilustração autoral com base em pesquisa de público interno do Instituto de Gestão e Humanização (2023)

Uma particularidade que merece demarcação é que, embora tradicionalmente o ingresso de profissionais no setor público devesse ser precedido de concurso público, a partir da Lei nº 9.637, de 1998, com a criação do Programa Nacional de Publicização, a União passou a viabilizar parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSSs), para a gestão de diferentes serviços, incluindo contratação de mão de obra. O contrato de Gestão é um compromisso celebrado entre o ente público (União, estados ou municípios) e uma entidade de pessoa jurídica de direito privado sem fins

¹ Organização Social responsável pelas unidades pesquisadas neste estudo. Dado apresentado pela Comissão Corporativa de Educação Permanente em levantamento realizado no ano de 2022.

lucrativos, que precisa ser qualificada como Organização Social. Através do contrato de gestão, a Instituição privada passa a executar o serviço “público” de forma temporal (contratos tem prazo de validade e prazo máximo de renovação quando, deve-se repetir processo licitatório). Por ser uma instituição privada, seu modelo de contratação de mão de obra não requer as formalidades e burocracia da administração pública. Isso é relevante para esse entendimento porque é a razão pela qual as UPAs estudadas nesta pesquisa, não possuem profissionais concursados. Essas unidades são gerenciadas por Organização, e possuem vínculo empregatício em regime CLT para equipe multiprofissional, exceto médicos que possuem em sua maioria regime de terceirização firmados através de um contrato com pessoa jurídica. Analisar esse público específico parte da identificação de diversos desafios que vão desde suas deficitárias condições de trabalho, até seu processo de formação profissional historicamente agravado por questões sociais.

3.4 A formação dos trabalhadores de saúde

O ordenamento e a formação dos recursos humanos para o SUS são atribuições do Estado de acordo com a Constituição Federal de 1988, que determina:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

III - ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde; (Constituição Federal, 1988. Art.200).

Sob o mesmo ponto de vista, a Lei Orgânica da Saúde diz:

Artigo 6º: Estão incluídas no campo de atuação do SUS:

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. (Lei Orgânica da Saúde, LOS 8.080, Brasil. 1990).

Assim pode-se entender que ao SUS, cabe a responsabilidade tanto da ordenação da formação dessa mão de obra, quanto o desenvolvimento dela de forma continuada. Costa (2008), defende que a partir do estabelecimento desta condição, eventos importantes como as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) são realizados para fomentar e acelerar a discussão a respeito da temática, e propor soluções aos diversos desafios encontrados na implementação das políticas formuladas até então para o setor.

A formação dos profissionais de saúde sempre foi, prioritariamente, conteudista, pautada em metodologias conservadoras, voltados para o domínio tecnocientífico da profissão. Entretanto, existem avanços consideráveis na discussão dos modelos de formação, reforçando a necessidade de avançar no preparo dos profissionais em relação aos princípios preconizados pelo SUS e capaz de atender às necessidades do atual contexto social. Diante disso, pode-se perceber iniciativas do Ministério da Saúde e do próprio Ministério da Educação, no sentido de direcionar esforços para integrar as políticas públicas aos serviços de saúde, bem como relacionar os conteúdos acadêmicos e as atividades práticas na graduação, com a assistência efetivamente prestada à população (COSTA, 2008). Embora estas iniciativas ainda sejam pouco aparentes, esse movimento inclui também a criação e ampliação dos fóruns de discussão dos modelos educacionais, como as já citadas Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) e as Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (CNGTES).

Ressalta-se que a história da “CNRHS” representa marcos significativos no processo de construção das políticas que reconhecem e focam no desenvolvimento humano na área de saúde, sendo os principais:

- 1986, que teve como tema central “ A Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. Sendo a primeira CNRHS, abriu caminho para as discussões sobre a possibilidade de articulação entre instituições de ensino e os serviços de saúde, como estratégia para superar diversos desafios como o despreparo e desinteresse dos profissionais, o descompromisso com o modelo assistencial em construção e a compartimentalização do ensino.
- 1993, que teve como tema central: “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde” e que discutiu, entre outras temáticas, o processo de formação e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde. O segundo encontro, reforçou as mesmas proposições referente à formulação das políticas de recursos humanos, vislumbrando a mudança de fatores críticos que se configuram como pontos de precarização do trabalho (Paim, 1994 apud Costa, 2008).

- 2006, que teve como tema central: “Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros”. Terceiro encontro, este, fomentou as discussões sobre as participações, controle social e atuação prática no processo de desenvolvimento humano na saúde.

As discussões nos variados fóruns, evoluíram em torno da reflexão acerca das orientações educacionais do profissional de saúde, em especial nas Conferências Nacionais de Saúde VIII, IX, X e XI (COSTA, 2008).

Segundo Lima (2022), a formação dos profissionais de saúde no Brasil, inicialmente, focava problemas básicos para a maioria da população, mas gradativamente se afastou disso e evoluiu com avanços no ensino e na prática médica, em consonância com o modelo econômico vigente na época. Para Lima, o foco exagerado no modelo tecnicista da saúde gera distanciamento entre o que se ensina, e as necessidades de saúde da população.

Ceccim (2005) defende a priorização de políticas específicas para a formação dos profissionais de saúde, buscando assim a manutenção de quadros preparados nas diversas competências técnicas e comportamentais necessárias para o desenvolvimento de suas atividades.

As reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de organizar ofertas políticas específicas ao segmento dos trabalhadores, a tal ponto que esse componente (o “Recursos Humanos”) chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde (CECCIM, 2005. p.163).

Neste sentido, o Ministério da Saúde, desde 2003, instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o fito de articular a implementação da PNEPS. Uma das atribuições da SGTES é fomentar o debate sobre a formação dos profissionais da saúde envolvendo os diversos sujeitos do processo o que aos poucos, tem possibilitado um carácter institucional de educação em saúde e a implementação de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de ensino superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS. (BRASIL, 2018).

Embora haja evidente avanço nas construções de políticas públicas que objetivam o aperfeiçoamento do SUS e a preparação dos profissionais envolvidos no

cuidado, construir uma relação entre as instituições de ensino e o sistema público de saúde tem se mostrado um desafio para os envolvidos com essas questões, sendo a educação uma das variáveis fundamentais para a efetiva consolidação do sistema. (BRASIL, 2014). Portanto, a formação dos profissionais de saúde, independente da área específica de atuação, deve fluir entre aspectos estruturantes de relações práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social, que vão contribuir significativamente com a melhora da qualidade da saúde da população assistida (CECCIN, 2004).

Essa dificuldade, para Campos (2001), é acentuada pela desarticulação que existe entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, onde as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação estão desassociadas das necessidades do SUS e de seus sujeitos envolvidos.

A desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde. A inserção parcial dos hospitais universitários na rede do SUS reforça esse distanciamento, agravando as distorções. (CAMPOS et al, 2001. p. 54).

Paim (1994) defende que a preparação para o trabalho em saúde, composta de disciplinas e estudos de graduação, que deveriam estar voltados especificamente para o SUS, são insuficientes. Embora a lei orgânica n.º 8.080/1990 e as Conferências Nacionais de Saúde, ratifiquem que a qualidade da atenção à saúde está diretamente ligada à formação dos recursos humanos para atuação no serviço (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), a formação acadêmica e profissional desta categoria ainda prioriza os aprendizados científicos de forma fragmentada e sem relação direta com as necessidades do SUS.

A formação em ciências da saúde tem sido hegemonicamente pautada pela transmissão de representações do corpo, normas de seu funcionamento biológico (biologia, anatomia, fisiologia, histologia etc.) e normas de seus desvios patológicos (patologia, parasitologia, infectologia, etc.). A partir de diversas disciplinas, apresentadas de maneira fragmentada sob a égide de especialismos, essa perspectiva formativa vislumbra transmitir protocolos clínicos (representações) universais em função da intervenção sobre processos patológicos com fins do resgate dos corpos às normas biológicas de funcionamento (ROCON et al. 2022. p.08).

Essa é uma questão que merece destaque. Embora a carga horária de formação dos profissionais de saúde seja elevada, este processo formativo não se traduz em segurança dos resultados alcançados. Como exemplificam Sabbatini e Cardoso (2020), o MEC prescreve cerca de 7.000 horas de ensino para os cursos de medicina, mas a maioria conta hoje com mais de 10.000 horas, apesar disso, os autores entendem que os profissionais se graduam com vasto conhecimento teórico contudo um superficial e incompleto conhecimento prático, essa realidade, repete-se na maioria das áreas e cursos do segmento.

Em muitos cursos de graduação, o que se constata é que não sobra tempo para as atividades de formação intelectual, cognitiva e prática dos alunos, pois o ensino se concentra excessivamente em matérias obrigatórias, com poucas oportunidades para participação em matérias eletivas ou extracurriculares. Além disso, as matérias são excessivamente informativas, perdendo-se um precioso tempo ao passar ao aluno conhecimentos que se tornarão rapidamente obsoletos, resultando inúteis. As bibliotecas são muito deficientes e mal utilizadas, a metodologia de ensino muitas vezes é obsoleta e ineficiente, e usa-se pouco as tecnologias de informação no ensino. (SABBATINI; CARDOSO, 2020 p.3).

Batista e Goncalves (2011) afirmam que os espaços de capacitação precisam ser repensados para que possam permitir a oferta de um cuidado integral, a começar pelas etapas de formação profissional, até o aprendizado em trabalho, é necessário que essas estratégias produzam transformações nas práticas profissionais e organização do trabalho.

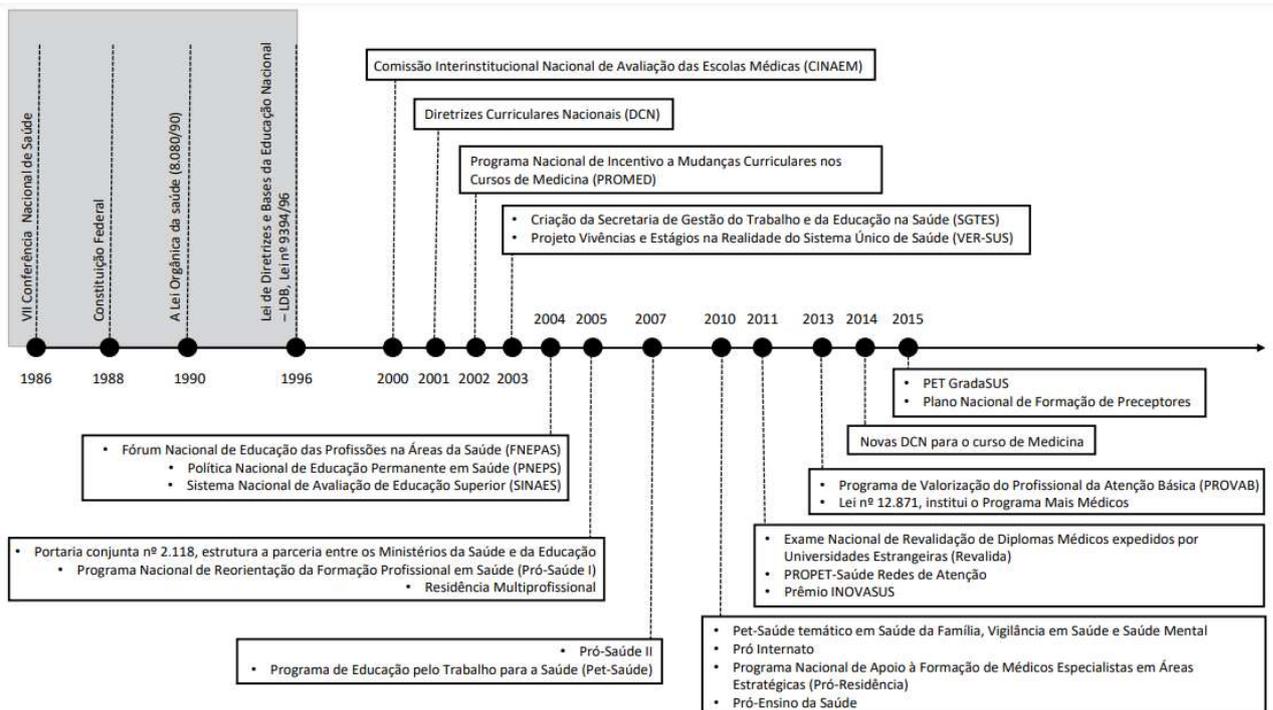
Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. (BATISTA; GONÇALVES, 2011 p.886).

No Brasil, os conteúdos dos cursos de graduação são aprovados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e as diretrizes para a educação são subordinadas à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Ou seja, pode-se afirmar que em todos os cursos de graduação da área de saúde em instituições de ensino superior (IES) aprovadas pelo Ministério da Educação (MEC), existem projetos pedagógicos baseados no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para o exercício de cada profissão. Porém, é possível constatar amplo

repertório de estudos que evidenciam a inaplicabilidade dessas expectativas na formação profissional efetiva.

Para Ferreira et al. (2019), houve um avanço significativo em pelo menos três décadas que contribuíram para o fomento do debate a respeito da formação dos profissionais de saúde. A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, ocorrida em 2001, é um desses avanços que refere à preocupação com a formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva. Em 2014, as DCN's para o campo de Saúde passaram por significativas alterações, em especial com ênfase na Saúde Coletiva e apresentam ainda divisões de três eixos temáticos nas áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Contudo, mesmo com tais atualizações, não há apontamento que conduza para o repensar das metodologias de ensino, propondo um contraponto para o projeto pedagógico até então consolidado.

Figura 04: Marcos históricos de políticas públicas orientadoras da formação médica.



Fonte: Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT et al. 2019

A luz da abordagem de Costa (2008), entende-se que além da falta de clareza das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), boa parte dos projetos políticos pedagógicos dos cursos voltados para a saúde, não assume o SUS como uma

temática transversal, que deveria estar presente em todo o processo formativo, tanto no que diz respeito ao conteúdo teórico a ser pensado e assumido, quanto no que diz respeito ao espaço de prática. Isto significa dizer que o projeto pedagógico definido para os cursos de graduação na área de saúde, na maioria das vezes está centrado em conteúdos compartimentados, dissociando a clínica e a epidemiologia, a teoria da prática, submetendo-se às imposições do mercado e à incorporação indiscriminada das tecnologias, além de incentivar a especialização e a reprodução de práticas tradicionais em saúde (SILVA E TAVARES, 2004).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece um total de 14 categorias profissionais de saúde de nível superior, conforme estabelecido pela Resolução CNS nº 287, datada de 8 de outubro de 1998. Essas categorias incluem assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, além da saúde coletiva. As DCNs para a maioria destas categorias foram validadas entre 2001 e 2014, como as diretrizes para o curso de Enfermagem (2001), Farmácia (2003) e Fisioterapia (2001), exceto para “Nutrição” que teve suas diretrizes validadas em 2022. É possível evidenciar que a tentativa de articulação da CNS com o CNE ainda não apresentou resultados relevantes na transformação do modelo educacional para a categoria.

Para muitos estudiosos a falta de efetividade das propostas pedagógicas na formação de quaisquer competências que não sejam técnicas, deve-se primeiramente ao modelo pedagógico hegemônico conteudista e fragmentado, arraigado nas instituições de ensino, e ao modelo biomédico fortalecido com as práticas tradicionais de saúde, especializada e focada na medicina curativa (CECCIM E FEUERWERKER, 2004). Outro fator relevante e que agrava o distanciamento entre os projetos pedagógicos e as necessidades do SUS é a falta de integração entre Ministério da Educação, na composição e aprovação das DCNs e o Ministério da Saúde na avaliação das necessidades da rede de atenção.

a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das Universidades e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. (Brasil, 2001, p.42).

Essa possível desarticulação entre os setores resulta na formação de profissionais que foram aprovados e terão seu processo formativo baseado na sua capacidade de absorção de conteúdos técnicos (FILHO, 2004), realidade que resultará em priorização de fazer técnico em detrimento da humanização das práticas (CASATE JC, CORRÊA AK. 2006). Estes profissionais, desconhecendo a realidade e necessidade das unidades e de seus pacientes, terminarão nas redes de saúde pública e privada, com demandas emergenciais de formação permanente de suas competências.

Importante destacar ainda que, além de profissionais multidisciplinares, a Educação Permanente em Saúde é relevante também para profissionais médicos. De acordo com o II Fórum da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) sobre Educação Médica (Brasília, 2010), o setor de Urgência e Emergência é uma das principais formas de trabalho médico no setor público. Segundo esse estudo, o profissional das unidades de urgência e emergência geralmente é recém-formado, com as dúvidas e inseguranças que não foram sanadas durante o curso de graduação. Por serem profissionais ainda em processo formativo, a rotatividade deles torna-se elevada já que, aos poucos, ele ingressa em programas de residência e especialização e é substituído por novos internos ou recém-formados. Esses argumentos sustentam o entendimento de que é necessário avançar na formação em saúde de maior qualidade, com programas de desenvolvimento mais específicos na área (CAMPOS, 2013).

É conveniente ressaltar que o ensino regular das escolas, cursos e faculdades é relevante, não só pela construção curricular proposta como também pelas certificações alcançadas, ainda assim, existe o desafio de manter o desenvolvimento após a finalização de um ciclo escolar ou acadêmico. O que temos em voga é uma reflexão sobre qual o sentido dos programas de formação, sejam eles a graduação, especializações acadêmicas ou ainda treinamentos corporativos, diante da facilidade de acesso à informação, da possível e constante participação em redes com pessoas com as quais partilhamos interesses, práticas, conhecimentos e valores e diante da possibilidade de trocar ideias e desenvolver pesquisas colaborativas com especialistas de todas as partes do mundo (BACICH; MORAN, 2017).

Portanto, nesta perspectiva, é importante observar que o processo formativo dos profissionais de saúde enfrenta numerosos desafios, além dos já citados, já que existe um crescimento exponencial do conhecimento nas ciências da saúde, e o

avanço científico resulta em um processo de obsolescência acelerado dos conhecimentos tornando necessária a continuação das ações de capacitação, atualização e desenvolvimento tanto nas esferas comportamentais, quanto técnicas. Ao aproximar-se as lentes investigativas próximas ao processo de formação dos profissionais de saúde, é possível encontrar amparo para a construção de um programa de desenvolvimento que dê conta dos “GAPs” de competência profissionais e continuidade ao desenvolvimento do indivíduo de forma crítico-reflexiva sobre sua atuação, sendo este, o plano de educação permanente.

3.5 Política de Educação Permanente

Para analisar a história da PNEPS é preciso voltar a XII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2003) onde a EPS passa a ser indicada como recurso para a formação e qualificação dos profissionais. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, surge como direcionadora para o enfrentamento do complexo desafio que é a formação dos profissionais, em especial, considerando a necessidade de integração desse processo com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde. A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, precisa considerar o conceito de educação profissional e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2019).

Uma busca pelas produções acadêmicas que versam sobre o sistema de saúde pode mostrar uma infinidade de estudos que se aprofundam na implementação de modelos de gestão de pessoas a fim de sustentar que esses profissionais sejam adequadamente preparados e tratados. Contudo, apesar do consenso sobre a importância desse assunto, também é uma aceitação comum as dificuldades para implantação de programas que, de fato, respondam aos anseios de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho (BRASIL, 2004b).

A partir dessas discussões, o Ministério da Saúde passa a implementar estratégias que buscam o desenvolvimento desses profissionais e em 13 de fevereiro de 2004 é instituída a PNEPS pela SGTES, do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198 regulamentando a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor saúde. (BRASIL, 2004). Nesse cenário, passam a coexistir

dentro dos sistemas de saúde, modelos de desenvolvimento e de formação que buscam cada vez mais o aperfeiçoamento da mão de obra. A Portaria de nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, apresenta então as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define as estratégias para a implementação da Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais ao regulamento do Pacto pela Saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20).

O desenvolvimento desta política nacional é continuado e, em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, instituindo um Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS). A atualização em questão determinou ainda que todas as partes interessadas, incluindo gestores, profissionais, instituições de ensino e controle social do setor da saúde deveriam ser ouvidas e participar do processo de identificação das necessidades educativas nos territórios. (BRASIL, 2017).

Analisando o histórico da PNEPS, Pinto e Esperidião (2022) defendem que trata de uma estratégia importante para:

- a formação e qualificação das práticas em saúde,
- a organização das ações e dos serviços de saúde,
- os processos formativos e,
- o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Ou seja, trata-se de um modelo que busca a transformação das práticas em saúde, proporcionando a melhoria da gestão, da atenção e da assistência em saúde, especialmente no SUS.

A PNEPS reafirma, segundo Sarreta (2009), os princípios do SUS e atravessa suas diferentes ações e instâncias com o objetivo de consolidar o modelo de atenção proposto pelo sistema a partir de experiências e possibilidades concretas, com referência nas características específicas do serviço, valorizando ainda o desenvolvimento da autonomia e o protagonismo do sujeito envolvido na produção da saúde. Ao propor um processo estruturado de formação e qualificação dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde busca a garantia de uma oferta significativa da formação profissional, ou seja, ao intervir no processo de formação dos profissionais de saúde, o MS pretende gerar mudanças no processo de formação, promovendo desenvolvimento de competências voltadas à resolução de problemas para garantir a prestação de cuidados de saúde abrangentes e de alta qualidade às pessoas.

Ceccim (2005) defende que a PEP é capaz de adaptar-se à realidade dos serviços de saúde permitindo foco central nas necessidades de pacientes e colaboradores.

O que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde. É sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional (CECCIM. 2005.p.162).

De acordo com Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), “a formação dos trabalhadores é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor às demandas da população” (BRASIL, 2009, p.25). Tal política tem o objetivo de intensificar a formação profissional e com isso, transformar os serviços, colaborando com todos os indivíduos envolvidos na atenção à saúde, fornecendo recursos para ajudá-los a resolver problemas e desenvolver estratégias para atender às necessidades de sua comunidade, realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (BRASIL, 2004, p.2).

A EPS traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Ou seja, através deste aprendizado, os profissionais de saúde serão capazes de produzir conhecimentos

relevantes para o dia a dia das Instituições, de forma participativa e coletiva oportunizando transformações a partir da realidade e das experiências vividas. Esta afirmação é fundamental para validar a importância de tal política pública já que, os profissionais de saúde são responsáveis pela tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade e por isso, sua formação significativa, deve ser construída na prática das equipes.

Para Moran (2018. p.82), se o que se busca é formar profissionais proativos, dinâmicos e autônomos, é necessário adotar metodologias em que os estudantes se envolvam em projetos nos quais reflitam, avaliem e tomem decisões pois a aprendizagem ativa mais relevante é a relacionada com a vida, projetos e expectativas e isso é totalmente verossímil com o conceito de EPS já apresentado.

Em conformidade com esses fundamentos, observam-se muitos estudos que defendem a prática educativa integrada e vivencial e que fundamentaram a construção da Política Pública de EPS. Não eliminando às práticas de aulas expositivas ou conceituais, a proposta em questão refere-se ao modelo de ensino no qual o aluno é protagonista de seu aprendizado, a aprendizagem é colaborativa e mediada, algumas vezes com o apoio de tecnologias digitais, em defesa do desenvolvimento da autonomia e possibilitando melhor compreensão dos conteúdos.

O processo de Educação Permanente em Saúde para Merhy (2005):

Implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações. Seria, portanto, um grande desafio para o profissional de saúde: Produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho. (MERHY, 2005. p.173).

O autor afirma ainda que a EPS parte do pressuposto de que a aprendizagem deva ser relevante, ou seja, os programas propostos precisam ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, gerando transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho e tomando como referência as diferentes instâncias de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde. Ou seja, trata-se da simbiose entre o mundo da formação profissional e o mundo do trabalho, incorporando o ensinar, o aprender e o fazer na prática diária dos profissionais. Igualmente, Paschoal (2007) também defende que a EPS não seja um processo de decoração dos conteúdos técnicos e procedimentos internos, mas

uma estratégia para construção de consciência crítico-reflexiva sobre o processo de trabalho individual e coletivo.

a educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta “saber” ou “fazer”, é preciso “saber fazer”, interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, isto refere-se à inseparabilidade do conhecimento e da ação. (PASCHOAL, 2007. p.479).

A partir do entendimento de que os processos formativos de graduação e os programas continuados de educação, não eram capazes de dar conta dos problemas vivenciados pelos profissionais de saúde, constrói-se um conceito diferenciado de educação voltada ao enfrentamento e resolução de tais problemas existentes na prática do trabalho para a oferta de serviços de qualidade (VICENT, 2007). Vale destacar, que a educação permanente é um conceito político-pedagógico, ou seja, não se refere somente ao conhecimento da realidade da saúde, mas da atuação crítico-reflexiva de todos os envolvidos, na busca pela transformação da realidade permitindo que o processo de aprendizado seja um organismo vivo e dinâmico dentro dos ambientes de saúde.

Importante ainda fazer uma reflexão e apontamento a respeito da diferença entre os conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente. Para essa diferenciação, apresentam-se os conceitos da PNEPS (2018):

A educação continuada contempla as atividades que possui período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (BRASIL, 2018. p.10).

Educação Permanente e Continuada não são a mesma coisa. Embora ambas sejam importantes na formação e avanço profissional, a primeira reflete um modelo de educação em serviço enquanto a segunda visa ofertar continuidade dos conhecimentos acadêmicos, na maioria das vezes, em avanço com o processo formativo, como por exemplo nos cursos de pós-graduação (FINI, 2018).

A Educação Continuada, segundo Ceccim (2005), visa manter, potencializar ou melhorar a competência do profissional no exercício de suas atribuições e

responsabilidades. Já a Educação Permanente corresponderá à educação em serviço, onde serão empregados instrumentos e recursos para formação técnica e comportamental, submetidos a projetos de mudanças institucionais ou orientação política das ações prestadas (CECCIM, 2005). Para Vicent (2007), enquanto a lógica da Educação Continuada é centrada na atualização de conhecimentos, a Educação Permanente trata da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Figura 05: Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente

EDUCAÇÃO CONTINUADA vs EDUCAÇÃO PERMANENTE

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Metodologia	Mista- Porém, prioritariamente conteudista	Ativa- centrada na solução de problemas
Objetivo	Atualização técnico-científica	Transformação de práticas técnicas e sociais
Lócus	Ambientes diversos, em especial voltados para atualização de conhecimento	Formação no trabalho
Público Alvo	Uniprofissional- estudantes de uma mesma profissão	Multiprofissional- Diferentes profissionais aprendem juntos
Periodicidade	Esporádica- muitas vezes por iniciativa do profissional	Continua- Prática institucionalizada
Resultados	Apropriação de conhecimento	Melhorias na solução de problemas

Fonte: Segundo Aspectos-chave, adaptado de MANCIA, et al (2004). pg 606

Fonte: Ilustração autoral (2023)

Infelizmente, as implementações dos planos de educação permanente nas unidades de saúde, muitas vezes, não seguem tais princípios apresentados anteriormente. Na prática diária o que se vê são planos de educação continuada, que incluem treinamentos conceituais, conteudistas, focados em padrões normativos e não nas necessidades dos indivíduos (profissionais ou usuários), e por vezes, não focam sequer no perfil epidemiológico da unidade.

Vários fatores têm sido apontados pelos trabalhadores e gestores do SUS como impeditivos para o desenvolvimento da EPS na sua essência. Além dos fatores

externos que podem impactar diretamente na execução do serviço (como superlotação, subfinanciamento, obsolescência de tecnologia), destacam-se a mistura de circunstâncias amálgamas, como a dificuldade em empregar uma metodologia ativa que valorize o sujeito como protagonista de suas ações, estimule a autonomia e reconheça o cotidiano como ferramenta de aprendizado. Essa dificuldade leva ao uso de diferentes metodologias ideologicamente conservadoras e contrárias às metodologias participativas e integrativas preconizadas pela PNEPS.

Estimular o desenvolvimento da consciência dos profissionais sobre seu ambiente, sobre os fatores críticos de sucesso e sobre sua autorresponsabilidade em seu processo formativo mostra-se um grande desafio da EPS. É um fato que a formação na área de saúde deve ter como objetivo a mudança das práticas profissionais para que possam se estruturar a partir das necessidades e da capacidade de atender e acolher as diversas situações do ambiente de saúde e essa demanda, deve ser alvo constante dos programas de desenvolvimento de tais profissionais.

3.6 Política Nacional de Humanização

Faz-se necessário, para além das definições apresentadas anteriormente, apresentar-se outra Política Pública que também busca provocar transformações na produção de saúde, gestão e no cuidado, com ênfase na educação permanente e na formação dos acadêmicos da área de saúde.

Apesar dos conceitos de humanização não serem novos, no Brasil, o cuidado centrado no paciente passa a ser tratado de forma mais incisiva a partir do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, instituído em 1999, com o objetivo de instrumentalizar as unidades para agregar eficiência técnica e científica a uma postura ética e humana, que respeitasse a singularidade das necessidades dos usuários e profissionais. Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização (PNH), que foca na estrutura dos serviços, na capacitação e valorização profissional e no paciente no centro do seu cuidado (BRASIL, 2003).

Prosseguindo nesse raciocínio, Barbosa et al. (2013), afirmam que, se a PNH defende o protagonismo do sujeito em seu cuidado, pode-se concluir que não há como separá-la dos planos de educação permanente já que, ambas buscam como resultado a melhora das relações e dos desfechos alcançados no processo assistencial. Um

dos desafios enfrentados para o avanço da humanização na prática, é a difícil realidade das condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores e um modelo de gestão que impede que os profissionais possam se apropriar do seu processo de trabalho.

O termo “humanização” para Ferreira e Artmann (2019), estabelece relações precisas com a integralidade do cuidado, ou seja, discutir esse tema traz à tona o debate sobre a transformação das práticas e a qualidade da assistência. Isso significa que a busca pela humanização representa a busca pela melhora das condições de interação humanas com seu meio, gerando mudanças no processo de trabalho que vão beneficiar tanto o trabalhador da saúde como os usuários.

Sob o amplo e polissêmico termo "humanização" tem-se a missão de trabalhar para que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis pelo serviço oferecido de forma sistêmica, permitindo assim que os princípios do SUS sejam efetivamente vivenciados. A PNH, também conhecida como “Humaniza SUS” tem relevância nesse contexto visto que também trabalha sob a ótica da inclusão de trabalhadores, gestores e usuários na construção dos processos de gestão e cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Há décadas, o conceito de humanização, bem como as práticas voltadas a inclusão do paciente no “centro do cuidado” ganham destaque nos debates mundiais. Isso porque não há mais como questionar o impacto direto que a experiência de usuários e colaboradores causará no resultado dos serviços. No Brasil, esse tema ganha cada vez mais importância devido à necessidade de aplicar os princípios do SUS envolvendo a equidade, integralidade e universalização. Na Bahia, o Humaniza/SUS vem implementando estratégias para a consolidação do SUS e desde 2007 quando o Estado inseriu a Política Estadual de Humanização na agenda estratégica de saúde, na linha de ação da Gestão de Trabalho e Educação Permanente em Saúde, com a publicação da primeira versão do documento “Política Estadual de HUMANIZAÇÃO da Atenção e da Gestão do SUS – Bahia”, fortalecendo o pensamento de que ambas as políticas (humanização e educação permanente) afetam diretamente na implementação eficaz e efetiva do SUS.

Assim, a reflexão sobre a educação em saúde indica caminhos necessários para o ensino centrado no cuidado e o protagonismo do indivíduo. A proposta da PNH é a formação de profissionais que possam articular ações de eficiência técnica e científica, postura ética, respeitando a necessidade e singularidade de cada paciente,

bem como o atendimento às suas necessidades e expectativas dentro dos conceitos de saúde já referenciados.

3.7 A Percepção do Usuário

Serviços da saúde são exemplos de sistemas complexos não só pelo propósito, mas também pelas inúmeras variáveis que impactam na assistência que está sendo oferecida. As unidades de saúde, para que possam ofertar assistência segura e de qualidade, precisam observar diferentes subsistemas que vão desde a infraestrutura até a forma como um planejamento terapêutico será comunicado aos envolvidos. Tudo isso afetará a percepção do usuário impactando a experiência vivida, logo, um grande desafio será estabelecer uma relação equilibrada entre esses fatores internos e externos, e a garantia de um serviço de saúde humanizado, seguro, eficiente e eficaz.

Essa análise de ambiente faz-se necessária pois sabe-se que a percepção dos usuários do SUS é afetada também pelas questões sociais deste público-alvo e por isso, mesmo empregando metodologias de análise de negócios, este estudo precisa ter em mente as particularidades da sociedade que avalia o serviço. Ao analisar o serviço de saúde pública é preciso observar ainda as normas e diretrizes do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS. 2015), que atuam em âmbito nacional com o objetivo de proceder de forma objetiva, com a avaliação do serviço em seus diversos âmbitos.

Avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. (BRASIL, 2015, p.6).

Mais do que analisar o ambiente, é preciso entender que a requerida qualidade percebida pelos usuários deve ser foco dos gestores tanto de serviços privados, como de serviços públicos. Isso porque na maioria das vezes, o paciente não saberá apontar a qualidade do serviço técnico prestado, ele não saberá dizer se o protocolo clínico foi ou não atendido, mas certamente ele estará atento a forma como foi tratado e saberá apontar a empatia e humanização com que foi atendido e essa jornada do serviço

resultará impacto direto na qualidade percebida e, conseqüentemente, no desfecho do serviço.

Nesse sentido, é importante entender que embora viva-se um momento em que as relações sofrem com a relativização e o distanciamento, que Bauman² retrata como um momento de realidade volátil, cada vez mais os conceitos de valor são priorizados pelos pacientes. Enquanto a evolução acelerada transforma a ciência, a tecnologia e os seres humanos, a busca por empatia e humanização torna-se cada vez mais necessária.

Pois, se por um lado o prestígio das ciências experimentais foi cada vez mais dominando a formação desse profissional, por outro lado, as ciências humanas foram ficando cada vez mais distantes, trazendo conseqüentemente a sua desumanização (SCHRAMM, 2006, p.33).

Ao refletir acerca da importância de repensarmos o modelo de saúde, nos encontramos com o cenário real de muitas unidades de saúde pública onde observam-se pacientes irritados, familiares angustiados, reclamações sobre a morosidade e fragilidade do atendimento, além de colaboradores que tentam exercer suas atividades, mas deparam-se com “a burocracia do sistema”. Isso acontece porque o foco central não é o usuário e sua satisfação o que, compromete todas as entregas incluindo os programas de capacitação implementados.

Dentro de um hospital, segundo Lee (2009), a satisfação ocorre em cadeia, e pacientes satisfeitos com o tratamento, geram a satisfação de todos os demais sujeitos envolvidos no cuidado como médicos, enfermeiros e time multidisciplinar e, essa satisfação deve ser foco de forma macro, ou seja, focar na experiência em si, mais do que na expectativa final.

Para elevar o nível de satisfação e conquistar a fidelidade dos pacientes, a melhor estratégia de um hospital é focar nos itens relacionados com a satisfação geral. Isso significa empenhar-se ao máximo, no sentido de contratar pessoas positivas, carismáticas para atuarem nos locais em que devem interagir com os pacientes; instruir os colaboradores a indagar sempre as necessidades dos pacientes; instruir as enfermeiras a dizer algo que demonstre que estão preocupadas com a privacidade dos pacientes ao preparar um procedimento que irá expô-lo, enfatizar para a equipe inteira a importância de informar constantemente ao paciente suas condições físicas, atrasos, testes e tratamentos e para que servem os medicamentos; assegurar

² "Zygmunt Bauman foi um filósofo, sociólogo, professor e escritor polonês. Que estudou as interações humanas na Modernidade tardia, também denominada Pós-Modernidade e criou o conceito de “modernidade líquida” segundo a qual: “as relações escorrem pelo espaço entre os dedos”.

que todos saibam como acalmar a raiva e reconquistar uma boa vontade de um paciente ou membro da família irado. (LEE, 2009. p.33).

Lee (2009), afirma ainda que para o paciente, todos os envolvidos no cuidado representam a organização, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos, equipe de higiene, todos afetam diretamente a percepção do paciente e por isso, treinamentos, reciclagens constantes, padronização de serviços e o uso de ferramentas de mensuração são fundamentais para o serviço.

Valorizar o dom da empatia em vez de considerar a distância profissional como padrão para o cuidado no leito; ensinar a importância de todas as coisas sobre as quais os pacientes não se queixam, mas que afetam drasticamente seu estado emocional e, conseqüentemente, seus sentimentos. (Lee, 2009. p.33).

Se esse modelo parece utópico para a saúde, onde as formações acadêmicas priorizam o aperfeiçoamento em disciplinas, conteúdos e formação da prática médica pautada, majoritariamente, em ciência e tecnologia, pesquisas científicas e descobertas (Silva et al. 2016; Silveira et al. 2021), esse ambiente humanizado mostra-se ainda mais distante da realidade nos serviços públicos já que os modelos de contratação defendem uma “ideologia concursista” que seleciona os que mais se prepararam para as provas, e não os mais aderentes ao perfil necessário.

Para Ribeiro MILC, Pedrão LJ. (2005) a educação é fator primordial para melhorar a qualidade assistencial. Segundo os autores, é a partir da interação entre a teoria aprendida e a prática vivenciada no serviço, que se formarão habilidades que afetarão não somente a qualidade percebida pelo paciente, mas os cuidados prestados e desfecho alcançado. Porém, é preciso ter em mente que vários fatores políticos, sociais e econômicos vão interferir neste resultado, sendo necessário programas contínuos de educação e, a observação das determinantes sociais na construção destes programas. É preciso também, refletir sobre as metodologias implementadas desde a educação técnica dos profissionais já que a educação nas áreas assistenciais precisa ser fundamentada nos pressupostos da educação transformadora, que resultem na consciência crítica, reflexão sobre a prática e compromisso com a sociedade.

Muitos educadores de enfermagem têm concluído que abordagens tradicionais não são mais aceitas para a realidade atual que exige de seus profissionais, além da competência técnica, a capacidade criativa, de reflexão, de análise crítica e um aprofundamento constante de suas

profissionais soluções criativas e personalizadas. São indispensáveis aos profissionais atuais o desenvolvimento de sua capacidade emancipatória, adquirida através do desenvolvimento de habilidades cognitivas e afetivas. (Ribeiro MILC, Pedrão LJ. 2005. p.312).

Com isso, verifica-se que ao aplicar os fundamentos relativos à Política de Humanização e a Política de Educação Permanente em Saúde de forma adequada, identificando as necessidades e destacando as potencialidades do profissional, será possível alcançar formação de profissionais mais qualificados e humanos, além de conquistar o resgate de suas necessidades, valorização de seu contexto e individualidade, o que deve minimizar as falhas e desigualdades das políticas de saúde e educação do Brasil, refletindo assim, na melhoria da qualidade da assistência (PRADO ML, et al. 2012).

3.8 As metodologias de ensino-aprendizagem

Apesar de, neste estudo, consolidar-se a intenção de analisar os modelos e metodologias de ensino-aprendizagem, aplicados e aplicáveis a EPS, é fato que o estudo sobre os modelos de educação profissional é vasto e dificilmente poderá ser esgotado. Isso acontece porque inúmeros fatores podem contribuir para a escolha de diferentes metodologias, uma vez que, as pessoas são diferentes, oriundas de ambientes diversos, de currículos acadêmicos distintos e com necessidades diferentes. Para aprofundar a reflexão sobre esse tema, é importante examinar o modelo educacional conservador e as práticas pedagógicas aplicadas aos dias atuais nos programas de treinamento profissionais.

Para Moran (2015), a escola conservadora acaba por ignorar que a sociedade do conhecimento é construída com base em competências cognitivas, pessoais e sociais, que não se pode adquirir de forma convencional. Segundo o autor, esses métodos que privilegiam transmissão de informações por parte dos professores, pode ter feito sentido quando era difícil ter acesso às informações, contudo, quando a informação se multiplica a uma velocidade impossível de deter, na qual o avanço da tecnologia permite a integração dos espaços e tempos, faz-se necessário um novo pensar sobre as metodologias de ensino-aprendizagem.

Como o foco deste estudo é a reflexão a respeito do uso das estratégias metodológicas adequadas para efetividade dos planos de educação permanente, torna-se importante diferenciar o método conservador de ensino, no qual o educador

é figura central e único detentor do conhecimento, tendo como objetivo a transmissão do conhecimento, das metodologias ativas e participativas onde o educando tem papel de protagonista na construção do conhecimento, e neste processo, são trabalhados além e conhecimentos cognitivos, outras habilidades sócio afetivas como criatividade, comunicação e pensamento crítico.

Entendendo que os planos de educação permanente são necessários, e que sua manutenção afeta diretamente o desenvolvimento dos seus atores, é preciso avançar no estudo sobre os métodos adequados para tais programas, já que a escolha dos modelos pedagógicos deve considerar as necessidades do público-alvo e dos resultados pretendidos. Para isso, existem diversas classificações dos modelos pedagógicos como tradicionais, comportamentais, construtivistas, cognitivos ou sociais. Becker (1993) classifica (Quadro 02) esses movimentos em três modelos:

Quadro 02- Modelos pedagógicos segundo Becker (1993)

Modelo	Relação Professor x Aluno	Ambiente do Aprendizado	Resultado
Pedagogia diretiva ou ainda, <u>pedagogia centrada no professor.</u>	Trata-se do ensino tradicional, passivo e conteudista ou enciclopédico. O professor considera que seu aluno é "tabula rasa" não somente quando ele nasceu como ser humano, mas frente a cada novo conteúdo estocado na sua grade curricular.	Reprodução do autoritarismo, da coação, da heteronomia, da subserviência, do silêncio, da morte da crítica, da criatividade, da curiosidade. Nessa sala de aula, nada de novo acontece: velhas perguntas são respondidas com velhas respostas.	O resultado é alguém que renunciou ao direito de pensar e que, portanto, desistiu de sua cidadania e do seu direito ao exercício da política no seu mais pleno significado: qualquer projeto que vise a alguma transformação social escapa a seu horizonte, pois ele deixou de acreditar que sua ação seja capaz de qualquer mudança.

<p>Pedagogia não-diretiva ou ainda, <u>pedagogia centrada no aluno.</u></p>	<p>Nesse modelo, o aluno já traz um saber que ele precisa, apenas, trazer à consciência e organizar. É o regime do laissez-faire: “deixa fazer” que ele encontrará o seu caminho. Espera-se ações espontâneas dos alunos.</p>	<p>Como nesse ambiente a premissa é a de que o estudante produzirá a partir daquilo que ele trouxe como herança, cultura e ambiente, aqui o estudante marginalizado, entregue a si mesmo, numa sala de aula não-diretiva, produzirá, com alta probabilidade, menos, em termos de conhecimento, que um estudante de classe média ou alta. Neste ambiente, o polo do ensino é desautorizado e o da aprendizagem é tornado absoluto.</p>	<p>O resultado é um processo que caminha inevitavelmente para o fracasso, com prejuízo imposto a ambos os polos. O professor é despojado de sua função, “sucateado”. O aluno guindado a um <i>status</i> que ele não tem e sua não-aprendizagem explicada como “déficit herdado”; impossível, portanto, de ser superado</p>
<p>Pedagogia relacional ou ainda <u>pedagogia centrada na relação.</u></p>	<p>Modelo segundo o qual os conhecimentos do professor e do aluno são considerados e, por meio dessa relação, é constituída a aprendizagem. Nesse regime acredita-se que tudo o que o aluno construiu até hoje em sua vida serve de patamar para continuar a construir e que alguma porta abrir-se-á para o novo conhecimento.</p>	<p>Nesse ambiente, o aluno só aprenderá alguma coisa, isto é, construirá algum conhecimento novo, se ele agir e problematizar a sua ação. A aprendizagem é por excelência uma construção, realizada em um ambiente de troca e compartilhamento.</p>	<p>O resultado dessa sala de aula é a construção e a descoberta do novo, é a criação de uma atitude de busca, e de coragem que esta busca exige. Esta sala de aula não reproduz o passado pelo passado, mas debruça-se sobre o passado porque aí se encontra o embrião do futuro.</p>

Fonte: Becker (1993)

A definição proposta por Becker corrobora com os conceitos de ensino passivo (no qual o professor apresenta o conteúdo, tendo como principal objetivo o cumprimento do “programa da disciplina”) e ensino ativo (os estudantes participam ativamente por meio de experiências e compartilhamento com o principal objetivo de “construir o aprendizado necessário”). Cumpre lembrar que o “ensino conteudista” tem sido alvo de constantes críticas, contudo, não se pretende aqui inferir que sua predominância nos ambientes de ensino é a causadora do baixo desempenho desses ambientes ou que o fato de se denominar conteudista automaticamente o coloca na condição de metodologia passiva. Apesar dos modelos de aprendizagem conservadores e conteudistas serem diferentes, eles não constituem uma dicotomia,

sendo possível percebê-los na mesma situação ou não, com variação apenas no âmbito das intencionalidades.

Importante entender que o termo “conteudista” é utilizado para descrever uma proposta de ensino que prioriza a transmissão de conteúdos e que pode, ou não, estar ligada a uma esfera de aprendizagem mecânica e de memorização. Geralmente característica de um modelo predominante nas metodologias conservadoras. Nesse sentido, defende-se que se o ensino do conteúdo não for capaz de gerar transformação prática no aprendiz, provavelmente, não terá sido eficiente no processo de ensino-aprendizagem.

Infelizmente, a predominância de modelos de ensino conservadores vai além dos ambientes escolares e acadêmicos, avançando também para os programas de desenvolvimento técnico e corporativo e com isso, percebe-se uma predominância de ambientes onde a repetição supera as abordagens centradas na relação e no desenvolvimento cognitivo dos aprendizes.

As reflexões postas até esse momento evidenciam que, em oposição às experiências pedagógicas conservadoras, as atuais demandas sociais exigem dos programas de desenvolvimento uma nova perspectiva, bem como um entendimento sólido a respeito das relações entre o desenvolvimento e os resultados alcançados. Percebe-se destarte que essas necessidades de mudança, implicam em novas metodologias de ensino-aprendizagem, no exercício de novas competências e na alteração de conceitos até então sedimentados sobre as práticas de ensino (BASSALOBRE, 2013).

Um modelo pedagógico não representa necessariamente uma teoria de aprendizagem. Segundo Behar (2009), o modelo pedagógico deve representar uma estrutura fundada sobre uma concepção epistemológica, uma ou mais teorias educacionais por eixo norteador da aprendizagem e reinterpretções de teorias com base em concepções individuais nem sempre construídas sob determinada teoria. Porém, cabe aos educadores a construção de seus próprios modelos, ou modelos mais adequados, que dependem das concepções individuais sobre o processo de ensino-aprendizagem (BEHAR, 2009, p. 22).

Os modelos pedagógicos de ensino são as diferentes construções que definem os conteúdos a serem ensinados, os objetivos a serem alcançados, as metodologias a serem empregadas, carga horária, método avaliativo, entre outros. Enquanto nos modelos conservadores, as ações de ensino apresentam-se centradas na

transmissão de conhecimentos pelo professor ao aluno, existe também uma vertente de defesa da pedagogia crítica, na qual o professor assume o papel de mediador, sendo esse, um processo educativo que visa a transformação social, econômica e política, além da superação das desigualdades sociais (PRADO, 2012).

Para além da escolha dos modelos, é preciso compreender-se que os processos de ensino-aprendizagem devem considerar a avaliação e inclusão dos conteúdos conceituais, procedimentais e atitudinais no planejamento da construção de saberes. Esse aspecto é relevante desde as etapas de escolarização básica, passando pela graduação e continuando nas jornadas de aprendizado ao longo da vida (*lifelong learning*). Fernandes J.D et al. (2005) defendem ainda que é necessário repensar a escolha de estratégias metodológicas visando a formação intencional do “profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social e agente de mudança” (p.445).

A sua intencionalidade está voltada para o oferecimento de diretrizes gerais para que o processo de formação possa desenvolver a capacidade de aprender a aprender que engloba aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. (FERNANDES, J.D, et al. 2005. p.445).

Nesta perspectiva, Zabala (1998) aborda os conteúdos a serem trabalhados em três categorias, a saber:

- Conteúdos conceituais- Aprender a conhecer: Ligados às capacidades cognitivas, trabalham a formação dos conceitos, enunciados, leis, teorias etc. Em geral, são conteúdos que trabalham o intelecto, raciocínio, dedução e memória.
- Conteúdos procedimentais- Aprender a fazer: Dizem respeito à prática do conhecimento. Em geral, trabalham ações, ou conjunto de ações, coordenadas em prol de um objetivo proposto, relacionadas ao domínio de uma destreza ou habilidade.
- Conteúdos atitudinais- Aprender a viver/aprender a ser: Relacionados às vivências do indivíduo com o mundo onde ele vive. Em geral trabalham competências sócio afetivas como valores, respeito, solidariedade, humildade, etc.

Existem ainda muitas teorias diferentes sobre os modelos de aprendizagem voltados para a aprendizagem de adultos, incluindo: andragogia, neurociência, aprendizagem experiencial, gamificação, aprendizagem autodirigida e aprendizagem transformacional. Embora destaquem diferentes modalidades, estes modelos trabalham com o entendimento de que é necessário criar experiências efetivas de aprendizado.

Corroborando desse pensamento Anísio Teixeira (1997), quando diz:

Os velhos métodos da escola medieval, de exposição e pura memorização, já seriam inadequados, mesmo que só tivessem de formar sucessores dos antigos “escolásticos” ou homens de cultura intelectual ou estética, capazes de disreterar com gosto e elegância sobre qualquer assunto e nada saberem fazer. Ainda, pois que a escola conservasse os seus velhos objetivos, ainda assim teria de fazer-se ativa, prática, de experiência e de trabalho (TEIXEIRA, 1997, p. 18).

Sabe-se que a base das teorias educacionais foi cuidadosamente construída por grandes nomes, e muito do fundamento que sustenta a prática pedagógica, resulta da obra desses mestres como Vygotsky, Montessori, Freinet, Piaget, Paulo Freire, Anísio Teixeira, entre outros. Alguns desses nomes são responsáveis por criticar duramente a escola conservadora e defender a superação dos tão conhecidos métodos de ensino passivos.

Considerando que o modelo educacional voltado para os profissionais adultos precisa possuir relevância para a vida do aprendiz, é importante uma formação humana oposta à formação unilateral provocada pelo trabalho alienado e pela divisão social do trabalho (SOUZA JUNIOR, 2009). Pode-se dizer que embora os processos de aprendizagem sejam diversos, o processo de formação profissional não se dará unicamente nos espaços acadêmicos e com conteúdos conceituais.

Embora não haja dúvidas de que o modelo de educação conteudista tem se afastado das necessidades reais da humanidade e, conseqüentemente, do mundo do trabalho, não se pode, insinuar que as concepções de educação participativa e aprendizagem significativa são novas e frutos de uma geração recente e inovadora de educadores. Importante destacar que muitos desses grandes nomes são também pioneiros das reflexões a respeito da aprendizagem significativa e estimulam as discussões sobre as mudanças nos modelos educacionais necessários aos diversos programas de desenvolvimento, incluindo os programas de treinamento profissional.

Farai e Assis (2014) reforçam a necessidade de criação de espaços reais de aprendizagem que deem conta das particularidades de cada indivíduo, com rotinas diferentes de vida, percurso de vulnerabilidade no quadro empregatício e cultura e identidades próprias. Adicionalmente, além de pensar na construção de currículos e modelos de acompanhamento dos progressos, Moran (2015) reflete sobre a mudança no ambiente físico das salas de aula e da escola permitindo uma atuação mais ativa e centrada no aluno. Essas vicissitudes têm levado a novas propostas de currículos e até de ambientes de aprendizagem, como é o caso dos novos layouts de sala de aulas propostos em auditórios e salas compartilhados e até em novas universidades como visto nas figuras 06 e 07.

Figura 06: Sala de aula século XIX



Fonte: Bisol (2011).

Figura 07: Modelo de sala proposto atualmente



Fonte: Faculdade Uniamérica-PR (2022)

Em 2024, a análise dos espaços formais de aprendizagem vai além das discussões sobre organização das salas de aulas presenciais, questiona-se inclusive, o lugar dos ambientes de aprendizagem virtuais com uso das modalidades de ensino a distância (EAD) que, sem dúvida, podem somar para o processo de ensino e aprendizagem profissional.

É importante considerar que esta não é uma comparação entre modalidades de ensino, mas uma reflexão sobre os diferentes espaços de aprendizagem e a necessidade de alterá-los. Para Souza (2019), o avanço nas modalidades de ensino híbrido e presencial, e os estudos sobre os ambientes formais e informais de ensino seguem no caminho da mudança para os processos de ensino-aprendizagem.

O investimento em práticas docentes baseadas na adoção de Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA) vem sendo ampliadas nos espaços formais de aprendizagem, visando a torná-los um lócus atraente e propício para a realização de diálogos variados, que considerem a dimensão contextual, ecológica e sistêmica da vida dos estudantes e dos professores. Isso significa estimular os sentimentos de implicação, percepção de competência e de pertencimento, durante todo o processo de ensino-aprendizagem. (SOUZA, 2019, p.175).

Moran (2013) ressalta que “a organização industrial das escolas em salas, turmas e horários é conveniente para todos - pais, gestores, professores, governantes - menos para os mais diretamente interessados os alunos” (pg. 30). Se congregarmos essas teorias de ensino-aprendizagem, com o contexto atual supracitado neste estudo, pode-se perceber que de fato, a tarefa de formar não é mais tanto a transmissão de conhecimento pronto, enquanto conteúdo, mas o desenvolvimento de competências e habilidades mentais, procedimentais e afetivas (OLIVEIRA E ARAÚJO, 2015).

Isto posto, entende-se por que é relevante pensar em metodologias de ensino e modelos educacionais para o ambiente de formação profissional. Embora não haja dúvidas sobre a importância do conhecimento técnico na saúde, reflete-se sobre a urgência do desenvolvimento de habilidades a fim de que os profissionais estejam preparados para desafios do trabalho. Além da velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se atualizam na área de saúde, demais fatores externos e internos tornam necessário repensar as metodologias de ensino, priorizando metodologias que possam resultar em melhores e mais efetivas entregas dos programas desenvolvidos.

3.9 Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem

Em 1989, por inspiração Freireana, nasce o conceito de competência processual, incluindo tanto as experiências individual quanto coletiva, sendo esse um princípio das Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA). Essa proposta pedagógica possui uma concepção educativa baseada no processo de ação-reflexão-ação, um modelo que, se aplicado corretamente, permite troca, compartilhamento, criatividade, autonomia e principalmente, aprendizado participativo.

[...] O aprendizado do ensinante ao ensinar se verifica à medida em que o ensinante, humilde, aberto, se ache permanentemente disponível a repensar

o pensado, rever-se em suas posições; em que procura envolver-se com a curiosidade dos alunos e dos diferentes caminhos e veredas, que ela os faz percorrer [...]. O ensinante aprende primeiro a ensinar, mas aprende a ensinar ao ensinar algo que é reaprendido por estar sendo ensinado (Carta de Paulo Freire aos Professores. Paulo Freire. 2001. p. 259).

A partir destas reflexões muitos estudos passam a apresentar o uso das metodologias ativas como solução para sanar as deficiências deixadas pelo modelo de ensino conservador. Substituindo a metodologia de ensino baseada na transmissão da informação, apresenta-se uma proposta na qual o aluno assume postura ativa na construção do conhecimento.

Segundo Bastos (2006), a MAA caracteriza o processo interativo de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais ou coletivas, que terão como resultado a busca de solução para um problema. Mitre et al. (2007), afirmam ainda que a MAA está alicerçada no princípio da autonomia defendido por Paulo Freire na chamada “Pedagogia da Autonomia (FREIRE, 2006). Nesse sentido, a estratégia de ensino que se propõe a ser ativa, deve levar em consideração o protagonismo do aprendiz, os conteúdos necessários e a integração dos mesmos à reflexão, permitindo assim a transformação de conceitos em aprendizados efetivos.

O objetivo da MAA, segundo Camargo, F; Daros, T (2018) é uma proposta focada no desenvolvimento de competências e habilidades, baseados na aprendizagem colaborativa e na interdisciplinaridade dos saberes.

Assim, as metodologias ativas de aprendizagem, proporcionam:

- desenvolvimento efetivo de competências para a vida profissional e pessoal;
- visão transdisciplinar do conhecimento;
- visão empreendedora;
- o protagonismo do aluno, colocando-o como sujeito da aprendizagem;
- o desenvolvimento de nova postura do professor, agora como facilitador;
- a geração de ideias e de conhecimento e a reflexão, em vez de memorização e reprodução de conhecimento. (CAMARGO, F; DAROS, T, 2018 p. 16)

A abordagem das metodologias ativas incentiva o aprendiz a refletir e desenvolver sua autonomia, contando com a mediação do professor. Embora não haja extinção do papel do professor, essas abordagens oferecem um modelo educacional mais significativo, diante dos desafios contemporâneos, colocando o estudante como gestor de seus conhecimentos e promovendo uma maior proximidade entre o que se deseja ensinar e o aluno. Ou seja, promover uma aprendizagem significativa para que o aluno possa aprender e aplicar seus saberes na sociedade.

Como asseguram Camargo e Daros, (2018), as metodologias ativas de aprendizagem se apresentam como uma alternativa com grande potencial de atender às demandas e desafios da educação atual, como um contraponto das metodologias conservadoras de ensino.

Embora propostas pedagógicas como “aprendizagens por experimentação”, “aprendizagem por *design*” e “aprendizagem *maker*” sejam recentes expressões da aprendizagem ativa, o movimento escolanovista criado pelo filósofo e pedagogo John Dewey³ (1859-1952), é basilar para importantes pedagogos que defendiam uma proposta pedagógica que tentava superar o modelo de ensino-aprendizagem passivo, desde 1932, como por exemplo, Anísio Teixeira, Fernando de Azevedo e Paulo Freire (HADDAD, 2010. p.101).

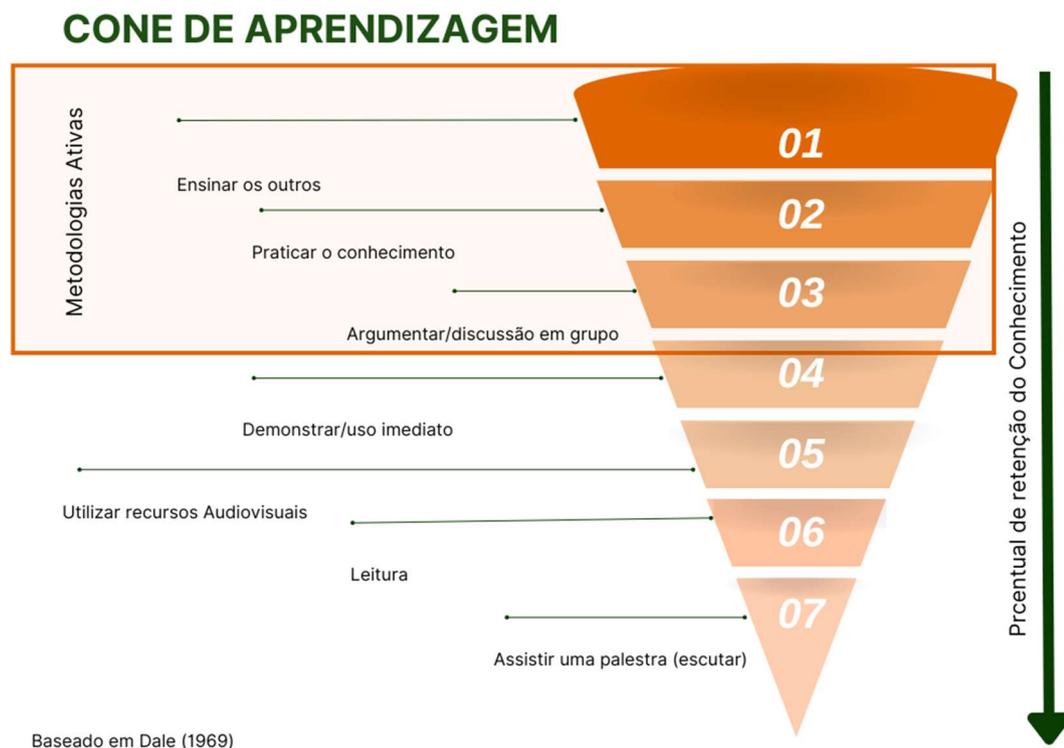
As metodologias ativas exprimem a necessidade de direcionar o foco no protagonismo dos aprendizes no processo ensino-aprendizagem, com vistas a criar empatia, autonomia, encorajamento, escuta ativa e valorizando as opiniões explicitadas com o objetivo de criar um ambiente favorável ao aprendizado. Desse modo a MAA propicia um olhar crítico que aproxima a teoria da prática e isto facilita o processo de ensino - aprendizagem, pois, quando o profissional constata, reconhece e identifica o problema, ele se interessa por ele, o examina, refletindo e relacionando com a sua história e prática de atuação (FERNANDES et al. 2018).

Ao trazer estas reflexões para o ambiente do aprendizado profissional pode-se destacar que quanto mais as experiências educativas se assemelharem às necessidades do profissional e as situações vivenciadas por eles no ambiente de trabalho, melhor será a possibilidade de retenção e maior as chances de aplicação desses conhecimentos. O “aprendizado pela ação”, defendem Almeida, Krakaauer, Santos (2017), contribui para o desenvolvimento de competências por meio do contato direto com o objeto de estudo, reflexão sobre a relação da ação e suas consequências e o compartilhamento de experiências. Para os autores, quando o indivíduo passa a assumir a corresponsabilidade no seu processo de ensino-aprendizagem, participa da construção de forma efetiva e gera com isso, um aprendizado significativo.

³ John Dewey foi um filósofo e pedagogo norte-americano, que influenciou a pedagogia moderna defendendo que a educação era relativa ao aprender fazendo e não a capacidade de memorização. Foi um dos influenciadores da chamada “Escola Nova”.

Outra importante teoria que justifica o uso de MAA é o Cone de Aprendizagem, proposto por Camargo (2018) a partir dos estudos de Dale⁴ (1969) sobre o “cone da experiência”. Segundo Camargo, metodologias de aprendizagem que envolvem o aprendiz apresentam melhores resultados no processo de aprendizado e na capacidade de retenção do conhecimento.

Figura 08: Cone de aprendizagem



Fonte: CAMARGO (2018)

Adicionalmente, outra teoria que merece destaque é a Taxonomia de Bloom que apresenta um modelo conciso para a análise dos resultados educacionais na área cognitiva da memória, do pensamento e da resolução de problemas. Bloom et al. (1956) categoriza 06 classes de comportamento sendo elas:

1. Conhecimento

⁴ Dale (1946) concebe no século XX o cone de experiência, segundo o qual cada divisão do cone representa “estágios” que separam as experiências abstratas (topo) das experiências diretas (base). Alguns pesquisadores, a exemplo de Camargo, desenvolveram a partir dos estudos de Dale o chamado “Cone de Aprendizagem” contudo é importante destacar que este, não quantificou os processos de aprendizagem ou memorização.

2. Compreensão
3. Aplicação
4. Análise
5. Síntese
6. Avaliação

Essa teoria é importante porque reforça os estudos já apresentados em defesa de metodologias mais ativas, capazes de proporcionar resultados mais significativos, inovadores, empreendedores e positivos. As práticas pedagógicas norteadas pelo método ativo devem priorizar situações de aprendizagem planejadas, em que os alunos sejam provocados e incentivados a ter uma postura ativa e crítica frente ao processo de ensino-aprendizagem. No final da aula, o aprendiz precisa ser capaz de refletir sobre o que aprendeu frente as situações que vive no seu dia a dia.

As metodologias precisam acompanhar os objetivos pretendidos. Se queremos que os alunos sejam proativos, precisamos adotar metodologias em que os alunos se envolvam em atividades cada vez mais complexas, em que tenham que tomar decisões e avaliar os resultados, com apoio de materiais relevantes. Se queremos que sejam criativos, eles precisam experimentar inúmeras novas possibilidades de mostrar sua iniciativa (MORAN, 2015. p. 17).

Importante destacar que mesmo diante desses conceitos que propõem uma postura ativa do aprendiz, o uso da MAA não se limita ao uso das chamadas “dinâmicas de grupo”. Embora muitas das atividades práticas realizadas em modelo de dinâmica tornem o ambiente do aprendizado mais amigável e interativo, é importante ter em mente que a prioridade é promover uma aproximação crítica do aluno com a realidade. Estimular o educando por meio da curiosidade, do desafio, da criatividade e do trabalho em equipe são técnicas positivas para aplicabilidade. Porém, se não forem atreladas às competências que precisam ser trabalhadas também não surtirão o efeito esperado no processo de ensino-aprendizagem e desenvolvimento.

Moran (2013) destaca que não há, a intenção de abolir o modelo de aula da metodologia conservadora, até porque, muitos conteúdos, em especial os relativos à algumas competências técnicas, precisam de um momento de exposição conteudista ou histórica, porém, isso não representa ausência de interação. Mesmo que seja necessário a utilização de materiais e comunicações escritas, orais e audiovisuais, a melhor forma de aprender é combinando equilibradamente atividades, desafios e informação contextualizada.

A abordagem da MAA, influencia a participação e a formação integral do indivíduo por meio do diálogo e reflexões. O modelo ativo na pedagogia concentra-se na problematização e na vivência, não na memorização do conhecimento, ampliando assim a formação de indivíduos pensantes e críticos, habilidades essenciais na sociedade contemporânea. Essa abordagem busca não apenas transmitir informações, mas desenvolver habilidades cognitivas, sociais e emocionais nos alunos, preparando-os para enfrentar desafios do mundo real.

Segundo Pacheco (2017), apontam-se caminhos inovadores para a formação e capacitação de profissionais, com o fito de instrumentalizá-los nos diferentes aspectos técnicos, éticos e políticos buscando a transformação dos processos de trabalho. A autora defende que a aprendizagem ativa é uma eficaz estratégia, quando comparada com a metodologia conservadora de ensino, a fim de enfrentar os desafios na área de saúde.

As MAA tratam de uma abordagem educacional que coloca o aprendiz (seja em um ambiente formal ou informal de ensino) na centralidade do processo de ensino-aprendizagem, fomentando sua participação de forma ativa, autônoma e engajada. Diferente dos métodos tradicionais, onde o compartilhamento do conteúdo é predominantemente unilateral, as MAA incentivam a resolução de problemas, discussões em grupo, projetos práticos, reflexões coletivas e outras atividades que estimulam a análise crítica e aplicação do conhecimento. Para Lima (2017), as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em especial com enfoque no aprendizado baseado em problemas, têm se mostrado importante recurso para a formação de profissionais de saúde, uma vez que apresentam estratégia voltada à integração de saberes e ao pensamento crítico-reflexivo, sendo por isso, a base conceitual da construção da PNEPS. Diante disto, a proposta das metodologias ativas envolve métodos educativos que estimulam a produção de conhecimentos a partir da solução para problemas práticos e complexos observados na realidade.

Tendo em vista o entendimento consolidado de que implementar um Plano de Educação Permanente não significa manter práticas de treinamento passivas e puramente técnicas, encontra-se sustentação nos estudos atuais sobre o uso de metodologias ativas para a proposta de mudança efetiva do modal de atuação gerando impacto significativo no aprendizado.

A implementação de metodologias ativas na educação permanente além de ser um princípio estruturante da PEPS, representa uma mudança na abordagem do

desenvolvimento profissional. Ao adotar metodologias ativas de ensino-aprendizado, as organizações capacitam seus colaboradores de maneira mais envolvente e prática. Esse modelo não apenas fortalece a retenção do aprendizado, mas também fomenta o pensamento crítico e a resolução de problemas, habilidades cruciais no ambiente de trabalho atual. Além disso, ao proporcionar um ambiente participativo, as capacitações com metodologias ativas promovem a colaboração, estimulando um aprendizado contínuo e uma cultura organizacional mais inovadora e adaptável.

3.10 Os Programas de Desenvolvimento Corporativo

Os programas de desenvolvimento corporativo são foco de estudos relevantes nas teorias de gestão existentes. A relevância de tais programas consolida-se à medida que resultados são alcançados por meio do desenvolvimento humano. Ainda assim, ainda existem lacunas a serem trabalhadas já que muitas organizações não planejam suas ações com base nas competências estratégicas e operacionais provocando um *gap* entre o necessário e o trabalhado.

Madruga (2018) afirma que as ações de Treinamento, Desenvolvimento e Educação Corporativa podem variar de acordo com o tipo de competência a ser trabalhada, estando entre elas as competências técnicas, comportamentais e híbridas. O autor resume o trabalho do educador com a paráfrase de um semeador, sendo o principal objetivo deste, despertar no aluno a semente que ele já possui, à qual ele denomina de *competência*.

O ponto central dos programas desenvolvimento corporativo, conforme Madruga (2018), é promover a criação e o aprimoramento de competências tendo como resultado a aprendizagem organizacional e com isso, a melhoria dos resultados estratégicos e operacionais. Esse processo alia a metodologia à prática de tal forma que o programa tem impacto direto na transformação de pessoas com uso de princípios andragógicos e heutagógicos⁵. Depreende-se, ainda, dessa ideia a ampliação do significado de competência considerando a existência mínima de conhecimentos, habilidades e atitudes.

⁵ Andragogia é a ciência de orientar adultos a aprender. Já a eutagogia é um termo derivado do grego heuta (auto) + agogus (guiar) que tem como base o processo educacional onde o aluno é o único responsável pela aprendizagem (Madruga, 2018. p.16).

Resumidamente, os conhecimentos envolvem o que a pessoa sabe sobre o seu trabalho, isto é, o “saber” adquirido com as experiências e a escolaridade, enquanto as habilidades dizem respeito a como o indivíduo coloca na prática o conhecimento adquirido, é o “saber fazer” e por fim, as atitudes, correspondem à disposição do indivíduo em realizar o seu trabalho, implementando o saber e a prática já adquiridos, é o “saber ser”. Desta forma, percebe-se que as teorias voltadas para esses programas de desenvolvimento profissional, relacionam-se diretamente com os objetivos propostos pela EPS.

Como assevera Anderson (2001), as ações de capacitação, são recursos fundamentais na disseminação de competências pedagógicas considerando o desenvolvimento do saber, do fazer e do ser, sendo esse um processo dinâmico de combinações de atividades, capaz de desencadear reflexões e reinterpretações das práticas, que se baseiam nos pressupostos da Taxonomia de Bloom, importantes para o processo de geração e aplicação do conhecimento.

O cenário dos programas de desenvolvimento profissional é desafiador e para que conquiste eficiência precisa estar coordenado com os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o serviço, sejam conhecimentos específicos da área de atuação ou, conhecimentos sistêmicos voltados à prestação do cuidado integral. Esse é um vasto campo de estudo da administração e, em especial, das carreiras que estudam o desenvolvimento humano.

Neste sentido, a capacitação corporativa, afirma Marras (2009, p. 145), “consiste em um processo de assimilação cultural de curto prazo, que recicla esses conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados diretamente à execução de tarefas ou à sua otimização no trabalho”. Dessa perspectiva, é possível inferir que os programas de capacitação precisam pensar no desenvolvimento prático das competências necessárias para o crescimento do profissional, ou seja, precisam focar nas necessidades dos envolvidos. Esse resultado dificilmente será atingido com modelos de capacitação isolados e voltados exclusivamente para um perfil de competências.

A verdadeira Educação Corporativa ocorre quando a organização estabelece um processo contínuo, vigoroso e planejado de implementação de várias modalidades educacionais fundamentadas em métodos e técnicas de ensino estruturados e motivadores, visando ao desenvolvimento de competências nos seus colaboradores e parceiros sem excluir grupos nem cargos. (MADRUGA, 2018. p. 62).

A Educação Corporativa, é a união de práticas estruturadas em uma organização com o objetivo de viabilizar a formação continuada e permanente (MEISTER,1999). A autora defende a gestão do capital intelectual através das universidades corporativas entendendo que as graduações não qualificam a mão de obra de forma completa, resultando com isso na necessidade das organizações de dirigirem projetos educacionais que foquem nas necessidades de competência requeridas para o êxito organizacional. Segundo essa perspectiva, os programas de desenvolvimento precisam estar dentro de projetos mais abrangentes de formação do indivíduo.

Em face da argumentação de que os chamados “treinamentos” devem ser parte integrante de um programa estruturado que identifica as competências necessárias e investe nas ações necessárias para aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como comportamentos necessários para cada função ou grupo, pode-se resumir que o objetivo da educação corporativa deve ser causar mudança positiva nos seus colaboradores.

Nesse contexto, destaca-se o entendimento de que a Educação Corporativa não se limita ao ensino tradicional de conteúdos voltados aos processos internos, mas envolve a criação e manutenção de conhecimentos necessários para a perenidade institucional através do desenvolvimento das pessoas. A aprendizagem, segundo Moran (2013), acontece nas múltiplas buscas que cada um faz a partir dos seus interesses, curiosidades, necessidade, entre outros. Esse entendimento assemelha-se à teoria da aprendizagem significativa, proposta por Ausubel (2001), segundo a qual, a aquisição de novos conhecimentos deve ser realizada baseada em um material de aprendizagem potencialmente significativo para o aprendiz, ou seja, o principal fator para a retenção de um novo conhecimento é a existência de conhecimentos prévios e o uso deles no processo de ensino e aprendizagem.

Assim pode-se considerar que, se os programas de desenvolvimento corporativo tratarem o profissional como protagonista e focarem em proporcionar um aprendizado significativo, resultarão em impacto direto na construção do saber e com isso, nos resultados pretendidos. Sob este mesmo ponto de vista, Knowles; Holton III e Swanson (2005) fundamentam o aprendizado de adultos com consideráveis mudanças em relação aos modelos empregados na pedagogia. Entre esses pressupostos afirma-se:

- Os adultos são motivados a aprender à medida que experimentam as necessidades e interesses que o aprendizado deve satisfazer;
- A orientação de aprendizagem para os adultos é centrada na vida;
- A fonte mais rica para a aprendizagem de adultos é a experiência;
- Adultos têm necessidade de serem auto direcionados;
- As diferenças entre as pessoas aumentam com a idade.

Ao refletir a respeito da importância dos programas de desenvolvimento profissional, como os princípios propostos na EPS, é possível compreender que envolve sujeitos detentores de diversos conhecimentos, autores da prática assistencial, sendo afetados pelo ambiente, pelos investimentos, por programas sociais e culturais, além de suas próprias histórias, personalidade e consolidações sobre o mundo, a política e a sociedade. Percebe-se então que a educação corporativa e os diversos programas de desenvolvimento são formas de articular as competências individuais e organizacionais ou ainda competências técnicas e comportamentais com uso de metodologias apropriadas para o aprendizado de adultos, sendo fundamental que estejam associados dentro dos ambientes corporativos.

Os planos de educação permanente, deveriam ser parte de um escopo de desenvolvimento corporativo, e considerar a relevância dos conteúdos a serem desenvolvidos à medida que consideram as necessidades do meio. Na sociedade do conhecimento, a aprendizagem pressupõe um aprendiz autônomo, crítico e formador de opinião e por isso, as metodologias utilizadas precisam ser diferentes dos convencionais treinamentos técnicos. Nesse contexto, destaca-se o uso das metodologias ativas como estratégia para inspirar o aprendiz a refletir sobre ideias diante do problema apresentado, relacionando sua experiência e reinterpretando suas descobertas para aplicá-las na prática. Diante dos desafios apresentados, o aprendiz analisa as informações, construindo conhecimento para resolver dúvidas e inquietações, impulsionando assim seu próprio desenvolvimento por meio da construção e reconstrução do saber.

Importante destacar ainda que, os planos de educação permanente por vezes são considerados parte dos programas de desenvolvimento corporativo das instituições. Na prática, significa dizer que as ações de desenvolvimento propostas

em atendimento a PNEPS são parte do processo formativo do profissional, como já descritos na seção 3.4 deste capítulo e integram o planejamento de ações de desenvolvimento profissionais de cada instituição.

Não obstante, em outros casos, as ações de educação permanente estão desassociadas dos programas de desenvolvimento corporativo o que, pode representar risco a visão sistêmica do processo formativo. Em algumas instituições percebe-se um plano de desenvolvimento humano com capacitações voltadas para algumas competências comportamentais, e um plano separado, de educação permanente com levantamento de necessidades técnicas.

Embora não se possa afirmar a obrigatoriedade de considerar a Educação Permanente parte dos programas de desenvolvimento corporativos, é possível constatar através do referencial teórico estudado que, qualquer ação que seja pensada de forma isolada, pode representar prejuízo no alcance de resultados positivos da formação profissional.

Figura 09: Possíveis modelos de entendimento da EP na prática



Fonte: Autora (2023)

Embora entenda-se que associação não implique em causalidade, é indubitável que esses programas estão relacionados com o aumento da qualidade e eficácia dos

serviços oferecidos pela instituição já que pretendem proporcionar uma aprendizagem relevante para a realidade e necessidades do profissional. Como resumido por Souza, (2019), a aprendizagem é uma atividade cognitiva diária profundamente conectada às relações interpessoais e interação com o mundo ao redor do indivíduo, por isso, o processo de desenvolvimento corporativo deve colocar a relação, no centro de seu processo de ensino-aprendizagem, e isso vale para os planos de educação permanente.

A educação permanente, quando aplicada como capacitação corporativa, assume um papel fundamental na manutenção da relevância e excelência dos profissionais de saúde. Ao adotar uma abordagem contínua de aprendizado, as organizações investem no desenvolvimento constante de suas equipes, capacitando-as a enfrentar os desafios em constante evolução do mercado, com isso, a organização vai além da atualização técnica dos colaboradores, mas também promove uma mentalidade de aprendizado contínuo, estimulando diversas competências fundamentais para o sucesso. Ao considerar a educação permanente parte dos programas de desenvolvimento corporativo, as unidades de saúde não apenas investem no crescimento individual de seus colaboradores, mas também fortalecem sua capacidade coletiva de busca pela solução de problemas coletivos.

4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Este capítulo apresenta a metodologia que foi adotada nesta pesquisa, descritas em cinco subseções. Primeiramente, descreve-se a estrutura do trabalho, campo e sujeitos, respectivamente (4.1, 4.2 e 4.3) permitindo um melhor entendimento sobre o cenário onde a pesquisa se deu. Em seguida, apresenta-se a abordagem metodológica contemplando a coleta de dados e análise dos dados (4.4 e 4.5).

4.1 Estrutura da Pesquisa

A pesquisa realizada é de natureza aplicada pois tem como objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos sobretudo à solução de problemas específicos. Para Gil (2008), a pesquisa aplicada possui a finalidade de resolver problemas identificados no âmbito das sociedades em que os pesquisadores vivem e com isso, podem contribuir para a ampliação do conhecimento científico, sugerindo

inclusive, novas questões a serem investigadas. Ou seja, a pesquisa aplicada é caracterizada pela abordagem prática e dirigida à resolução dos problemas do mundo real para atingir impactos tangíveis e soluções palpáveis. Ao combinar teoria e prática, a pesquisa aplicada fornece *insights* valiosos e contribui diretamente para aprimorar processos ou políticas a fim de promover inovações e eficácia no ambiente em que é aplicada.

Pode-se dizer que esta também é uma pesquisa de caráter exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa. Pesquisas do tipo exploratório visam fornecer visão geral acerca de certos fatos e pressupõem levantamento bibliográfico e documental, pesquisas, aplicação de questionários e análise de dados. A escolha por combinar dados qualitativos e quantitativos é adequada por propor uma análise complementar do conteúdo. Minayo e Gomes abordam a metodologia explicando:

Os dois tipos de abordagem e os dados delas advindos, não são incompatíveis. Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada, teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa (MINAYO; GOMES, 2011, p. 22).

Finalmente, para formalização da Tecnologia de Gestão Social (TGS), é proposta construção de e-book, elaborado como resultado da pesquisa no qual procurou-se diagnosticar um problema específico, com o objetivo de alcançar um resultado prático que, neste caso, será o guia orientador para construção do PEP.

Segmentando o percurso metodológico desta pesquisa apresenta-se:

Quadro 03: Estrutura de análise dos objetivos propostos ao longo da pesquisa

Objetivo	Unidade de Análise	Sujeitos	Técnica
• Identificar os resultados dos planos de EPS realizados de janeiro de 2022 a dezembro de 2022, bem como suas características pedagógica;	Elementos e resultados do PEP 2022	Registros dos treinamentos realizados no ano de 2022	Pesquisa documental
• Conhecer como os colaboradores percebem o desenvolvimento das competências técnicas e comportamentais na EPS;	Percepção dos colaboradores	Colaboradores das unidades estudadas	Levantamento Survey
• Mapear módulos, conteúdos e metodologias de ensino-aprendizagem que produzam impacto na formação crítico-	Construção de trilha de desenvolvimento do planos de educação permanente	Lideranças e Plano de Desenvolvimento de Pessoas	Pesquisa quantitativa e qualitativa

reflexivo do profissional de saúde da unidade;			
• Elaborar e-book direcionador para planejamento e realização do plano de educação permanente de unidades de pronto atendimento, apresentando metodologias de ensino ativas voltadas para o desenvolvimento dos colaboradores	Construção de TGS		Consolidação dos resultados do estudo.

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

4.2 Campo

O campo de estudo deste projeto constitui o ponto focal onde se desenrola esta investigação. Este campo representa um ecossistema intelectual onde questões específicas são exploradas e desafiadas. O lócus do estudo neste caso foram dois estabelecimentos públicos de saúde do município de Salvador- BA com perfil de UPA porte III, envolvidos na atenção às urgências e emergências, no período compreendido entre janeiro 2022 e abril de 2024.

A escolha das unidades para o presente estudo se deu primeiramente porque elas possuem programas de qualidade certificados e com isso, trabalham intensamente em planos de educação permanente tendo metas contratuais junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que dizem respeito à execução das ações. Além disso, os gestores das unidades manifestaram a fragilidade no impacto das ações sobre os resultados efetivos das práticas assistenciais. Essa análise crítica, somada à preocupação com a responsabilidade social corporativa tornam as unidades UPA São Cristóvão e UPA Pirajá campos de estudo para esta pesquisa.

4.2.1 UPA Parque São Cristóvão- Campo 1

A UPA São Cristóvão é uma Unidade de Urgência e Emergência, Porte III, com funcionamento 24h, 7 dias por semana, localizada na Rua Arquiteto Marcos Moreira Solter, S/N – Parque São Cristóvão, foi inaugurada em janeiro de 2016, e em agosto do mesmo ano passou a ser gerenciada pelo Instituto de Gestão e Humanização através de contrato de gestão assinado entre a Organização Social (OSS) e a

Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A unidade possui aproximadamente 273 profissionais (entre colaboradores celetistas e médicos contratados em regime de Pessoa Jurídica).

Trata-se de uma UPA, que atende demanda de toda região dos bairros de São Cristóvão, Mussurunga, Itapuã, além da região metropolitana como Itinga e Lauro de Freitas, caracterizada como UPA porte III com 25 leitos, sendo 04 leitos na sala vermelha (atendimento crítico), 06 leitos de observação pediátrica, 06 leitos de observação feminina, 07 leitos de observação masculina e 02 leitos de isolamentos. Oferece serviço multiprofissional com atendimento de enfermagem, clínica médica, pediatria, ortopedia, nutrição, ultrassonografia, raio-x, laboratório, ECG e odontologia (este último em regime de 12h), atendendo em média 6.294 pacientes por mês (média de pacientes que passaram pela classificação de riscos no primeiro semestre de 2023).

A unidade possui um selo de qualificação institucional de qualidade e programas de auditoria interna que avaliam, entre outras coisas, o cumprimento das metas contratuais e dos programas interno de melhoria de processos. Neste estudo, a unidade será identificada como “Campo 1”.

4.2.2 Upa Jardim Santo Inácio/Pirajá- Campo 2

A UPA Pirajá é uma Unidade de Urgência e Emergência, porte III, com funcionamento 24h, 7 dias por semana, localizada na Rua Direta de Santo Inácio, s/n - Jardim Santo Inácio. Inaugurada em junho de 2016 e gerenciada pelo Instituto de Gestão e Humanização através de contrato de gestão desde julho do mesmo ano. A unidade é conhecida no âmbito municipal por ser a primeira unidade de urgência e emergência da Bahia a receber Certificado de Acreditação, outorgado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), conquistado em 2018 e que reconhece a existência de processos seguros para os pacientes e eficientes para a gestão da unidade.

A UPA faz parte da Rede de Atenção às Urgências do município de Salvador e oferece estrutura simplificada, com 25 leitos sendo, 06 Leitos de Observação infantil, 04 Leitos de Sala Vermelha (atendimento crítico), 12 leitos de Observação Adulto, 03 Leitos de Isolamento além de raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames e odontologia (este último em regime de 12h). Mantém pacientes em observação, por

até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminha aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial sendo que, também manifesta elevada dificuldade de integração com a rede gerando superlotação da unidade, sendo responsável por uma média de atendimento de 5.800 usuários por mês (média de pacientes que passaram pela classificação de riscos no primeiro semestre de 2023).

A unidade possui um selo de qualidade externo (Acreditação ONA Nível 2), recentemente renovado, e possui programas de auditoria interna que avaliam, entre outras coisas, o cumprimento das metas contratuais e processos de melhoria. Neste estudo, a unidade será identificada como “Campo 2”.

4.3 Sujeito

O sujeito desta pesquisa representa a figura central do estudo que foi o profissional de saúde, colaborador das duas unidades selecionadas. Explorar e compreender o sujeito não apenas contribui para o avanço do conhecimento, mas também proporciona ricas reflexões para entender os cenários do sistema de saúde. Por esta razão, este projeto utilizou dados formais dos colaboradores e pesquisa aplicada aos times.

Para levantamento das informações objetivas foi realizada análise de dados extraídos do sistema gerencial da unidade, disponibilizados pela alta gestão, garantindo atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). As informações encontradas ratificam o perfil do profissional de saúde já apresentado no capítulo 3.3 desta pesquisa. Foram analisados dados sociais dos colaboradores como área de atuação, idade e gênero. Ressalta-se ainda que as informações fornecidas constituem dados abertos ao público através da Lei nº 12.527/2011 conhecida como “Lei de acesso à informação”.

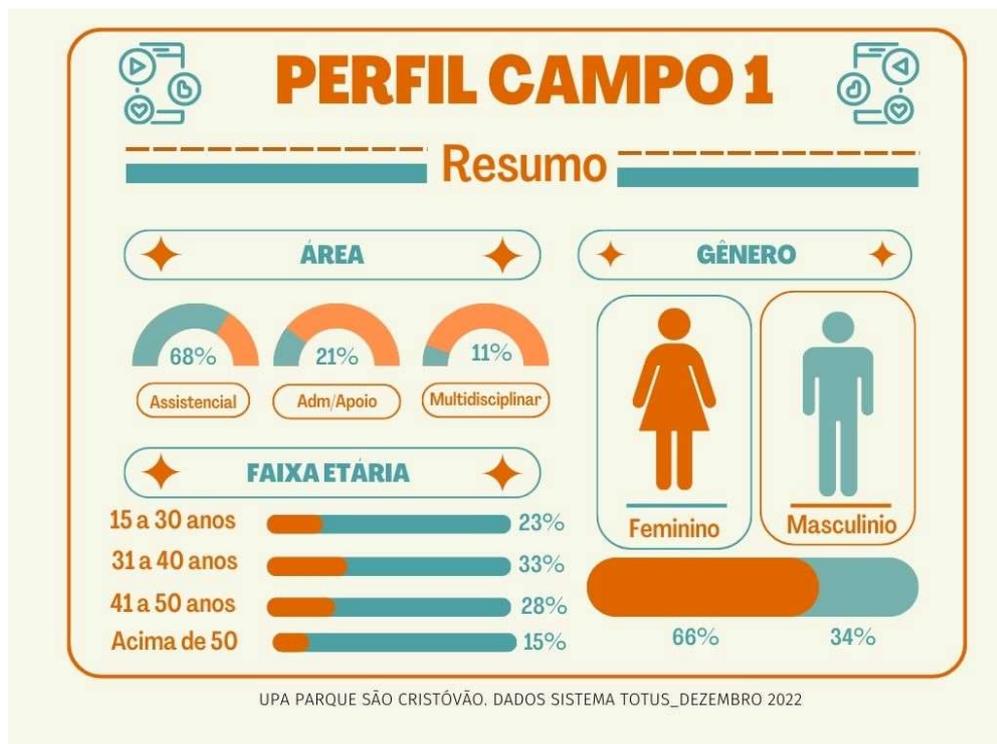
Para além dessas informações citadas foi aplicada pesquisa survey, onde não se requereu identificação de dados sensíveis, embora tenha sido obtida aprovação de uso das informações através de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 05).

Ressalta-se que os dados analisados foram do ano de 2022 e a pesquisa survey aplicada no ano de 2023, o que pode representar uma divergência dos dados pesquisados no portal da transparência da instituição em períodos diferentes.

4.3.1 Perfil colaboradores- Campo 1

O campo 1 possui 190 profissionais contratados em regime celetista além de 83 médicos contratados como “pessoa jurídica”, totalizando 273 colaboradores. Dos 190 colaboradores efetivos, apenas 05 deles possuem cargos de liderança (01 encarregado, 02 coordenadores e 02 gerentes) e 36% destes colaboradores não tinham concluído nível superior ou técnico no ato de suas contratações. A unidade, que possui uma Comissão de Educação Permanente, multiprofissional e liderado por enfermeiro, tem na sua predominância do quadro, profissionais na área assistencial (68%). A seguir, apresentamos o perfil sociodemográfico desses colaboradores (Figura 10).

Figura 10: Perfil dos Profissionais- Campo 1



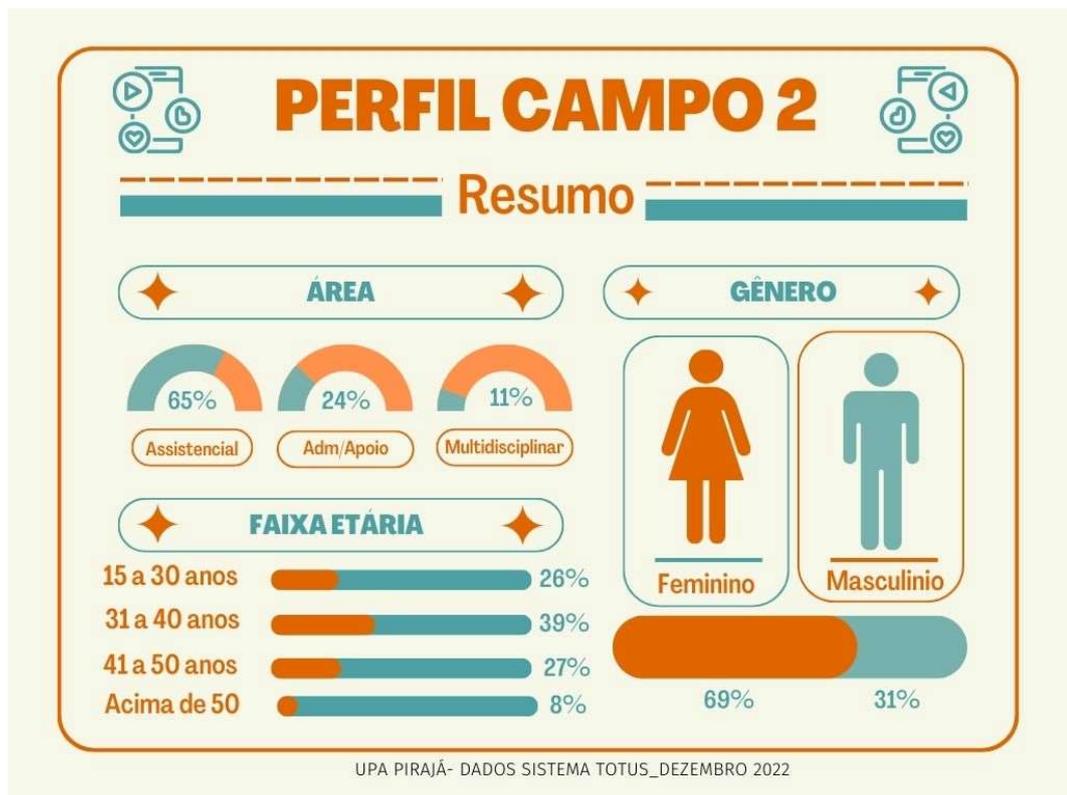
Fonte: Ilustração autoral a partir do ERP Totvs (2022)

4.3.2 Perfil colaboradores- Campo 2

O campo 2 possui 172 profissionais contratados em regime celetista além de 51 médicos contratados como “pessoa jurídica”, totalizando 223 colaboradores. Dos 172 colaboradores efetivos da unidade, apenas 05 deles possuem cargos de liderança

(01 encarregado, 02 coordenadores e 02 gerentes) e 36% destes colaboradores não tinham concluído nível superior ou técnico no ato de suas contratações. A unidade que possui uma Comissão de Educação Permanente multiprofissional, liderada por enfermeiro, também tem na sua predominância do quadro, profissionais na área assistencial (65%). A seguir, apresentamos o perfil sociodemográfico desses colaboradores (Figura 11).

Figura 11: Perfil dos Profissionais- Campo 2



Fonte: Ilustração autoral a partir do ERP Totvs (2022)

4.4 Coleta de Dados

Uma vez que o perfil funcional dos colaboradores foi conhecido, passou-se a analisar os dados acumulados das ações realizadas pela Comissão de Educação Permanente de cada campo, sendo feita pesquisa exploratória dos arquivos mantidos pela comissão e apresentados a esta pesquisadora com autorização da alta gestão (Anexo 01).

A coleta de dados é basicamente a captação de informações sobre o problema proposto, através da qual, o pesquisador vai buscar conhecer o cenário e as diversas vertentes do estudo e dos envolvidos. Sendo assim, neste momento da pesquisa

construiu-se um percurso de análise de duas fontes de informações. Para dar conta dos objetivos delineados, buscou-se associar as abordagens qualitativa e quantitativa. Como já esclarecido, trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, pois pretendeu-se conhecer o tema, com a necessidade de avaliação do conteúdo, a partir do que a literatura científica traz a respeito. Apoiado na etapa exploratória, buscou-se descrever os achados do estudo, analisando os dados sem interferência do pesquisador (GIL, 2008).

4.4.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental é um método de pesquisa qualitativa, que sugere coletar, selecionar e investigar informações por meio da leitura de documentos. Esta etapa teve como foco a avaliação das ações realizadas pela Comissão de Educação Permanente (CEP), com conseqüente identificação dos resultados medidos e, por isso, a amostra foi o Plano de Educação Permanente de ambos os campos em todas as suas áreas no período de 12 meses. Levou-se em consideração os documentos analisados, sendo esses: listas de presença e relatórios dos treinamentos realizados por mês. Em todos os casos, foram identificados tipos de treinamento, temas trabalhados, objetivos propostos, métodos utilizados, carga horária e quantidade de colaboradores treinados (Apêndice 01 e 03).

Por se tratar de uma pesquisa na qual é feita análise de dados que ainda não receberam tratamento analítico, o processo investigativo incluiu o detalhamento dos dados em planilhas de Excel, para posterior análise dos resultados permitindo à pesquisadora a definição de linhas de atuação, em conformidade com o argumento de Minayo (2008), ao afirmar que “a metodologia de pesquisa documental inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2008. p.22).

As duas unidades analisadas possuem planejamento anual das ações de educação permanente. Conforme *Manual de Educação Permanente*⁶ da instituição, este planejamento contempla a realização das seguintes atividades:

⁶ Manual de Educação Permanente. Revisão 2023. Documento interno do Sistema de Gestão da Qualidade do Instituto de Gestão e Humanização, aplicável às unidades pesquisadas.

- Treinamento comportamental: tem por objetivo aperfeiçoar as atitudes e habilidades comportamentais dos colaboradores e disseminar os valores da organização e suas normas de conduta para garantir um bom ambiente de trabalho.
- Treinamento técnico: tem por objetivo desenvolver as habilidades técnicas diretamente relacionadas as atividades diárias do colaborador para eliminar e/ou minimizar erros de processos.
- Treinamento *in loco*: consiste num processo de ensino e reciclagem no próprio ambiente de trabalho.
- Treinamento fora do posto de trabalho: atividades educativas realizadas na sala de treinamento, projeção, sala de ensino e/ou sala de reunião.

Nenhuma das unidades pesquisadas possui um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Embora a organização tenha definido a possibilidade de realização de treinamentos na modalidade a distância (EAD), este não é o padrão atual e, se necessário, acontece através da plataforma *GOOGLE MEETING*. Internamente, as unidades definiram ainda que os treinamentos podem ser internos (realizado por time local) ou externos (realizado por profissionais externos à organização).

4.4.2 Levantamento- Survey

Uma vez que foram identificados os treinamentos realizados ao longo do ano (Apêndice 01 e 03) e a escolha das metodologias de ensino – aprendizagem utilizadas, passou-se a investigar como os participantes dos Planos de EPS percebem o desenvolvimento das competências técnico e comportamentais nas suas unidades. Essa etapa investigativa foi realizada através de questionário semiestruturado aplicado aos colaboradores dos campos pesquisados. Como essa etapa buscava realizar investigação direta com os colaboradores, compreendendo através de uma amostra o comportamento dos mesmos, esse levantamento caracteriza-se como do tipo survey (MALHOTRA; GROVER, 1998).

Todos os participantes que integraram o estudo validaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a sua participação na pesquisa

(Apêndice 5). Além disso, a instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa assinou carta de anuência para coleta de dados (Anexo 01), permitindo a realização do estudo em suas instalações.

Visando organizar os dados das pesquisas realizadas, utilizou-se a técnica do discurso coletivo proposta por Lefevre (2003). A técnica em questão apoia-se teoricamente na teoria das representações sociais em razão do caráter sistemático de sua coleta de conteúdo. Ou seja, esta abordagem propõe a combinação em um discurso unificado e abrangente de várias manifestações individuais sobre a questão de investigação feitas por sujeitos social e institucionalmente comparáveis ou pertencentes à mesma cultura organizacional e grupo social homogêneo. (LEFEVRE, 2003).

A análise do discurso dos profissionais é um método necessário para resumir e interpretar as opiniões e perspectivas gerais dos participantes. Ao resumir e analisar os dados da pesquisa, o resultado permite uma compreensão abrangente e representativa dos principais tópicos e questões discutidos na amostra. A abordagem de análise do discurso do sujeito coletivo facilita a identificação de padrões e divergências nas respostas; além disso, contribui para uma compreensão mais profunda e substancial dos fenômenos abordados. Deste modo, o discurso do sujeito coletivo é uma abordagem importante para dar voz à coletividade e obter informações valiosas que sustentam a tomada de decisões e a política relevante com base nas necessidades e experiências dos participantes.

4.4.2.1 Amostra de Pesquisa

O convite para a participação na pesquisa foi feito por meio dos principais canais de comunicação, tais como e-mail e grupos de WhatsApp, além de distribuição de *QR CODE* para acesso à pesquisa tendo-se objetivo de trabalhar com uma amostragem do universo de estudo.

Para Gil (2008, p. 55), “os levantamentos por amostragem desfrutam hoje de grande popularidade entre os pesquisadores sociais, a ponto de muitas pessoas chegarem mesmo a considerar pesquisa e levantamento social a mesma coisa”. Tal argumento sustentou a escolha do método que buscou contemplar amostra segura na realização da pesquisa em questão.

não são pesquisados todos os integrantes da população estudada. Antes selecionamos, mediante procedimentos estatísticos, uma amostra significativa de todo o universo, que é tomada como objeto de investigação. As conclusões obtidas a partir dessa amostra são projetadas para a totalidade do universo, levando em consideração a margem de erro, que é obtida mediante cálculos estatísticos. (GIL, 2008, p. 35).

A pesquisa foi realizada em formato digital, com envio de link do questionário estruturado através da plataforma Google Forms disponível por 25 dias (27/02/2023 a 24/03/2023), onde obteve-se total de 249 respostas representando aproximadamente 90% de nível de confiança e 3.0% de Erro Amostral.⁷ A pesquisa foi disponibilizada para todos os colaboradores envolvidos com o funcionamento das unidades, tendo um total de 249 respostas sendo 94 questionários preenchidos no campo 1, seguidos por 92 questionários do campo 2 e 63 questionários foram preenchidos sem identificação da unidade. À medida que se considera como amostragem satisfatória aquela que possibilita abarcar o problema de pesquisa em sua totalidade, contando com suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2011), entende-se que o material coletado reflete a realidade dos programas e a percepção do usuário representado.

4.5 Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada após fechamento da pesquisa eletrônica. As questões referentes ao perfil e questões de múltipla escolha sobre a importância e entendimento da EPS, foram analisadas a partir da estatística descritiva simples e apresentadas por meio de gráficos ou tabelas/quadros. Os dados de natureza quantitativa foram gerados a partir das informações processadas no Microsoft Office Excel para a tabulação e melhor organização do resultado, com geração de gráficos e tabelas que permitiram a análise.

O questionário não exigiu identificação dos colaboradores visando preservar a veracidade e autenticidade das respostas. Para qualificação dele foram utilizados apenas dados sociodemográficos envolvendo: unidade, gênero, faixa etária, nível, área e tempo de formação. Também foram obtidos dados secundários de outras fontes documentais, utilizando-se prioritariamente pesquisas bibliográficas e análise de documentos oficiais.

⁷ <https://comentto.com/calculadora-amostrai/>

5. RESULTADOS DA PESQUISA

5.1 Resultados da Pesquisa Documental

A primeira fase da pesquisa foi analisar detalhadamente os registros da Comissão de Educação Permanente das duas unidades campo. O material foi tabulado em planilhas de Excel (Apêndice 01, 02, 03 e 04) através das quais foi possível realizar um estudo heurístico dos dados do período.

Embora não se possa minorar o trabalho realizado pelas equipes no sentido de manter atualização da mão-de obra, e de desenvolver competências para aperfeiçoamento do trabalho, as evidências apresentadas não sustentam a afirmação de que os planos de educação permanente das unidades atendam ao proposto conceitualmente apresentado para o programa. Percebe-se elevado número de horas de treinamento realizadas nas duas unidades, contudo, não há dados nos registros analisados capazes de evidenciar a metodologia do levantamento das necessidades (embora exista um padrão interno), ou ainda dados que permitam avaliar a eficácia das ações ou, inferir efetividade do programa com base nos objetivos pretendidos.

5.1.1 Dados da Educação Permanente no Campo 1- 2022

A unidade possui uma Comissão de Educação Permanente multidisciplinar, liderada por enfermeiro, responsável por programar e realizar as ações ligadas a EPS para todos os colaboradores. O planejamento das ações de EPS acontece e é tratado exclusivamente pela comissão (sem correlação com o programa de desenvolvimento corporativo liderado pelo setor de recursos humanos) e seus resultados são apresentados em indicador de carga horária treinada para fins de avaliação de metas contratuais junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Baseados nos documentos estudados foi construída base de dados referente às ações executadas no ano de 2022 (Apêndice 1). Para este ano, foram realizados 58 diferentes treinamentos- temas (Apêndice 2) em um total de 264 turmas (alguns temas são repetidos em diferentes turmas para garantir acesso para todos os turnos e áreas). No total, foram contabilizadas 1.392 participações em 595 horas de treinamento. Os dados em questão foram tabulados de todas as listas de presença e relatórios de eventos do ano de 2022 e geraram os indicadores dispostos na tabela 1:

Tabela 01: Dados gerais educação permanente - Campo 1

	EDUCAÇÃO PERMANENTE 2022- CAMPO 01												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
TOTAL DE TURMAS	5	30	34	29	30	16	25	21	19	20	18	17	264
TOTAL DE COLABORADORES TREINADOS	32	140	113	145	160	102	143	111	151	86	97	112	1392
TOTAL DE HORAS DE TREINAMENTO	16	77	82	104	81	24	50	33	31	31	41	25	595
	MÉDIA HORAS DE TREINAMENTO POR TURMA											2,2	

Fonte: Relatórios e Listas de Presença de Treinamentos de EPS do campo 01 (2022)

Segundo a CEP da unidade, cada gestor é responsável por realizar o levantamento de necessidades do ano e acompanhar seu cumprimento, porém, embora haja formulário proposto, não há método para análise da demanda ou ainda para avaliação das prioridades de ensino. Não foram avaliados dados relativos a outros indicadores ou outras partes interessadas, constituindo um plano com pautas consideradas “tradicionais” para a unidade.

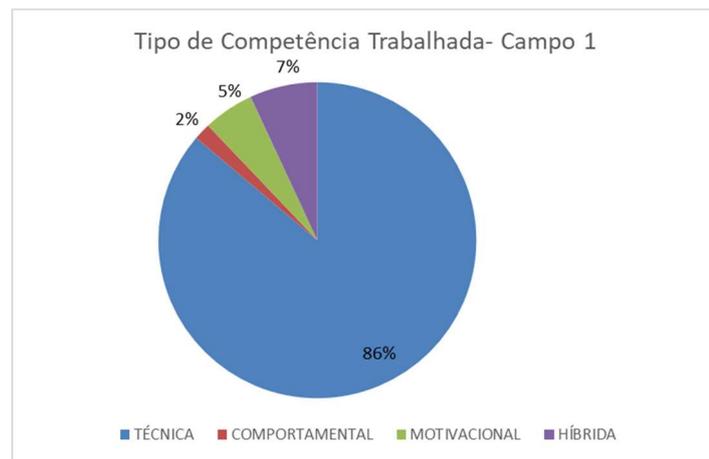
Analisando os dados realizados, percebeu-se que 86% (50) dos treinamentos foram para desenvolvimento de competências técnicas (como pode ser percebido nos apêndices 01 e 03), seguidos por capacitações para as chamadas competências híbridas com 7% (4) de representatividade e ações motivacionais ou de sensibilização em datas de oportunidades como, por exemplo, setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, entre outros com 5% (3) de representatividade. O dado apresentado corrobora com a afirmação de Costa (2008) de que a formação dos profissionais segue sendo conteudista, pautada no domínio tecno-científico da profissão.

É possível constatar ainda, que 45% (26) dos treinamentos são voltados para a área assistencial. Em geral, treinamentos para atualização ou aperfeiçoamento de protocolos, procedimentos e condutas voltados ao cuidado com os pacientes, seguidos de treinamentos de gestão e humanização com 16% (9) de ocorrência cada um. Treinamentos de conteúdos administrativos e de saúde e segurança do trabalho (SST) acontecem em menor quantidade (Gráfico 01).

Outro ponto relevante dentro desta avaliação é que no que diz respeito a treinamentos técnicos, a maioria é relacionada com a capacitação em protocolos

clínicos e assistências. Esses protocolos tratados em treinamento limitam-se a protocolos de risco e não foram planejadas ações relacionadas com o perfil epidemiológico por prevalência da unidade.

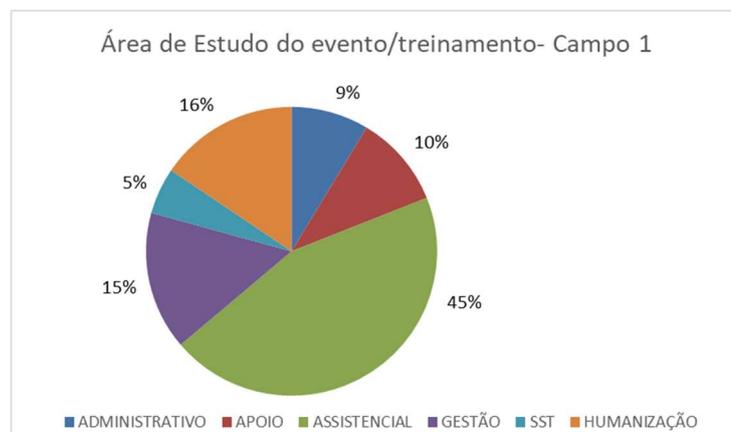
Gráfico 01: Tipo de competência trabalhada- Campo 1



Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 1 (2022)

Nota-se também a prevalência da participação de profissionais assistenciais nestes eventos, justificado inclusive pelo excesso das temáticas técnicas, assistenciais e conceituais. A predominância de eventos para área assistencial (Gráfico 02) corrobora ainda com os dados de perfil profissional (maior parte do corpo funcional das unidades) como já demonstrados na Figura 10.

Gráfico 02: Área de estudo do treinamento- Campo 1

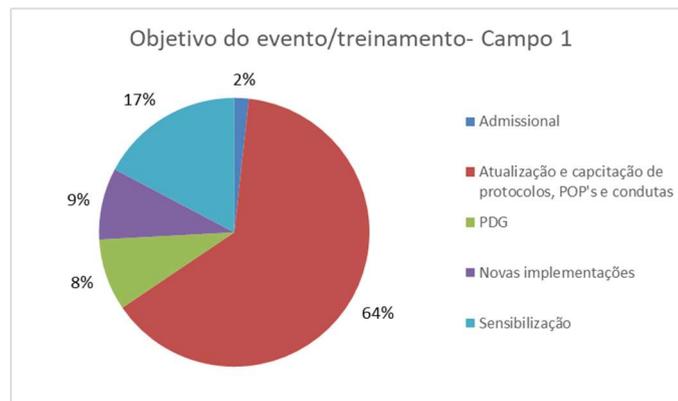


Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 1 (2022)

Sabe-se que, ao escolher uma competência a ser trabalhada, a organização tem um objetivo final que pode ser desde aperfeiçoar o desempenho até sensibilizar os profissionais em determinado comportamento ou atuação. Entendendo que o objetivo do treinamento se relaciona diretamente com as temáticas escolhidas, investigou-se quais eram os objetivos pretendidos classificando-os conforme gráfico 03.

Sobre o objetivo dos treinamentos, é relevante refletir que 64% (37) dos eventos teve o objetivo de manter a capacitação e atualização dos profissionais nos protocolos, procedimentos e condutas internas, neste sentido, percebe-se a repetição de temas voltados para reciclagem conceitual dos protocolos de emergência ou procedimentos internos de forma continuada, porém, sem link direto com levantamento de necessidades voltado ao perfil da unidade. Ações de sensibilização e motivacionais representam o segundo maior objetivo trabalhado com 17% (10) das ocorrências, seguidas de treinamentos voltados ao plano de desenvolvimento de gestores (PDG) e novas implementações cada um com 5 eventos e 9% de representatividade (Gráfico 03).

Gráfico 03: Objetivo do treinamento- Campo 1



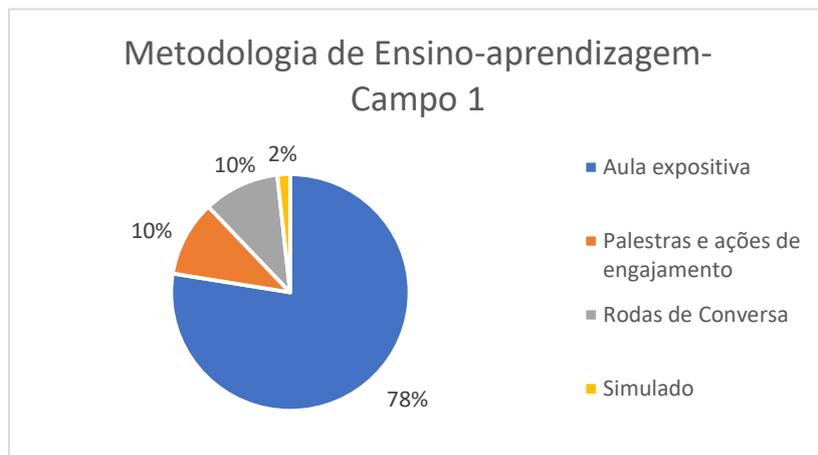
Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 1

Como apresentado no gráfico 04, a metodologia predominante dos eventos realizados foi de aulas expositivas com 78% (45) das ocorrências, característica da estratégia de ensino conservadora, sendo 98% (57) na modalidade presencial, e apenas 0,2% (01) na modalidade EAD. Apenas 12% (7) dos eventos contou com o uso de propostas de metodologia ativa (roda de conversa e simulado) sendo que, não

houve nenhuma avaliação de reação que monitorasse o nível de satisfação ou ainda de aprendizado dos profissionais com as ações.

A documentação estudada não apresentou dados que justifiquem a escolha dos métodos ou da modalidade de aula, embora, perceba-se que todo o planejamento da EPS da unidade prioriza “aula expositiva” que mesmo acontecendo (em alguns casos) no ambiente do trabalho, costuma representar modelos de aulas conservadores. Como defendido pelos autores citados no capítulo 3, muitas vezes as ações de educação permanente estão baseadas na hegemonia das aulas conteudistas e expositivas, em modelos conservadores de ensino e isto pode ser evidenciado nos dados da pesquisa em questão.

Gráfico 04: Metodologia de ensino-aprendizagem- Campo 1



Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 1

5.1.2 Dados da Educação Permanente no Campo 2- 2022

O campo em questão possui uma Comissão de Educação Permanente, formada por profissionais multidisciplinares, liderada por enfermeiro, responsável por conduzir as ações ligadas a EPS para todos os colaboradores. Embora o planejamento seja realizado pela liderança da área (como no campo 1), com a definição dos temas que esta liderança julga pertinente para seu time, não há método formalizado para justificar as escolhas. E, como também é praticado no campo 1, cabe a CEP apenas o acompanhamento e organização das evidências do cumprimento do programa. Os resultados são apresentados em indicador de carga horária treinada para fins de avaliação de metas contratuais junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Nesta unidade, o processo de educação permanente também não está integrado com programa de desenvolvimento corporativo conduzido pelo setor de recursos humanos embora, a metodologia de acreditação adotada na unidade (ONA 2), contemple a existência de programas de desenvolvimento individual voltados para necessidades de competência e habilidades dos colaboradores.

Baseados nos documentos estudados foi construída base de dados referente às ações executadas no ano de 2022 (Apêndice 3). Foi evidenciada a realização de 41 diferentes treinamentos- temas (Apêndice 4) em um total de 75 turmas (alguns temas são repetidos em diferentes turmas para garantir acesso para todos os turnos e áreas). No total, foram contabilizadas 1.167 participações em 225 horas de treinamento. Neste campo percebe-se um volume elevado de treinamentos com carga horária de 2h a 4h e um volume menor de turmas realizadas se comparado com campo 1.

Tabela 02: Dados gerais educação permanente - Campo 2

EDUCAÇÃO PERMANENTE 2022- CAMPO 2													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TOTAL DE TURMAS	4	9	4	5	7	3	3	4	13	8	7	8	75
TOTA DE COLABORADORES TREINADOS	74	70	27	68	145	66	60	70	155	184	99	149	1167
TOTAL DE HORAS DE TREINAMENTO	8	11	16	20	17	8	11	12	30	32	28	32	225
MÉDIA DE HORAS DE TREINAMENTO POR TURMA												3,0	

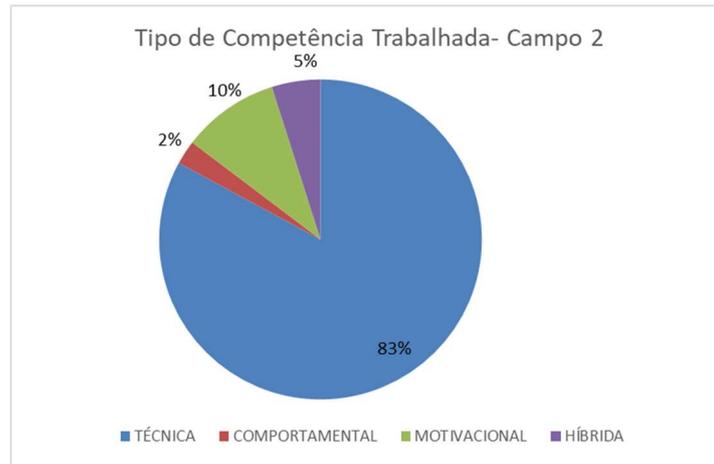
Fonte: Relatórios e Listas de Presença de Treinamentos de EPS do campo 02

Nota-se que 83% (34) dos treinamentos são para desenvolvimento de competências técnicas, seguidos por 10% (4) de ações em datas de oportunidade consideradas ações motivacionais ou de endomarketing, como por exemplo setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, entre outros (gráfico 05). Nesta unidade, apenas 5% (2) eventos trabalharam o desenvolvimento de competências híbridas e 2% (1) de competência comportamental.

A escolha de treinamentos prioritariamente na esfera técnica, pode justificar os objetivos pretendidos com as ações, como apresentados nos gráficos 05 e 07. Isso porque, a medida que o objetivo é prioritariamente a atualização e aperfeiçoamento de protocolos clínicos e assistenciais, o volume de treinamentos de competência

técnica serão naturalmente superiores aos demais, fazendo link inclusive com os dados de categoria envolvida (prioritariamente assistencial) como apresentado no gráfico 06.

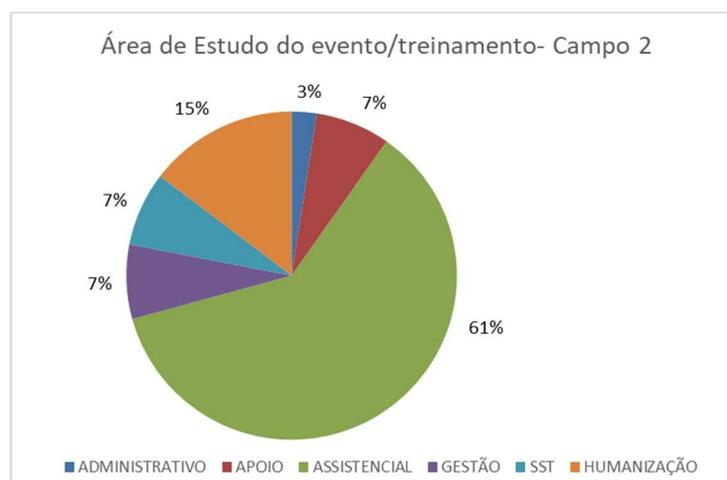
Gráfico 05: Tipo de competência trabalhada- Campo 2



Fonte: Relatórios de EPS 2022- Unidade 2

É possível constatar que 61% (25) dos treinamentos são específicos para a área assistencial (Gráfico 06), em geral, treinamentos para atualização, capacitação ou aperfeiçoamento de protocolos e procedimentos voltados ao cuidado com os pacientes, seguidos de treinamentos de gestão e humanização com 15% (6) de ocorrência. Como no campo 1, nesta unidade também se percebe predominância de temas assistenciais e por isso o volume de participação é maior neste público.

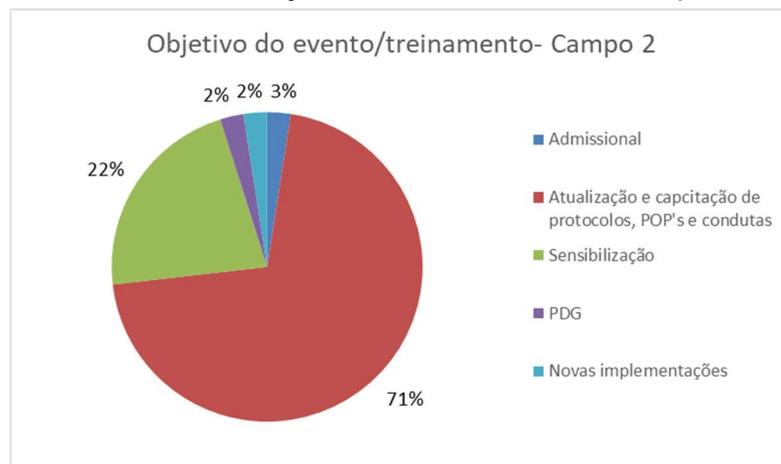
Gráfico 06: Área de estudo do treinamento- Campo 2



Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 2

Sobre o objetivo dos treinamentos, é relevante refletir que 71% (29) dos eventos teve o objetivo de manter a capacitação e atualização dos profissionais nos protocolos, procedimentos e condutas internas, e como no campo 1, não há como evidenciar *link* entre a escolha dos temas e as necessidades da unidade ou perfil epidemiológico por prevalência. Ações de sensibilização e motivacionais representam o segundo maior objetivo trabalhado com 22% (9) das ocorrências, seguidas de treinamentos admissionais, para atendimento do plano de desenvolvimento de gestores (PDG) e novas implementações cada um com 1 evento e 2% de representatividade (Gráfico 07).

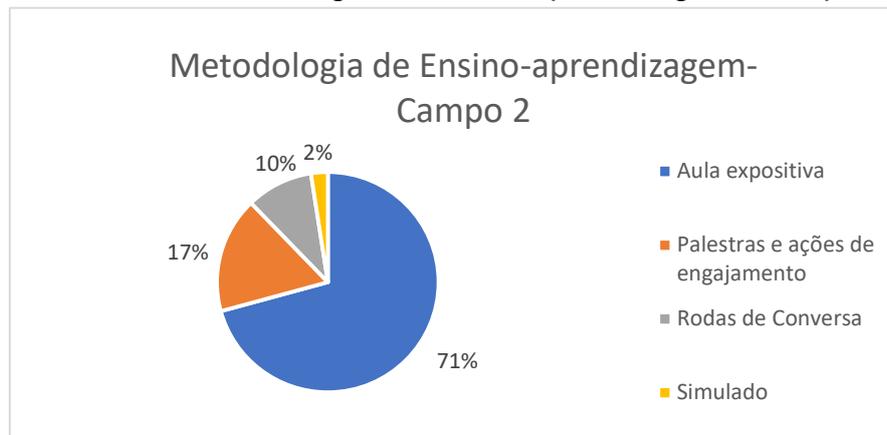
Gráfico 07: Objetivo do treinamento- Campo 2



Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 2

Destaca-se ainda que a metodologia predominante dos eventos realizados foi a de aulas expositivas com 71% (29) das ocorrências, características da metodologia de ensino conservadora, sendo que as 41 ações (100%) aconteceram na modalidade presencial (Gráfico 08).

Embora alguns treinamentos tenham acontecido no local de trabalho, referem-se a capacitações conceituais e que não estão atreladas ao protagonismo do aprendiz ou ainda, que não consideram o conhecimento prévio destes profissionais. Apenas 12% (7) dos eventos teve o uso de outras propostas de metodologia ativa (roda de conversa e simulado) sendo que, não houve nenhuma avaliação de reação que monitorasse o nível de satisfação dos profissionais com os eventos.

Gráfico 08: Metodologia de ensino-aprendizagem- Campo 2

Fonte: Relatórios de EPS 2022- Campo 2

A documentação estudada não apresentou dados que justifiquem a escolha dos métodos ou da modalidade de aula embora, perceba-se que o planejamento da EPS da unidade prioriza as aulas expositivas. Os dados apresentados nesta pesquisa exemplificam o defendido por Ceccim e Feuerwerker (2004) quando afirmam que o modelo de formação dos planos de educação permanente é predominantemente conteudista, fragmentado e biomédico, fortalecido com as práticas tradicionais de saúde, especializada e focada na medicina curativa.

5.1.3 Resumo dos achados da pesquisa documental

Embora as unidades tenham constituído comissão multiprofissional para gerenciamento e implementação do programa e possuam documentos norteadores da atuação de tais comissões, percebe-se que o entendimento dos objetivos da EPS ainda precisa ser aperfeiçoado nos campos.

Nota-se que em ambas as unidades não existe envolvimento multiprofissional na construção do plano, e em nenhum dos casos, esta construção contou com a participação de outros interessados na educação permanente. Além disso, os treinamentos realizados possuem predominância uniprofissional (cada área levantou sua necessidade e foi responsável pela execução com seu time), para atualização técnico-científica e que objetivaram a apropriação do conhecimento.

Sobre o levantamento das necessidades de desenvolvimento, questiona-se a metodologia, uma vez que, já está consolidado que a educação permanente deve ter como foco central as necessidades de saúde da população atendida, a gestão setorial

e o controle social mas, o campo estudado utiliza metodologias predominantemente conservadoras. Além disso, para que o processo de desenvolvimento reflita em transformação das práticas profissionais é *sine quanon* que as competências e habilidades trabalhadas façam sentido para o público em questão, e que permitam a reflexão crítica continuada sobre o processo de trabalho, o que não se pode evidenciar na análise dos documentos estudados nos campos. Percebe-se que o volume de treinamentos realizados em ambas as unidades é alto, porém, não se pode inferir *link* com a necessidade ou ainda, uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que tornem esse processo significativo para o aprendiz.

Outra análise importante diz respeito às avaliações de resultado das ações. Nas unidades pesquisadas, embora exista método padronizado para avaliação de eficácia, os documentos apresentados não dão conta de analisar esse resultado, uma vez que não foram preenchidos formulários de avaliação de eficácia, não permitindo uma avaliação do potencial de contribuição desses eventos para a transformação dos processos ou resultados.

A principal reflexão desta análise paira sobre a função efetiva da EPS nas unidades. Uma vez que, como apresentado no capítulo 3 deste trabalho, o objetivo do programa deveria ir além de promover treinamentos ou capacitações continuadas e, dedicar-se em prover reflexões da prática profissional com base nas necessidades do público atendido, dos profissionais envolvidos e dos resultados esperados, pergunta-se então, o quanto as ações realizadas no ano de 2022 em ambos os campos de estudo, promoveu mudança nos modelos e resultados assistenciais e transformação das práticas de saúde.

5.2 Resultados da Pesquisa Survey

Após estudar os dados existentes nos registros da Educação Permanente do ano de 2022, esta pesquisadora dedicou-se a entender como os colaboradores das unidades percebem os programas desenvolvidos, para isso, um questionário de pesquisa foi aplicado e os dados analisados estão descritos a seguir. A escolha da metodologia preconizava traduzir em números, opiniões e informações importantes sobre o entendimento do tema, para classificá-las e analisá-las.

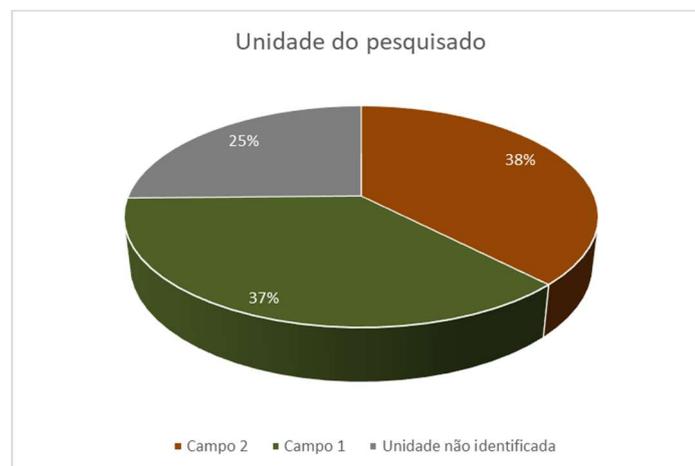
As análises quantitativas e qualitativas foram realizadas com uso do Microsoft Office Excel para tratamento dos resultados exportados do *Google Forms*. Como

apenas questões de campo aberto eram opcionais e demais questionamentos eram de preenchimento obrigatório, não foi necessária exclusão de nenhum registro para tratamento. As questões subjetivas, de campo aberto, foram incorporadas neste trabalho em formato de quadro passando, quando apropriado, por revisão ortográfica, e em alguns casos (sugestões de temas), foram reclassificados com o fito de agrupamento das informações.

5.2.1 Perfil dos participantes

No que diz respeito à adesão para preenchimento da pesquisa, não houve diferenças relevantes entre as unidades, embora, uma parte (63) tenha preferido não identificar a unidade de origem, como pode ser percebido no gráfico 09.

Gráfico 09: Unidade do pesquisado

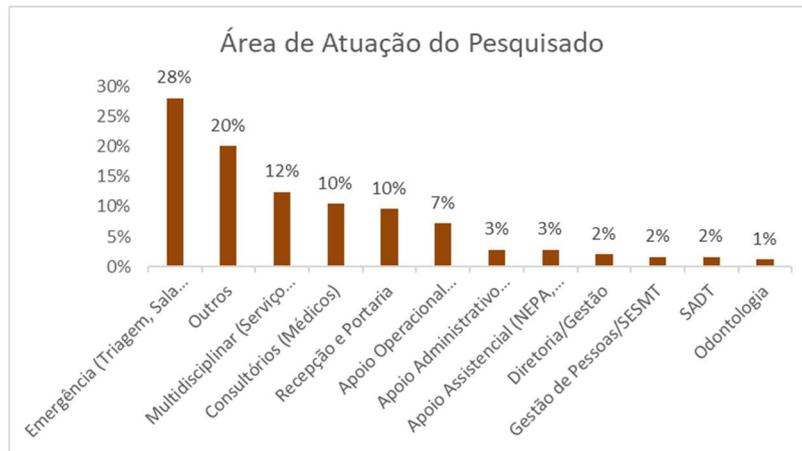


Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Embora a pesquisa tenha sido aberta para todos os colaboradores, nota-se que 51% dos pesquisados atuam diretamente nas áreas assistenciais sendo: 28% na Emergência (Triagem, Sala Verde (Atendimento não crítico), Sala Amarela (Atendimento semi-crítico), Sala Vermelha (Atendimento crítico), Medicação e Curativos), 12% dos pesquisados pertence à equipe Multidisciplinar (Serviço Social, Farmácia e Nutrição), 10% atuam em Consultórios (Médicos e Odontólogos), os demais pesquisados estão divididos em área de gestão e de apoio (gráfico 10). Como

o histórico de ações das unidades é prioritariamente assistencial, entende-se que isso pode ter contribuído para a baixa adesão de profissionais das áreas administrativas.

Gráfico 10: Área de atuação do pesquisado



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Além dos dados relacionados à divisão dos participantes por unidades e setores, o primeiro bloco do questionário buscou conhecer o perfil dos colaboradores pesquisados, tendo tais dados apresentados nos gráficos 11 e 12.

Gráfico 11: Pesquisado por gênero

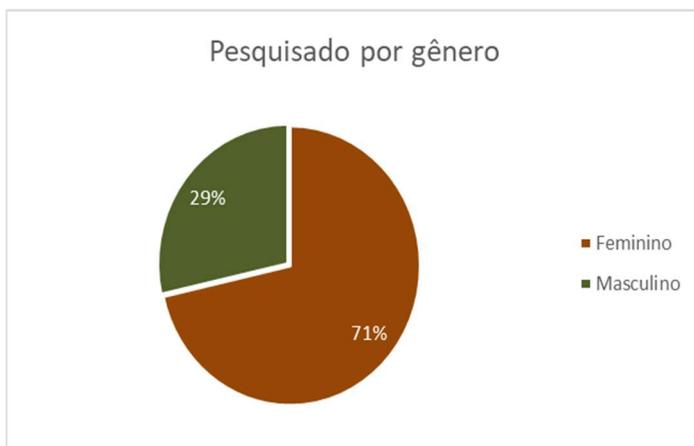
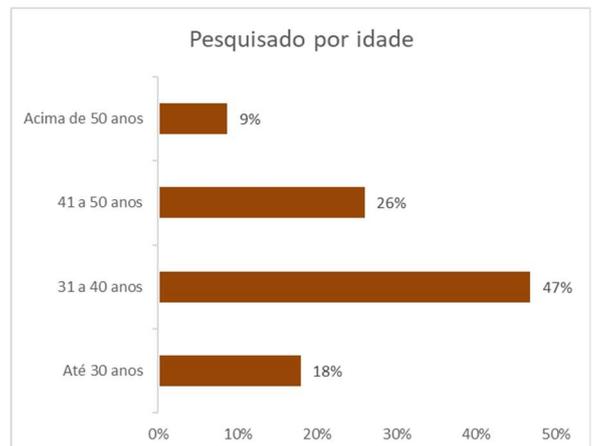


Gráfico 12: Pesquisado por idade

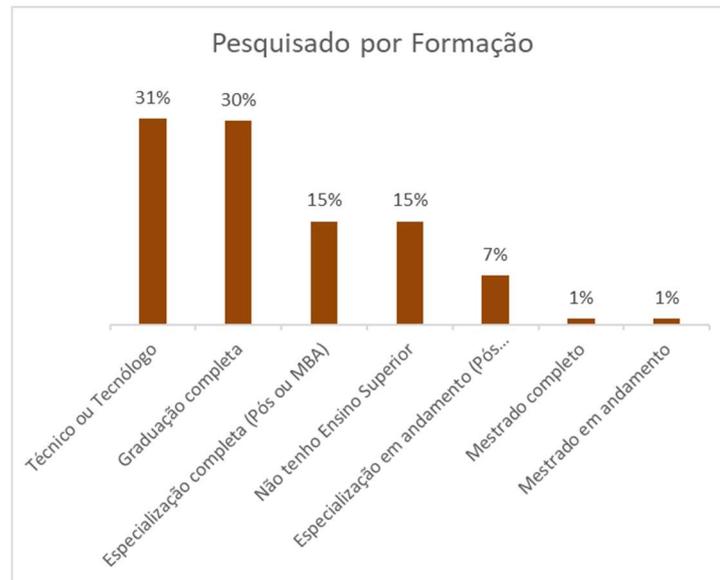


Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Os dados apresentados dialogam com dados da pesquisa do perfil das unidades evidenciando que 71% desses pesquisados são do sexo feminino e 47% deles tem entre 31 e 40 anos.

O gráfico 13 apresenta o perfil de formação profissional, prioritariamente de profissionais com nível superior já que apenas 15% dos pesquisados afirmam não ter tal nível de escolaridade. A formação é liderada por Técnico ou Tecnólogo (76 colaboradores), Graduação (75 colaboradores) e Especialização completa (38 colaboradores) com 31%, 30% e 15% respectivamente.

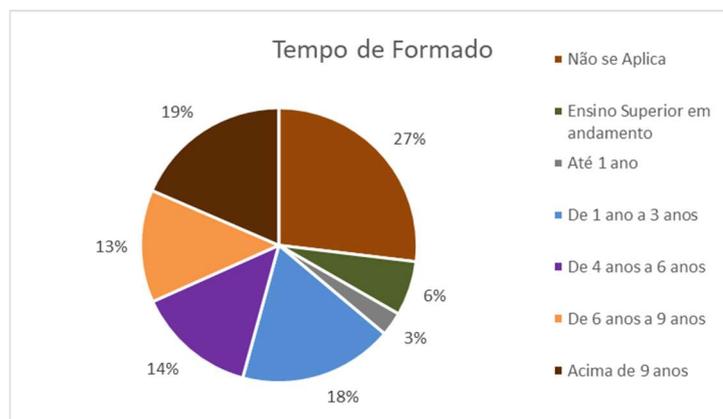
Gráfico 13: Pesquisado por formação



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Além disso, destaca-se que 55% dos pesquisados têm até 9 anos de formados. Apenas 18% (46) dos profissionais com nível superior possuem mais do que 9 anos de formado (gráfico 14).

Gráfico 14: Pesquisado por tempo de formado



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

5.2.2 Discurso do Sujeito Coletivo

Um segundo bloco do questionário buscou conhecer como os participantes dos planos de EPS percebem o desenvolvimento das competências técnicas e comportamentais e, entender as necessidades de competências a serem trabalhadas com base no domínio cognitivo, afetivo e psicomotor necessário à área de atuação. A pesquisa permitiu o entendimento da percepção do colaborador e a identificação das contribuições de cada pesquisado a respeito do que deveria ser tratado nos planos de EPS. Buscou-se entender como a Educação Permanente está acontecendo nestas unidades sob a ótica do colaborador pesquisado. A seguir, apresentam-se os principais achados da pesquisa.

Para a pergunta sobre envolvimento dos colaboradores com a construção do Plano de Educação Permanente (PEP) percebe-se ausência de engajamento das equipes na construção do plano, reafirmando o que já havia sido informado pela CEP, de que os temas são decididos pela liderança direta de cada área de forma isolada e não sistêmica. Embora 33% dos colaboradores pesquisados tenha afirmado participação na construção do plano, o Manual de Educação Permanente da Unidade resume essa construção às lideranças diretas. Destaca-se ainda que, o ponto relevante desta participação é o método e não apenas o quantitativo já que, essa participação envolve uma contribuição individual para a construção do plano não havendo uma construção coletiva da necessidade (esses colaboradores que afirmam ter participado, provavelmente apresentaram sugestões de treinamentos com base nas necessidades identificadas por cada um e não pelo grupo).

Tabela 03: Dados envolvimento colaboradores na construção do PEP

Você participou da construção do Plano de Educação Permanente da Unidade?	Resposta	%
Não	166	67%
Sim	83	33%
TOTAL	249	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Para a pergunta sobre a frequência da participação nos eventos da EPS, nota-se que boa parte dos colaboradores participa de ações frequentes já que apenas 18% deles respondeu nunca ter participado de um evento programado e apenas 9% (24) afirmam ter participado de uma ação há mais de 12 meses. Isso reflete a realidade do que foi observado na pesquisa documental, quando se percebeu que a carga de treinamentos é elevada e muitas ações repetem-se diversas vezes para aumentar a abrangência de participação. Os dados analisados na pesquisa documental demonstraram que em média, cada colaborador da unidade 1 e unidade 2, participou de cerca de 7 treinamentos no ano estudado, frequência que confirma as respostas apresentadas na tabela 04.

Tabela 04: Dados tempo participação evento do PEP

O último treinamento/ação de EP que você participou foi a:	Resposta	%
Menos de 1 mês	76	31%
6 a 12 meses	53	21%
3 a 6 meses	52	21%
Nunca participei	44	18%
Mais de 12 meses	24	9%
TOTAL	249	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Para a pergunta sobre a compreensão dos pesquisados a respeito dos planos de EPS, percebe-se que a compreensão dos colaboradores não dialoga totalmente com os conceitos propostos pela Política Pública já que a maior parte dos pesquisados ainda confunde a Educação Permanente com a proposta de Educação Continuada ou ainda com os eventos obrigatórios. Por mostrar frágil compreensão sobre o que é a Educação Permanente, o que ela deveria tratar e que problemas deveria enfrentar, é possível constatar através da pesquisa que os colaboradores ainda entendem os programas atrelados a processos poucos significativos de aprendizado como apresentado na Tabela 05.

Tabela 05: Entendimento conceitual sobre EPS

Para você, para que serve a Educação Permanente em Saúde?	Resposta	%
Treinamentos continuados	137	55%
Um programa para aperfeiçoar a oferta de serviços aos usuários do SUS	45	18%
Treinamentos obrigatórios	32	13%
Uma continuação da formação superior realizada	27	11%
Outro	8	3%
TOTAL	249	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Para os pesquisados que não identificaram entre os motivos, a definição do termo, foi proposta pergunta de texto livre que teve as seguintes respostas:

Quadro 04: Respostas dos pesquisados – O que é EPS?

Se você respondeu "outro", por favor, explique com suas palavras o que é para você, "Educação Permanente em Saúde".
Considero um treinamento contínuo onde sempre estamos nos qualificando para melhoria da assistência.
Educação e atualização se fazem necessárias para um bom desempenho das atividades, é importante a troca de experiência para fazer sempre um bom serviço.
Acredito que serve para acolher e tratar de forma cotidiana.
É dar treinamento aos funcionários de cada setor, quer dizer: cada profissional que está naquele setor acolhendo os clientes, a empresa fornecendo os treinamentos e os funcionários fazendo o acolhimento correto aos clientes.
Serve para o profissional sempre estar se atualizando.
Na minha visão a educação permanente, é um aprendizado que visa melhorar o coletivo dos colaboradores, possibilitando o crescimento profissional, com base no cotidiano da unidade.
É cuidar, ouvir, respeitar, prestar assistência com qualidade e acima de tudo com amor responsabilidade.
(Não respondido).

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Mesmo com a média alta de repetição de alguns treinamentos, percebe-se na pesquisa documental que muitos treinamentos tinham baixa adesão dos colaboradores (ressaltando-se ainda que os eventos não são de participação obrigatória nas unidades pesquisadas), por isso, foi importante entender o motivo do

absenteísmo aos treinamentos. A questão que buscava entender a causa da baixa adesão aos programas mostrou como resultados que a totalidade dos motivos refere-se a problemas internos que podem ser tratados na gestão da unidade, como apresentado na tabela 06. Além disso, alguns destaques devem ser observados:

- Questiona-se a escolha da modalidade presencial em detrimento da modalidade EAD que pode ser realizada em momentos mais adequados- 57% (144) dos pesquisados alegou dificuldade em participar por falta de tempo, excesso de trabalho no momento das ações e horários inadequados.
- Apontada a escolha de métodos ou temas de aulas pouco significativos- 21% (53) dos pesquisados alegou dificuldades em participar por serem ações “teóricas ou cansativas”, “falta de incentivos” ou “escolha de temas pouco interessantes”.

Tabela 06: Dados entendimento baixa adesão

Na sua opinião, quais motivos dificultam a participação nas ações de EP?	Respostas	%
Falta de tempo	56	22%
Superlotação da unidade	48	19%
Horário Inadequado	40	16%
São muito teóricos ou cansativos	25	10%
Falta de Incentivo	22	9%
Outros	19	8%
Falha comunicação	18	7%
Vínculos Empregatícios	15	6%
Temas desinteressantes	6	2%
TOTAL	249	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Além disso, para os pesquisados que não identificaram a definição adequada à pergunta, foi proposto campo aberto para descrição do motivo da não participação, tendo como respostas:

Quadro 05: Respostas dos pesquisados – Dificultadores para adesão

Se você marcou "Outros" por favor descreva que motivos seriam esses.

Não vejo dificuldade e nem falta de tempo, porém acredito que muitos não comparecem por não perceberem importância, colocando a própria vida e de outras em risco.
O colaborador muitas vezes não dá à devida importância ao treinamento ofertado ou não participa se não for no dia do seu plantão (múltiplos fatores). Obs.: A Educação continuada deve estar atrelada a carga horária em escala e ser vista / passada para o colaborador com elemento importante para seu desenvolvimento pessoal / profissional, além disso, ser obrigatória a presença. Assim, torna-se efetiva e alcança o máximo de participantes possíveis, conforme temática.
Não participo por conta das escalas (tenho plantão em outra unidade).
Não foi feita apresentação da obrigatoriedade na assinatura do contrato.
Tem um mês e meio que ingressei nessa área.
Estou nova na recepção, por isso nunca participei.
No meu caso, tenho que dividir os treinamentos com o colega pois o setor não pode ficar só.
Realização dos treinamentos em um único dia e as pessoas de outros dias muitas vezes não podem ir.
Os assuntos precisam ser voltados para cada área.
É um conjunto que nos leva a não participar, falta tempo devido superlotação, e falta interação da parte administrativa com os colaboradores assistenciais.
Sou novo na empresa e ainda não recebi treinamento sobre Educação Permanente.
Sou residente em outro serviço, durante os turnos diurnos.

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Mesmo com fragilidade apontada para adesão aos programas, a pesquisa evidencia que 87% dos pesquisados entendem a relação que existe entre os programas propostos e a qualidade do serviço ofertado.

Tabela 07: Dados entendimento relação PEP com qualidade dos serviços

Na sua opinião, que influência a educação permanente tem para a qualidade do serviço oferecido?	Respostas	%
Influência direta	217	87%
Influencia pouco	5	2%
Não é totalmente relacionado, mas pode influenciar	26	10%
Nenhuma influência	1	0%
TOTAL	249	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Ademais, ao serem perguntados sobre as possíveis carências de temas ou assuntos, a maior parte dos pesquisados refere a necessidade de mais investimentos

em ações voltadas para o desenvolvimento das competências comportamentais. Os dados corroboram com o já evidenciado nos gráficos 01 e 05 quando evidenciado que 86% dos treinamentos realizados no campo 01 e 83% dos treinamentos realizados no campo 02 eram para trabalhar competências técnicas.

Importante destacar que estes resultados comprovam a argumentação de Madruga (2018) de que “as organizações investem mais de 90% da carga horária de treinamentos no desenvolvimento de competências técnicas, não priorizando as competências comportamentais” (MADRUGA. 2018. p.13) e isso é sentido pela força de trabalho quando 60% dos pesquisados reportam necessidade de alteração nesse quadro como visto na tabela 08.

Tabela 08: Dados entendimento necessidades de capacitação

Que tipos de treinamento você sente falta?	Resposta	%
Competências comportamentais ou socioafetivas (<i>Relacionamento Interpessoal, Comunicação, Trabalho em equipe, etc.</i>)	150	60%
Competências técnicas (<i>protocolos, condutas técnicas, eventos adversos, primeiros socorros, etc.</i>)	72	29%
Nenhum. Não vejo necessidade de novos treinamentos	13	5%
Outros	14	6%
TOTAL	249	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Por fim, um terceiro bloco do questionário buscou avaliar a opinião dos pesquisados sobre os programas e o entendimento sobre o impacto disso no exercício de sua função. Foi utilizada a Escala de Likert que mede as atitudes e o grau de conformidade do pesquisado com a pergunta, desta forma, foi possível analisar o grau de concordância ou discordância relativa às afirmações.

Sobre o impacto dos planos de EPS atuais, buscou-se avaliar o quanto os colaboradores pesquisados julgavam-se preparados para suas atividades. O objetivo desta pergunta era medir a associação feita pelos profissionais com relação a qualidade do trabalho x qualidade dos programas de capacitação. Essa avaliação foi feita através de duas perguntas sendo a primeira, voltada para o nível de conhecimentos (Que nota você dá para seus conhecimentos sobre as funções de seu setor?) e a segunda voltada a entender o nível de dificuldade para o exercício da função (De 0 a 10: qual a sua dificuldade em realizar as atribuições de seu cargo?).

O gráfico 15 mostra que 50% dos pesquisados (124) avaliou o PEP com nota maior ou igual a 8,0 o que demonstra nível de satisfação embora 31% dos pesquisados (77) tenha avaliado o programa com nota menor ou igual a 5,0.

Gráfico 15: Avaliação qualitativa do PEP



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Aproximadamente 82% (206) dos colaboradores pesquisados afirmam possuir elevado nível de conhecimento sobre suas funções (nota maior ou igual a 8,0). Esse dado pode sustentar a estratégia de repensar a repetição de treinamentos técnicos para o exercício das funções ou ainda, pode refletir o resultado de tais repetições. Apenas 0,06% (16) dos pesquisados manifestou nível de conhecimento menor ou igual a 5 o que pode estar atribuído a reflexão proposta por Silva L.A.A et al. (2016).

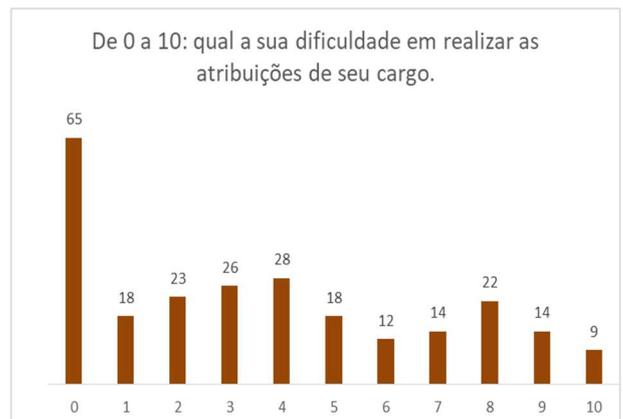
Gráfico 16:

Avaliação nível conhecimento individual.



Gráfico 17:

Avaliação nível dificuldade individual



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Com o mesmo entendimento apenas 18% (45) dos colaboradores pesquisados manifestaram algum nível de dificuldade para realizar as atribuições de seus cargos (nota maior ou igual a 8) e 71% (178) dos pesquisados afirmam não ter dificuldade para realizar as atribuições de seus cargos.

Silva L.A.A et al. (2016) defendem que pode haver resistência dos profissionais a participar das ações de EPS por se considerarem detentores dos conhecimentos suficientes, adquiridos durante a formação acadêmica. Essa concepção de domínio técnico (real ou não) pode justificar a pouca adesão do time aos programas de treinamento, ou justificar ainda a avaliação que os colaboradores fazem sobre a pouca necessidade de capacitação, como apresentado nos gráficos 16 e 17.

É conveniente lembrar ainda que a análise dos dados referente aos conteúdos treinados em ambas as unidades no ano de 2022, demonstrou predominância de treinamentos de conteúdos técnicos, prioritariamente voltados para a capacitação e atualização de protocolos assistenciais (Gráficos 03 e 07, e Apêndice 01 e 03) e, sendo assim, pode-se inferir que os mesmos não dialogam com possíveis necessidades já que a maioria dos pesquisados declara não ter dificuldade para realização de suas atividades e aproximadamente 93% (231) deles afirma que seus conhecimentos relativos à sua função estão acima da média.

Outra reflexão que esse dado conduz, é sobre a pertinência das temáticas trabalhadas, relacionado com a real necessidade. Isto porque, se os colaboradores afirmam não conhecer as necessidades de desenvolvimento que foram apontadas, qual teria sido o critério para escolha destas temáticas e do público-alvo?

Embora a pesquisa evidencie que os colaboradores se entendem competentes para suas atividades, quando questionados sobre as necessidades de capacitação ainda foram apontados treinamentos nas esferas técnica (45%), comportamental (34%) e híbrida (21%). Esse resultado pode demonstrar que é necessário trabalhar o entendimento do que seria educação permanente junto ao público pesquisado, fortalecendo o entendimento de que tais programas de desenvolvimento humano, devem focar nas soluções de problemas reais e não nos conteúdos conceituais, conhecidos e repetidos, ano após ano nos cronogramas de treinamento.

A pesquisa foi finalizada com questão aberta na qual os colaboradores foram convidados a indicar pelo menos três temas de treinamentos que poderiam ser trabalhados no PEP da unidade. Os dados foram analisados e agrupados após

tratamento, permitindo a identificação dos temas, utilizando como parâmetro a classificação de Madruga (2018) que indica essencialmente três categorias para a Gestão de competências, a saber:

- **Competência técnica:** Responsável pelo upgrade técnico e instrumental dos profissionais, voltadas prioritariamente para execução de trabalhos buscando a execução da tarefa com maestria.
- **Competência comportamental:** Responsável pelo aperfeiçoamento das relações pessoais e melhora nas interações do profissional com ele mesmo, com o trabalho e com o ambiente.
- **Competência híbrida:** Acumula tanto a natureza técnica, quanto a comportamental alargando os horizontes profissionais do indivíduo. As competências híbridas preparam o profissional para o exercício de sua função com capacidade de transformação e replicação.

A tabela 09 apresenta todas as temáticas sugeridas pelos pesquisados, no campo de competências técnicas, a tabela 10 apresenta as temáticas apontadas no campo das competências comportamentais enquanto a tabela 11, descreve as sugestões apontadas no campo das competências híbridas.

Tabela 09: Temáticas sugeridas - Competências técnicas

Treinamento Sugerido	Técnico	%
Suporte básico e avançado de vida e protocolos de emergência	40	13%
Primeiros Socorros/ Brigada de incêndio e utilização de EPI's	21	7%
Atendimento traumas/feridas/queimaduras e curativos	13	4%
Segurança farmacêutica (cuidados farmacêuticos, FC, mat&med)	10	3%
Segurança do paciente e eventos adversos	8	3%
Segurança do trabalho, uso de EPI's e NR 32	8	3%
Radiologia (Proteção, parâmetros de radiação, SADT, tecnologia)	7	2%
Monitorização e Ventilação Mecânica	6	2%
Leitura e Interpretação de ECG	4	1%
Acolhimento com classificação de risco/Protocolo de Manchester	3	1%
Biossegurança e boas práticas no ambiente de trabalho	3	1%
Higienização e uso adequado de saneantes	3	1%

Protocolos e procedimentos setoriais	3	1%
Manejo com RN e Manejo no parto	2	1%
Previdência Social	2	1%
Treinamento de TI (incluindo sistema SPDATA)	2	1%
Atendimento Pré-Hospitalar (APH)	1	0%
Atualização RDC	1	0%
Cursos profissionalizante	1	0%
Deficiência de vitamina A (DVA)	1	0%
Lavagem das mãos	1	0%
LGPD	1	0%
Logística da instituição	1	0%
Realização de vacinas	1	0%
Total Geral	143	45%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Com relação as competências técnicas, os oito primeiros temas citados (em destaque) representam aproximadamente 80% (113) das sugestões de tema para esta competência, embora seja relevante destacar que todos eles já foram aplicados conforme relação de treinamentos realizados e 2022 (Apêndice 01 e 03).

Tabela 10: Temáticas sugeridas - Competências comportamentais

Treinamento Sugerido	Comportamental	%
Relacionamento Interpessoal	25	8%
Trabalho em Equipe e entrosamento	23	7%
Empatia e Humanização	14	4%
Comunicação Interna	11	3%
Excelência Operacional e Organização	10	3%
Treinamentos comportamentais e motivacionais	8	3%
Auto Conhecimento, Inteligência e equilíbrio emocional	4	1%
Gestão de Conflitos	4	1%
Gestão do tempo e foco em resultados	3	1%
Flexibilidade e Adaptabilidade	2	1%
Igualdade e diversidade, segurança e ética	2	1%
Visão Sistêmica	2	1%
Total Geral	108	34%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Com relação aos temas de desenvolvimento comportamental, os seis primeiros temas citados (em destaque) representam aproximadamente 80% (91) das sugestões de tema para esta competência. Ressalta-se que dos temas mencionados, apenas as temáticas “comunicação” e “humanização” tenham sido trabalhadas no PEP de 2022 (Apêndice 01 e 03).

Tabela 11: Temáticas sugeridas - Competências híbridas

Treinamento Sugerido	Híbrido	%
Compliance, Governança e conduta ética	17	5%
Gestão de pessoas e Liderança	16	5%
Qualidade no atendimento	10	3%
Treinamento de integração	7	2%
Segurança psicológica e Saúde mental	5	2%
Gestão e Ferramentas de qualidade	4	1%
Gestão de custos	3	1%
Papel da enfermagem e SAE	3	1%
Business intelligence	1	0%
Lean Healthcare	1	0%
Planejamento estratégico	1	0%
Total Geral	68	21%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Com relação aos temas de competências híbridas, os cinco primeiros temas citados (em destaque) representam aproximadamente 80% (55) das sugestões de tema para este tipo de competência. Ressalta-se que dos temas mencionados, nenhum deles foi tratado no PEP de 2022 (Apêndice 01 e 03).

Uma possível justificativa para esses apontamentos pode ser o fato de serem treinamentos repetidos nos planos de educação permanente dos anos anteriores e terem sido citados em razão de estarem dentro do campo de memória dos pesquisados. Essas indicações podem ainda se justificar por serem parte do trabalho executado pelas áreas ou ainda, podem efetivamente dizer respeito a necessidades reais baseadas em problemas vividos.

Na oportunidade de sugerir temas para desenvolvimento dos planos de educação permanente, os colaboradores pesquisados apresentaram muitas demandas que envolvem a execução de suas atividades em diferentes níveis de

Uma reflexão relevante sobre os dados está na avaliação da metodologia de levantamento das necessidades de treinamento. Como já consolidado neste estudo, entende-se que a demanda de capacitação precisa ser definida a partir da necessidade dos colaboradores, dos problemas enfrentados para a prestação da assistência e da necessidade do usuário da rede. Sendo assim, é fundamental que os conteúdos a serem trabalhados considerem os espaços e a realidade vivida pela unidade e abordem temáticas nas diferentes esferas de formação de competências, habilidades e atitudes profissionais.

A pesquisa aplicada demonstra a necessidade de avançar para que o entendimento sobre O QUE É A EDUCAÇÃO PERMANENTE, seja aperfeiçoado nas unidades. Além disso, é importante repensar as esferas de construção permitindo que o programa seja de fato participativo e reflita a realidade do proposto sendo assim um programa de desenvolvimento **em** serviço (pedagogia em ato) e não **no** serviço.

Conciliando os pensamentos de Meister (1999) e Ceccim (2005) entende-se que a Educação Permanente será um processo evolutivo do desenvolvimento dos profissionais quando proporcionar a reflexão dele na busca contínua pela qualidade dos resultados e, por isso, são necessários desenvolvimentos nas diversas áreas, cada vez mais apropriadas a cada um destes conteúdos. O excesso de métodos conservadores, desde o levantamento (que não se mostra participativo), até a execução das ações, comprova o pressuposto inicial proposta para este estudo, de que são necessárias mudanças significativas no modal e entendimento da aplicabilidade da educação permanente nas unidades.

Os achados da pesquisa permitem a reflexão de que, embora sejam realizadas ações em atendimento à PNEPS, pode não haver integração entre as necessidades da unidade (e do contexto em que ela está inserida) e a execução as ações. Além disso, conclui-se que, por priorizar metodologias de ensino conservador, considerando o aprendiz um ator secundário do processo e não protagonista, os programas podem não atender ao proposto pelas Políticas Públicas estudadas.

6. A TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL

A Tecnologia de Gestão Social (TGS) representa uma abordagem que integra ferramentas tecnológicas com práticas de gestão para abordar questões sociais e promover o desenvolvimento sustentável. Essa convergência cria uma sinergia

poderosa entre o potencial da tecnologia e a necessidade de soluções eficazes para desafios sociais complexos. Para Dowbor, as tecnologias sociais são definidas como ferramentas poderosas que facilitam a apropriação efetiva e significativa pela sociedade (DOWBOR, 2014).

A Tecnologia de Gestão Social é por fim, o resultado efetivo desta pesquisa. Ao incorporar a TGS ao trabalho, busca-se potencializar a eficácia e a transparência das ações voltadas para o bem-estar social, contribuindo para um modelo de gestão mais inclusivo, responsivo e orientado para resultados concretos. Sua proposta está em integrar a criação do conhecimento e a área impactada pelo projeto de pesquisa com relevância e significado social e prático.

Com o objetivo de superar os desafios vivenciados para a efetivação dos programas de capacitação ligados ao PEP, este trabalho propõe diretrizes para implementar o Plano de Educação Permanente (tendo como ponto central a aprendizagem ativa e participativa), desde a escolha das competências a serem trabalhadas, até a escolha das metodologias de ensino-aprendizagem adequadas para cada tipo de ação. A Tecnologia de Gestão Social, configura-se como um *e-book*, em formato digital (PDF), que ficará disponível para os gestores de serviços de saúde e comissões de educação permanente, estruturado em 5 sessões e com proposta de instrumentos padronizados.

Sem ter a pretensão de ser prescritivo ou ainda de esgotar a temática em questão, este capítulo propõe a construção de material que pode ser utilizado no processo de implementação do modelo de educação permanente das unidades de saúde, com a intenção de impulsionar o uso do programa como forma de qualificar ainda mais o SUS. Além disso, o *e-book* é uma continuidade do estudo das metodologias ativas e participativas nos planos de desenvolvimento e educação corporativa dos profissionais de saúde, tornando os planos de educação permanente, parte ativa dos projetos de desenvolvimento humano das unidades de saúde.

O material, que recebeu o nome de “**A jornada da Educação Permanente nas UPAs**” baseia-se em pesquisa desenvolvida no estudo deste programa, que proporciona uma aproximação significativa da teoria estudada e da realidade vivida dentro das unidades de saúde. A seguir apresenta-se roteiro proposto para o documento:

6.1 A jornada da Educação Permanente nas UPAs

Propõe-se a formatação de e-book de orientação para implementação do Plano de Educação Permanente em uma unidade de Pronto Atendimento. Este guia destina-se a gestores das unidades e comissões internas de educação permanente, ou quaisquer profissionais ligados ao projeto de educação corporativa em tais unidades.

- **CAPÍTULO 1: Fundamentação Teórica-** Fundamentação teórica básica sobre as unidades de pronto atendimento (incluindo os níveis de assistência do SUS); sobre a educação permanente e sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem.
- **CAPÍTULO 2: Proposta de Metodologia-** Resumo sobre algumas metodologias ativas de aprendizagem. Embora existam inúmeras opções de metodologias ativas, foram selecionadas 10 estratégias metodológicas que, neste capítulo, são apresentados com resumo de aplicação e análise de recursos necessários.
- **CAPÍTULO 3: Estrutura do PEP-** Proposta de roteiro para implementação do Plano de Educação Permanente, incluindo instrumentos para levantamento de necessidades e sistematização do modelo.
- **CAPÍTULO 4: Avaliações-** Resumo sobre as possibilidades e modelos de instrumentos para avaliação de reação e eficácia das ações de desenvolvimento.
- **CAPÍTULO 5: Conclusões-** Conclusão sobre o material e conselhos para aplicação.

6.2 A aplicação do método

A fase de teste da metodologia é fundamental para observar aplicabilidade do método proposto na pesquisa. Trata-se de etapa implementada para validar a eficácia, robustez e aplicabilidade do método no contexto desejado, por isso, foi proposta aplicação do roteiro “Jornada da Educação Permanente” na UPA campo 2. Escolheu-se o campo 2 por ser uma unidade que trabalha modelo de acreditação de qualidade que dialoga com os princípios da PEPS e por essa razão, ter entre seus planos de melhoria, o aperfeiçoamento dos programas de desenvolvimento.

O teste foi conduzido conforme roteiro proposto para que esta pesquisadora pudesse verificar se o método desenvolvido realmente alcança os objetivos pretendidos e se produz resultados confiáveis e replicáveis. Embora entenda-se a necessidade de avançar na aplicação das diretrizes propostas em diferentes cenários, o que pode permitir a identificação de possíveis limitações ou áreas de melhoria do método, ressalta-se que como qualquer metodologia, esta deve ter aprimoramento e melhoria contínua.

Ao submeter a metodologia proposta a diferentes condições e situações experimentais, pode ser possível avaliar sua generalidade e adaptabilidade a diferentes contextos e isso deve ser considerado para avaliar efetividade do modelo. Esta pesquisa não tinha em seu esboço a avaliação da eficácia final do método em razão do tempo estimado de conclusão contudo, entende-se que sua aplicação inicial fornece base sólida para avanços significativos no conhecimento científico e na prática acadêmica e profissional.

6.2.1 Atividades preparatórias

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a Comissão de Educação Permanente da unidade, setor de recursos humanos e Alta Liderança. Neste encontro, esta pesquisadora apresentou os conceitos da política pública e o trabalho proposto pela 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES) liderado pelo conselho nacional de saúde (CNS). Esse momento serviu para consolidar o entendimento do problema a ser enfrentado e da proposta de solução.

Após consolidados conceitos e projeto de melhoria, agendou-se um encontro para construção coletiva do PEP com a participação de todas as lideranças (formais e informais) da unidade, representantes dos times, representante da gestão, representante da secretaria municipal de saúde e representante da sociedade (convite enviado para gerente municipal e para uma liderança comunitária do bairro). Concomitantemente, junto com o convite para o evento, foi enviada uma cópia não controlada do PEP, objetivando consolidar entendimento sobre o conteúdo proposto com todos os envolvidos. Os convites foram enviados por e-mail, grupo de WhatsApp e, em alguns casos, foi feito contato pessoalmente para incentivar a participação das diversas frentes do evento proposto. Para que também houvesse ainda mais adesão

e concentração ao proposto, foi organizada a realização do evento fora das instalações da unidade.

Figura 13: Convite enviado para oficina de construção coletiva do PEP



Fonte: Autora através de modelo CANVA (2024)

6.2.2 A oficina

O evento foi realizado no dia 29/02/2024 e contou com 28 presentes incluindo representantes dos times além de líderes. Para o desenvolvimento da ação foi utilizada a metodologia Giro Colaborativo e Mesa redonda em três momentos:

Momento 1: Foi realizada apresentação pela pesquisadora, com alinhamento sobre os níveis de atenção a saúde, a política de educação permanente e os princípios do desenvolvimento humano. Nesta fase, houve uma breve explicação conceitual sobre as pautas.

Momento 2: Passou-se a analisar o plano municipal de saúde de Salvador⁸ (2022 a 2025), sendo este um documento público. Neste momento, foi realizada uma mesa redonda onde foram discutidos os principais dados do relatório, concernente ao

⁸ Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador, documento que explicita os compromissos do governo municipal para o setor saúde, constitui-se no principal instrumento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde, e seu processo de construção foi organizado em diversas etapas, desde a definição da comissão responsável pela condução dos trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde e definição da metodologia, passando pela realização de oficinas de trabalho nos âmbitos central e distrital, até sua submissão à sociedade civil por meio de consulta pública. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/plano-municipal-de-saude-2022-2025/>.

distrito sanitário DS CABULA/BEIRU (do qual a unidade faz parte). Os dois primeiros momentos solidificaram o conhecimento e levaram uma reflexão sobre contexto social para estruturar o trabalho de construção proposto a seguir.

Momento 3: Dividiu-se o time em 4 grupos que, através da metodologia do “Giro Colaborativo” contribuíram com análise sobre os principais problemas vividos pela unidade nos eixos:

- Perfil epidemiológico e linha de cuidado;
- Cenário/Contexto da unidade (Fatores internos e fatores externos);
- Cuidado centrado no paciente e humanização;
- Qualidade e segurança dos pacientes;
- Resultado das comissões internas e dos indicadores monitorados.

Foram feitas rodadas de discussão que geraram ao final, identificação dos principais problemas enfrentados na unidade. Em seguida, passou-se ao momento de discussão das necessidades de desenvolvimento para enfrentar os cenários apontados.

Momento 4: Os grupos fizeram a apresentação coletiva dos dados e utilizando a metodologia do *brainstorming*, passou-se a levantar os temas de treinamentos necessários de forma multidisciplinar.

Figura 14: Registro momento 1



Figura 15: Registro momento 2



Fonte: Registros fotográficos do evento (2024)

Figura 16: Registro momento 3

Fonte: Registros fotográficos do evento (2024)

Momento 5: Ainda no dia do evento, lançamos todos os treinamentos propostos em uma “Matriz de priorização para educação permanente” proposta neste estudo. A matriz propõe uma avaliação de 05 eixos de análise, a saber:

Quadro 06- Critérios avaliativos da matriz de priorização

Item	Eixo	Considerar
1	Avaliar o impacto do problema:	<ul style="list-style-type: none"> • Afeta a continuidade do cuidado? • Afeta a continuidade do processo? • Afeta o cumprimento do contrato?
2	Qual a relação da necessidade com a demanda da unidade?	<ul style="list-style-type: none"> • Refere-se a uma obrigatoriedade legal ou contratual? • Aumenta Segurança Paciente/Colaborador • Melhora a qualidade da assistência?
3	Qual a urgência da solução?	<ul style="list-style-type: none"> • Afeta o custo da saúde? • Afeta a imagem institucional? • Demanda decorrentes da situação epidemiológica
4	Qual a necessidade para o desenvolvimento das pessoas, nas diversas competências necessárias:	<ul style="list-style-type: none"> • O desenvolvimento melhora o desempenho das pessoas?
5	Qual a viabilidade operacional da	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa complexidade para execução • Impacto multidisciplinar da ação

solução proposta para o desenvolvimento:
--

Fonte: Autora (2024)

O método propõe a avaliação em três níveis para cada questão, sendo possíveis como resposta:

- 5 = alto
- 3 = médio
- 1 = baixo
- 0 = Não se aplica a ação

Através deste método, é possível avaliar adequadamente as prioridades de capacitação e com isso, fazer melhores escolhas das ações planejadas para o ano.

Figura 17: Registros do encerramento da oficina



Fonte: Registros fotográficos do evento (2024)

6.2.3 Análise após oficina

Após finalização do evento, foi realizado novo encontro, desta vez com a Comissão de Educação Permanente e esta pesquisadora, onde os dados da matriz foram analisados para validação do plano anual final. Neste terceiro encontro da série, foi proposta uma reflexão sobre os melhores métodos a serem utilizados para cada ação e a escolha de metodologias prioritariamente ativas e participativas. Os

principais métodos escolhidos foram colocados no e-book “**A jornada da educação permanente na UPA**”, produzido e diagramado por esta pesquisadora. A escolha dos métodos foi feita através da discussão do grupo e, ficou definida realização de um treinamento de formação de multiplicadores, para que possam se preparar no sentido de aplicar eficientemente os métodos propostos. O produto foi o levantamento de necessidades de treinamento oficial da unidade para o ano de 2024 (Apêndice 06).

A figura 18 exemplifica a proposta desta Oficina, aplicada a partir de um piloto realizado na unidade de pronto atendimento.

Figura 18: Proposta de roteiro para construção coletiva do PEPS



Fonte: Autora (2024)

7. CONCLUSÃO

De modo geral, o estudo realizado sobre educação permanente nas UPA's e o uso das metodologias ativas proporciona uma visão abrangente e esclarecedora das práticas educacionais profissionais contemporâneas. Portanto, ao longo da pesquisa, foi possível confirmar os principais desafios e oportunidades inerentes à integração dos dois conceitos no contexto da educação profissional em serviço (característica da EPS) e principalmente, da aprendizagem ao longo da vida. A conclusão do estudo é a de que: o correto levantamento de necessidades e a aplicação de metodologias mais ativas e participativas nesta jornada são componentes-chave do sistema de ensino-aprendizagem nas organizações e relevantes para a saúde no mundo. Uma das conclusões mais significativas deste estudo é a necessidade urgente de uma abordagem mais flexível e adaptável ao processo educacional.

A educação permanente, ao reconhecer a necessidade de atualização constante das habilidades e conhecimento, leva a importância de uma mentalidade de aprendizado contínuo ao longo de vida. Ao mesmo tempo, as metodologias ativas colocam o aluno como protagonista de aprendizagem, destacando a necessidade de ativamente participar, colaborar e refletir criticamente. Integrando esses dois conceitos, os sistemas educacionais respondem mais plenamente às necessidades e demandas da sociedade do presente e do futuro.

O uso das metodologias ativas na educação permanente ocupa um papel fulcral no desenvolvimento de competências práticas, na formação dos profissionais para tomada de decisões e para o aperfeiçoamento de habilidades de trabalho em equipe. Na contramão dos modelos que consideram a educação em serviço, como é a educação continuada e a educação permanente, meros projetos obrigatórios de desenvolvimento, a instituição que investir em práticas pedagógicas mais participativas e que valorizam a experiência do aprendiz, incentivando sua autonomia e criatividade, pode oferecer uma experiência ainda mais interessante e eficiente de aprendizado e com isso, conquistar resultados ainda mais significativos com tais programas.

Ainda assim, é importante ressaltar que essa abordagem pode não ser fácil, especialmente em um ambiente em rápida mudança e evolução como é o cenário da saúde. Questões, como disponibilidade de recursos e infraestrutura, formação e expertise dos multiplicadores, oposição institucional e a falta de controle social, podem

ser um problema. Mais uma vez, isso ressalta a importância de políticas eficazes, investimentos substanciais e uma atmosfera educacional mais ampla que incentiva inovações e experimentações.

No que diz respeito à construção dos planos de educação permanente, os resultados desta pesquisa mostraram que havia um desalinhamento no processo de identificação de necessidades e na execução de ações que promovessem uma reflexão crítica sobre a atuação do indivíduo na unidade de saúde. Além de ser perceptível que o plano não contemplava todas as necessidades, destaca-se um afastamento das propostas e das necessidades de desenvolvimento profissional nas esperas comportamentais e afetivas. A pesquisa também evidenciou o uso predominante de metodologias de ensino conservadoras, na contramão das propostas ativas e participativas recomendadas pela política pública.

Ao propor um roteiro que analise as necessidades de competência de forma sistêmica e coletiva, esta pesquisa dá um passo no sentido de tornar a educação em serviço de fato significativa e relevante para a transformação da oferta destes serviços.

Em lugar de adotar abordagens conservadoras de ensino, as metodologias ativas podem incentivar a participação dos profissionais em seus programas de desenvolvimento, promovendo a capacidade de resolução de problemas e a aplicação prática do conhecimento teórico, o que, não só vai reforçar a retenção do conhecimento como, permitir que os profissionais treinados desenvolvam habilidades de pensamento crítico-reflexivo capaz de fazer com que todos estejam imbuídos em melhorar os serviços de saúde. Para além desses benefícios, a metodologia ativa vai reforçar a necessidade de colaboração entre os profissionais de saúde, destacando a interdisciplinaridade e a importância da visão sistêmica e da visão por processos na prestação de cuidados de saúde eficazes e centrados no paciente.

Cabe salientar ainda que o excesso de conteúdos técnicos assistenciais reitera o modelo de cuidado curativo e biomédico afastando-se das propostas de cuidado centrado na pessoa. Sendo assim, acredita-se que os resultados obtidos neste trabalho podem estimular o desenvolvimento de novos modelos de educação permanente, e o uso de metodologias de ensino - aprendizagem nas diferentes competências, tornando os profissionais das unidades de saúde, mais crítico-reflexivos e preparados para os diversos desafios desta atuação.

Por último, propõem-se a realização de estudos futuros para validação dos instrumentos e aprofundamento em outras questões levantadas nesta pesquisa como por exemplo, a diferenciação e necessidade de melhoria de entendimento da gestão por competências. Ainda assim, em um nível assertivo, este trabalho sublinha a necessidade de abordar a educação permanente de uma maneira integradora e inovadora. A Educação Permanente e as metodologias ativas não devem ser tratadas como disciplinas autônomas, mas como elementos interdependentes de um único e complexo universo da educação que é reestruturado para se adequar ao desenvolvimento dos indivíduos e gerar melhores resultados. Portanto, ao utilizar metodologias ativas, a educação permanente será mais eficaz e assertiva na preparação de indivíduos para enfrentar os desafios complexos e dinâmicos do ambiente de saúde contemporâneo.

8. REFERÊNCIAS

Almeida, M. J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n.14 p.41-47, 1997.

Anderson, L. W. et. al. A taxonomy for learning, teaching and assessing: a revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Nova York: Addison Wesley Longman, p.336. 2001

Ausubel, D.P. **Aquisição e retenção de conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2001.

Bacich, Lilian; Moran, José. **Metodologias ativas para uma educação inovadora**: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso, 2018

Bastos, C.C. **Metodologias ativas**. 2006. Disponível em <https://educacaoemmedicina.blogspot.com/2006/02/metodologias-ativas.html>. Acesso em 09/01/2024.

Barbosa, G.C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S.A.M; MORENO, V. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde**: revisão integrativa. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil. Rev. bras. enferm ; 66(1): 123-127, jan.-fev. 2013.

Batista, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS**: significado e cuidado. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 884-899, 2011.

Bassalobre, Janete. Ética, Responsabilidade Social e Formação de Educadores. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v. 29, n. 01, p. 311-317, mar. 2013.

Becker, Fernando. **Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos**. Educação e construção do conhecimento. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Becker, Fernando. **Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos**. Paixão de Aprender. Porto Alegre, n. 5, out. 1993.

Behar, Patrícia Alejandra. **Modelos pedagógicos em educação a distância**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Bloom, B., Engelhart, M., Furst, E., Hill, W., & Krathwohl, D. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. In Book 1, Cognitive domain (pp. 1–207). David McKay Company.

Bisol, C. A. & VALENTINI, C. B. **Da uniformidade às diferenças**. Projeto Incluir – UCS/FAPERGS, 2011. Disponível em: <<https://proincluir.org/ensino/singularidades/10-1-2024>. Acesso em 10/01/2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília. 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. Brasil. Seção 1, p. 27.

BRASIL. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

BRASIL. **Decreto nº 5.154**, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2004

BRASIL. **Portaria nº 1996/GM**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília. 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília. 2009.

BRASIL. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde**: Orientações, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF: Humaniza SUS. Ministério da Saúde. Brasília. 2013.

BRASIL. **PNASS**: programa nacional de avaliação de serviços de saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2015.

Buss, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

Casate, JC; CORRÊA. AK. **Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar**: subsídios para refletir sobre humanização em saúde. Ver Esc. Enferm USP 2006.

Cavalcanti, Fol; Guizardi, FL. **Educação Continuada ou permanente em saúde?** Análise da produção pan-americana da saúde. Trab.Educ. Saúde, 16(1):99-122. 2018.

Ceccin, Ricardo; FEUERWERKER, Laura C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

Ceccin, Ricardo. **O quadrilátero da formação para a área da saúde**: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

Ceccin, Ricardo. **Educação Permanente em saúde: desafios ambiciosos e necessário**. *Comunicação, saúde, educação*. 2005; 9(16): 161-177. set.2004/fev.2005.

Ceccin, Ricardo. **Educação permanente em saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*; 10(4): 975-986, out.-dez. 2005.

Ceccin, Ricardo. **Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde**: desafios para a educação. In: *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, p.161-181, 2005.

Camargo, F; DAROS, T. **A sala de aula inovadora**: estratégias pedagógicas para fomentar o aprendizado ativo. Porto Alegre: Penso, 2018.

Campos, Maria C. G. e SANGER, Maria H. **O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência**. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP, Brasil.2013.

Campos, F.E; FERREIRA, JR; FEUERWERKER, L et al. **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-9, maio/ago. 2001.

Cortella, Mario Sergio. **A escola e o conhecimento**: Fundamentos epistemológicos e políticos. 15ª edição. Editora Cortez. Rio de Janeiro. 2017.

Costa, Felipe dos Santos; SILVA, Jorge Luiz Lima da; DINIZ, Márcia Isabel Gentil. **A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.2. p.30-33, 2008.

Dowbor, Ladislau. **Tecnologia social**. In: BOULLOSA, Rosana de Freitas (org.). *Dicionário para a formação em Gestão Social*. Salvador: CIAGS/UFBA, 2014. p.169-171.

Farai, D.S.A.; ASSIS, S.M. **O Proeja Integrado à Educação Profissional**: Desafios, Possibilidades e Práticas Docentes. *Revista Holos*. Ano 30, v. 02, p.123 a 133, 2014. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1968/809>. Acesso em: 01/03/2023.

Fernandes MA, et al. **Metodologias ativas como ferramenta de treinamento em saúde mental**. *Revista de Enfermagem da UFPE*. 2018; 12: 1981-8963.

Fernandes, J.D; et al. **Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**. Rev. Bras. Enfermagem. 2005.

Ferreira, Laura Ribeiro; ARTMANN, Elizabeth. **Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. Anais. João Pessoa: ABRASCO, 2019.

Ferreira MJM, et al. **Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação**. Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e170920 <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>

Figueiredo, Eluana Borges Leitão de; GOUVEA, Mônica Vilella e SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. **Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora**. Rev. Bras. Educ. Med. vol.40, n.3, pp.324-331. 2016.

Filho, Amâncio A. **Dilemas e desafios da formação profissional em saúde**. Interface, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004.

Fini, M. I. **Inovações no Ensino Superior. Metodologias Inovadoras de Aprendizagem e suas Relações com o Mundo do Trabalho: Desafios para a Transformação de uma Cultura**. Administração: Ensino e Pesquisa, v. 19, n. 1, p. 176-183, 2018.

Franco, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2005.

Franco, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.23, p.427-38. 2007.

Freire, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

Freire, Paulo. Carta de Paulo Freire aos professores. Estudos avançados, v.15, nº42, p.259-268, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/QvgY7SD7XHW9gbW54RKWHcL/?format=pdf&lang=pt>, Acesso em 10/04/2023.

Gil, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Haddad, F. **Os manifestos**. In: MANIFESTOS dos pioneiros da Educação Nova (1932) e dos educadores (1959). Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010.

Hermida, P. M. V., BARBOSA, S. S., & HEIDEMANN, I. T. S. B. **Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na atenção básica**. Revista De Enfermagem Da UFSM, 5(4), 683–691.2015.

Jesus, Maria Cristina P; FIGUEIREDO, Mariangela A. G.; SANTOS, Sueli Maria dos Reis; et al. **Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário**. Rev.Esc.Enferm. USP; 45(5). P 1229-36. SP. 2011.

Knowles, Malcom S. ; HOLTON, Elwood F. e SWANSO, Richard A. **Aprendizagem de resultados**: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. Tradução de Sabine Alexandra Holler. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/gZQfMxabcFVDzXmkfsh89YsH/>. Acesso em 10/01/2024.

Konder, Mariana Teixeira. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. 2013.

Krakauer, P. V.; SANTOS, S. A. dos; ALMEIDA, M. I. R. de. **Teoria da aprendizagem experiencial no ensino de empreendedorismo**: um estudo exploratório. Revista de Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas, v. 6, n. 1, p. 101-127, 2017.

Lee, Fred. **Se a Disney Administrasse Seu Hospital**: 9 ½ Coisas que Você Mudaria. Tradução Teresa Cristina Felix de Sousa. Porto Alegre: Bookman, 2009.

Lefevre, F. **Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul – RS: EDUCS, 2003.

Lemos, A.S.P; DUTRA,E.B; REZENDE, M.J. **Tecnologias digitais para a educação permanente em saúde**: uma revisão de escopo de experiências nacionais. In: GUIZARDI, Francini Lube; DUTRA Evelyn de Britto; PASSOS, Maria Fabiana Damásio (Org.). Em mar aberto: perspectivas e desafios para o uso de tecnologias digitais na Educação Permanente em Saúde. V.02. Porto Alegre. Rede Unidade.2021.

Lima, S. M. L., eds. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295.

Lima, Valéria Vernaschi. **Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem**. Interface (Botucatu).2017

Madruga, Roberto. Treinamento e desenvolvimento com foco em educação corporativa. Editora Saraiva, 2018.

Malhotra, N. K; GROVER, V. **An assessment of survey research in POM**: from constructs to theory. Journal of Operations Management, v. 16, n. 17, p. 407-425, 1998.

Mancia, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. **Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, v. 57, n. 5, p.605-610, set.-out., 2004.

Merhy, Emerson Elias. **O desafio que a educação permanente tem em si**: a pedagogia da implicação. Interface (Botucatu) [serial na Internet]. 2005 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/ZyHhFfVKJwkykf8vBm8zTXv/?lang=pt>. Acesso em 22/05/2023.

Marras, Jean Pierre. **Administração de Recursos Humanos: Do operacional ao estratégico**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

Meister, Jeanne C. **Educação Corporativa: Gestão do Capital Intelectual através das universidades Corporativas**. São Paulo: Makron Books, 1999.

Minayo, M.C.de S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Minayo, M.C.de S. Deslandes, S. F., & Gomes, R. . **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada.2011

Mitre, SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007.

Motta, José I. J.; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia C. M. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. Revista Olho Mágico, Londrina, v. 8, n. 3, 2001.

Moran, José; MASETTO, Marcos T.;BEHRENS, Marilda Aparecida. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 21. ed. Campinas, SP: Papirus, 2013.

Moran, J. M. **Mudando a educação com metodologias ativas**. 2013. . In: [Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II. Disponível em: <http://http://www2.eca.usp.br/moran/?p=543>. Acesso em: 01/03/2023.

Moran, J. M. **Educação Híbrida: um conceito-chave para a educação, hoje**. In: BACICH, L.; TANZI NETO, A.; TREVISANI, F. de M. (org.). Ensino Híbrido: personalização e tecnologia na educação. Porto Alegre: Penso, 2015.

Moran, J. M. **Metodologias ativas e modelos híbridos na educação**. In: YAEGASHI, Solange e outros (Orgs). Novas Tecnologias Digitais: Reflexões sobre mediação, aprendizagem e desenvolvimento. Curitiba: CRV, 2017, p.23-35

Moran, José; **Metodologias ativas para uma aprendizagem profunda**. In: BACICH, Lilian; MORAN, José (Orgs). Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso, 2018

Moran, José. **Metodologias ativas de bolso: como os alunos podem aprender de forma ativa, simplificada e profunda**. São Paulo: Editora do Brasil, 2019.

Oliveira, A. C.; ARAÚJO, S. M. **Métodos Ativos de Aprendizagem: uma breve introdução**. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280091153_Metodos_Ativos_de_Aprendizagem_uma_breve_introducao. Acesso em 10/01/2024.

Pacheco, Priscila. **Educação permanente**: contribuições das metodologias ativas em ambiente virtual de aprendizagem na formação dos profissionais da saúde / Priscila Vieira Pacheco. – São Paulo, 2017.

Paim, Jairnilson S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

Paschoal, A.S; MANTOCANI, M.F;MÉIER, M.J. **Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino**. Rev.esc.enferm. USP vol.41 nº3. São Paulo. Set.2007

Pinto, Isabela Cardoso Matos; Esperidião, Monique Azevedo. **Política nacional de educação permanente em saúde**: monitoramento e avaliação. - Salvador : EDUFBA, 2022. 208 p. : il.

Prado, ML, et al. **Arco de Charles Maguerez**: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Escola Ana Nery. 2012; 16(1): 172-177.

Rasquilha, L. e VERAS, M. **Educação 4.0**: o mundo, a escola e o aluno na década 2020-2030. São Paulo: Unitã, 2019.

Ribeiro MILC, PEDRÃO LJ. **Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem**. Rev. Bras Enferm 2005. maio-jun; 58(3):311-5.

Rocon, P. C.; BARROS, M. E. B. de., RODRIGUES, A. **A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans**. Ciência & Saúde Coletiva, Pro-Posições. Campinas, SP. 2022.

Sabbatini, RME; CARDOSO, SH: Capítulo 24: **O Setor de Saúde e a EAD**. In: Litto, FM & Formiga, M org.): Educação a Distância: O Estado da Arte. São Paulo: Editora Pearson e Associação Brasileira de Educação a Distância, pp198-208.2020.

Sarreta, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

Schramm; Selena Maria Oliveira. **Humanização do cuidado da Mulher Idosa Hospitalizada**. Dissertação (Educação em Saúde) Programa de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, Fundação Edson Queiroz Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2006.

Silva, José P. V.; TAVARES, Claudia M. M. **Integralidade**: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

Silva, L. A. A. da, Pinno, C., Schmidt, S. M. S., Noal, H. C., Gomes, I. E. M., & Signor, E. **A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem**. Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro. 2016

Silva, L. C.; CALDAS, C. P.; FASSARELLA, C. S.; SOUZA, P. S. **Efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario**: revisión sistemática. Aquichan, 2021.

Souza, M. C. S. de. (2019). **A hibridização como caminho para a inovação do ensino-aprendizagem**. Em Rede - Revista De Educação a Distância, 6(2), 172–183. <https://doi.org/10.53628/emrede.v6i2.464>

Souza, JUNIOR, J. **Omnilateralidade**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz: RJ, 2009.

Teixeira, Anísio. **Educação não é privilégio**. 4. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1997.

Vicent, Simone Paes. **Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica**. Rev. Bras. Cancerol.v.53, nº1, 2007.

Zabala, Antoni. **A prática educativa: como ensinar**, Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1998.

9. APÊNDICES

9.1 APÊNDICE 1- Relação dos treinamentos realizados/C1- 2022

EDUCAÇÃO PERMANENTE 2022- UPA SÃO CRISTÓVÃO							
TEMA	COMPETÊNCIA	ÁREA	PÚBLICO	TIPO	ORGANIZACIONAIS	METODOLÓGICOS	
1	Integração novos funcionários	Híbrida	administrativo	Novos contratados (todas as áreas)	Admissional	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
2	Treinamento sobre o protocolo de IAM	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
3	Treinamento sobre o protocolo de SEPSE	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
4	Medidas e prevenção de IRAS	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
5	Treinamento sobre PGRSS	técnica	assistencial	Todos	Sensibilização	Presencial/ Nas áreas	Rodas de Conversa
6	Norma regulamentadora 06, 32, ergonomia e acidente de trabalho	técnica	sst	Todos	Sensibilização	Presencial/ Nas áreas	Rodas de Conversa
7	Tipo de limpeza Hospitalar	técnica	apoio	ASG's	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
8	Estratégias de atendimento equipe de Nutrição (Copeiro)	técnica	assistencial	Nutrição e Copa	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva

9	Segurança dos Pacientes/ Cuidado Seguro/ Protocolos Internacionais de Segurança	técnica	assistencial	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Rodas de Conversa
10	Protocolo de Regulação interna e externa- NIR/	técnica	administrativo	NIR	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
11	Fluxo de rouparia	técnica	apoio	Rouparia	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
12	Fluxo de Abastecimento e dispensação da Farmácia Central e Farmácia Satélite/portaria 344	técnica	assistencial	Farmácia	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
13	Importância dos registros dos eventos adversos	técnica	assistencial	Todos	Sensibilização	Presencial/ Nas áreas	Rodas de Conversa
14	Cuidados de Enfermagem com pacientes em uso de sonda vesical de demora	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
15	Treinamento BLS e ACLS	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
16	Treinamentos do serviço de nutrição e dietética	técnica	assistencial	Nutrição e Copa	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
17	Serviço Social/Acolhimento dos pacientes	técnica	humanização	Serviço Social	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
18	Higienização hospitalar	técnica	apoio	ASG	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva

19	Manuseio de equipamentos e materiais críticos	técnica	apoio	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e assistência	Aula expositiva
20	Parecer 018/2016 COREN-BA e parecer 2077/2024 CFM (Classificação de risco)	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
21	Preenchimento da ficha do SINAN	técnica	administrativo	Epidemiologia	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
22	Projeto 5S	Híbrida	gestão	Lideranças	PDG	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
23	Evento em homenagem às mulheres	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento
24	Palestra Doação de córneas:	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Palestras e ações de engajamento
25	Cuidados de Enfermagem na terapia nutricional enteral	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
26	Simulado de evacuação	técnica	apoio	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e simulado prático na unidade	Simulado
27	Capacitação para gestores_ projeto lean	Híbrida	gestão	Lideranças	PDG	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
28	Capacitação para gestores_ planejamento estratégico	técnica	gestão	Lideranças	PDG	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
29	Importância e metodologia para uso do nome social	técnica	humanização	Serviço Social	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e simulado prático na unidade	Aula expositiva
30	Treinamento Protocolo de BAVT	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva

					protocolos, POP's e condutas		
31	Base normativa da vigilância do óbito materno e notificação (Portaria 1.19/116).	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
32	Treinamento central de material esterilizado	técnica	assistencial	Enfermeiros/CME	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e simulado prático na unidade	Aula expositiva
33	Capacitação sobre bioética	técnica	assistencial	Radiologia	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e simulado prático na unidade	Aula expositiva
34	Ouvidoria e fluxo e rotinas dos condutores de ambulância.	técnica	administrativo	Ouvidoria e Motoristas	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e simulado prático na unidade	Aula expositiva
35	Gestão de Documentos/Norma Zero	técnica	gestão	Lideranças	PDG	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
36	Utilização de novos produtos de desinfecção	técnica	apoio	ASG's	Novas implementações	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
37	Fluxograma de atendimento, notificação e investigação laboratorial da varíola dos macacos	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e simulado prático na unidade	Aula expositiva
38	Projeto Lean/fast track	Híbrida	gestão	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
39	Treinamento metodologia Huddle	técnica	gestão	Lideranças	Novas implementações	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
40	NR1	técnica	sst	Todos	Sensibilização	Presencial/ Sala de Treinamentos	Palestras e ações de engajamento
41	Implantação de bundle: Capacitação sobre protocolos de passagem de sonda vesical de	técnica	assistencial	Enfermeiros	Novas implementações	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva

	foley e inserção de cateter venoso central.						
42	Treinamento para agentes de portaria	técnica	administrativo	Porteiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
43	Protocolo de AVC	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
44	Termos de Consentimento/TCLE e Prontuário Médico	técnica	assistencial	Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Rodas de Conversa
45	Atendimento SAMU	técnica	assistencial	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
46	Humanização na Assistência	Comportamental	humanização	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
47	Capacitação em saúde mental	técnica	humanização	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
48	Manuseio e reposição de carrinhos de emergência	técnica	assistencial	Enfermeiros e farmacêuticos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
49	Setembro Amarelo/ Combate ao Suicídio	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento
50	Roda de conversa sobre saúde da população negra	técnica	humanização	Todos	Sensibilização	Presencial/ Nas áreas	Rodas de Conversa
51	Outubro Rosa	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento
52	LGPD	técnica	gestão	Todos	Novas implementações	Online/Google Meeting (matriz)	Aula expositiva

53	Prevenção COVID-19	técnica	assistencial	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
54	LGPD	técnica	gestão	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Aula expositiva
55	LGPD	técnica	gestão	Todos	Sensibilização	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
56	Tratamento de Não conformidades e Ferramentas da Qualidade	técnica	gestão	Lideranças	PDG	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
57	Treinamento sobre tipos de intoxicação	técnica	assistencial	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos	Aula expositiva
58	SIPAT	técnica	sst	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento

16	Treinamentos do serviço de nutrição e dietética		x			x		x				x	x	5
17	Serviço Social/Acolhimento dos pacientes		x									x		2
18	Higienização hospitalar			x	x	x		x		x	x	x		7
19	Manuseio de equipamentos e materiais críticos		x		x				x	x		x		5
20	Parecer 018/2016 COREN-BA e parecer 2077/2024 CFM (Classificação de risco)		x	x										2
21	Preenchimento da ficha do SINAN		x		x									2
22	Projeto 5S			x										1
23	Evento em homenagem às mulheres			x										1
24	Palestra Doação de córneas:			x										1
25	Cuidados de Enfermagem na terapia nutricional enteral			x										1
26	Simulado de evacuação				x									1
27	Capacitação para gestores_ projeto lean				x	x	x							3
28	Capacitação para gestores planejamento estratégico				x	x								2
29	Importância e metodologia para uso do nome social				x									1
30	Treinamento BAVT				x									1
31	Base normativa da vigilância do óbito materno e notificação (Portaria 1.19/116).				x									1
32	Treinamento central de material esterilizado					x	x							2
33	Capacitação sobre bioética					x								1
34	Ouvidoria e fluxo e rotinas dos condutores de ambulância.					x								1
35	Gestão de Documentos/Norma Zero						x							1
36	Utilização de novos produtos de desinfecção						x	x						2

9.3 APÊNDICE 3- Relação dos treinamentos realizados/C2- 2022

EDUCAÇÃO PERMANENTE 2022- UPA PIRAJÁ							
TEMA	COMPETÊNCIA	ÁREA	PÚBLICO	TIPO	ORGANIZACIONAIS	METODOLÓGICOS	
1	Integração novos funcionários	híbrida	administrativo	Novos contratados (todas áreas)	Admissional	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
2	Prevenção COVID-19	técnica	assistencial	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
3	Treinamento do Protocolo de Tórax	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
4	Cuidados com a cadeia medicamentosa	técnica	assistencial	Farmacêuticos, Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
5	Uso do Qualis para a Gestão da Qualidade	técnica	gestão	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Simulado
6	Importância dos registros dos eventos adversos	técnica	assistencial	Todos	Sensibilização	Presencial/ Sala de Treinamentos e nas áreas	Rodas de Conversa
7	Comunicação e Coletividade	Comportamental	humanização	Todos	Sensibilização	Presencial/ Sala de Treinamentos e nas áreas	Rodas de Conversa
8	Manejo de Paciente com Influenza	técnica	assistencial	Todos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
9	Treinamento sobre o protocolo de IAM	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva

					protocolos, POP's e condutas		
10	Treinamento sobre o protocolo de SEPSE	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
11	Manuseio de equipamentos e materiais críticos	técnica	apoio	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/ Sala de Treinamentos e nas áreas	Aula expositiva
12	Higienização hospitalar	técnica	apoio	ASG's	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
13	Controles de Qualidade	técnica	gestão	Todos	Novas implementações	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
14	Palestra Doação de córneas	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Palestras e ações de engajamento
15	Treinamento Protocolo de BAVT	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
16	Cuidado com curativos	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
17	Cuidados com pacientes críticos	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
18	Padronização e troca de dispositivos	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização e capacitação de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
19	Síndrome de Bournout	técnica	sst	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento

20	Higiene das Mãos	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
21	O que é imperícia, imprudência e negligência	híbrida	assistencial	Enfermeiros	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
22	Cuidados com a punção venosa	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
23	Gestão de Estoque	técnica	gestão	Lideranças	PDG	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
24	Resolução 545/2014 (uso obrigatório de carimbo em prontuário)	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
25	Fluxograma de atendimento, notificação e investigação laboratorial da varíola dos macacos	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
26	Medidas e prevenção de IRAS	técnica	assistencial	Enfermeiros e Médicos	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
27	Treinamento sobre PGRSS	técnica	assistencial	Todos	Sensibilização	Presencial/ Sala de Treinamentos e nas áreas	Rodas de Conversa
28	Dispensação, uso e segregação de EPI's	técnica	sst	Todos	Sensibilização	Presencial/Sala de Treinamentos	Palestras e ações de engajamento
29	Humanização na Saúde	técnica	humanização	Todos	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
30	Entendendo o esquema vacinal- Antirrábica e Antitetânica	técnica	sst	Todos	Atualização de protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva

					protocolos, POP's e condutas		
31	Fluxo PROAR	técnica	assistencial	Todos	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
32	Setembro Amarelo/ Combate ao Suicídio	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento
33	Segurança dos Pacientes/ Cuidado Seguro/ Protocolos Internacionais de Segurança	técnica	assistencial	Todos	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Rodas de Conversa
34	Orientações e preparo de exames	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
35	Protocolos ITU, PAV e IPCS	técnica	assistencial	Enfermeiros	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
36	Manuseio e reposição de carrinhos de emergência	técnica	assistencial	Enfermeiros e farmacêuticos	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
37	Orientações para Comissão de óbito	técnica	assistencial	Comissão de óbitos	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
38	Outubro Rosa	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento
39	Novembro Azul	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento
40	Higienização hospitalar	técnica	apoio	ASG's	Atualização capacitação protocolos, POP's e condutas	Presencial/Sala de Treinamentos	Aula expositiva
41	Dezembro Vermelho	motivacional	humanização	Todos	Sensibilização	Ações em vários ambientes	Palestras e ações de engajamento

9.5 APÊNDICE 5- Questionário de Pesquisa sobre Educação Permanente

Pesquisa Educação Permanente Unidades

Pesquisa feita para o projeto apresentado ao Curso de Mestrado Interdisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social do Programa de Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social, sob orientação do Prof. Dr. Guilherme Marback Neto.

Esse trabalho tem como objetivo principal propor atualização do Plano de Educação Permanente em Saúde (EPS), incentivando o pensamento crítico-reflexivo do profissional de saúde e o protagonismo desse profissional em seu processo de aprendizado.

O questionário tem como finalidade entender o cenário da Educação Permanente na unidade e será utilizada em trabalho acadêmico para análise de entendimento sobre o tema.

Ressaltamos que a mesma é aplicável para todos os envolvidos na prestação de serviços, inclusive médicos parceiros.

Gratidão

Renata Damasceno



Unidade

UPA Pirajá

UPA Parque São Cristóvão

Não Identificada

Área de Atuação

Diretoria/Gestão/Qualidade

Gestão de Pessoas/SESMT

Recepção e Portaria

Emergência (Triagem, Sala Verde, Sala Amarela, Sala Vermelha, Medicação e Curativos)

Odontologia

Consultórios (Médicos)

SADT

Multidisciplinar (Serviço Social, Farmácia, Nutrição)

Apoio Operacional (Rouparia, Higienização e Resíduos)

Apoio Assistencial (NEPA, SCIH, CME)

Apoio Administrativo (Faturamento/TI/Almoxarifado/Manutenção, etc.)

Outros

Gênero

Feminino

Masculino

Idade

Até 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

Acima de 50 anos

Nível de Formação/Escolaridade

Não tenho Ensino Superior

Técnico ou Tecnólogo

Graduação completa

Especialização em andamento (Pós ou MBA)

Especialização completa (Pós ou MBA)

Mestrado em andamento

Mestrado completo

Outro

Tempo de Formado (Ensino Superior)

Não se Aplica (Sem ensino superior)

Ensino Superior em andamento

Até 1 ano

De 1 ano a 3 anos

De 4 anos a 6 anos

De 6 anos a 9 anos

Acima de 9 anos

Para você, para que serve a Educação Permanente em Saúde?

(Por favor não pesquise, responda o que efetivamente você acha sobre o tema)

Treinamentos continuados

Uma continuação da formação superior realizada (em especial assistencial)

Treinamentos obrigatórios

Um plano para aperfeiçoar a oferta de serviços aos usuários do SUS, através da capacitação das pessoas

Outro

Se você respondeu "outro", por favor, explique com suas palavras o que é para você Educação Permanente em Saúde

Campo Aberto

Você participou da construção do Plano de Educação Permanente da Unidade?

Sim

Não

O último treinamento/ação de EP que você participou foi a:

Menos de 1 mês

3 a 6 meses

6 a 12 meses

Mais de 12 meses

Nunca participei

Na sua opinião, quais motivos dificultam a participação nas ações de EP?

Falta de tempo

Vínculos Empregatícios

Horário Inadequado

Falta de Incentivo

São muito teóricos ou cansativos

Não fica sabendo dos anúncios

Superlotação da unidade

Temas pouco interessantes

Outros

Se você marcou "Outros" por favor descreva que motivos seriam esses.

Campo Aberto

Na sua opinião, que influência a educação permanente tem para a qualidade do serviço oferecido?

Influência direta

Não é totalmente relacionado, mas pode influenciar

Influencia pouco

Nenhuma influência

Que tipos de treinamento você sente falta?

Competências técnicas

Competências comportamentais ou sócio afetivas

Nenhum. Não vejo necessidade de novos treinamentos

Que nota (de 0 a 10) você dá para a capacitação que a empresa oferece aos seus colaboradores?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De 0 a 10: Que nota você dá para seus conhecimentos sobre as funções de seu setor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De 0 a 10: Qual a sua dificuldade em realizar as atribuições de seu cargo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indique até três temas para treinamentos e/ou cursos que você gostaria de participar.

Campo Aberto

Termo de Consentimento

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada: "Educação Permanente nas UPA's". Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Renata Damasceno através do e-mail: renatafja@hotmail.com

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer tempo e aspecto que desejar, através do meio citado acima. Você é livre para recusar-se a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento; sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

A pesquisa irá tratar os seus dados de maneira agregada e em sigilo, e todos os dados coletados servirão apenas para fins de pesquisa. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Por favor, para participar da pesquisa clique no item a seguir.

Declaro que Li e concordo em participar da pesquisa e autorizo o tratamento dessas informações para pesquisa acadêmica ou profissional.

() **SIM**

9.6 APÊNDICE 6- Modelo de Programa de Desenvolvimento para 2024

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO 2024											
Nota na matriz	Tipo treinamento	Tema	Mês	Objetivos	Instrutor	CH	Setores envolvidos	Local do treinamento	Recursos necessários	Metodologia do treinamento	Avaliação de eficácia
605	Técnica	BDV e transporte seguro	Jan	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	1h	Condutores e Serviço de apoio	Sala de reuniões	Impressos	Estudo de Caso	Formulário de Avaliação
563	Híbrida	Gestão de tempo	Jan	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor e ferramentas assessment	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
532	Comportamental	Cuidado com a Saúde emocional	Jan	Epidemiológicos/ Linha de cuidado	Convidado externo	2h	Todos	In Loco	Projektor, som e material impresso	Giro Colaborativo	Indicadores de desempenho
525	Comportamental	Gestão de conflitos e estratégias de negociação	Jan	Desenvolvimento	RH	4h	Todos	In Loco	Projektor, som e material impresso	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
456	Técnica	Aperfeiçoamento da RDC 15/2012	Jan	Obrigatórios	CME	2h	CME	In loco	Treinamento In loco	Sala de aula invertida	Indicadores de desempenho
550	Técnica	Resolução 514/2016- Registros em prontuário	Fev	Aperfeiçoamento	Convidado externo	2h	Enfermeiros e técnicos de enfer.	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Estudo de caso	Indicadores de desempenho
550	Híbrida	Entendendo a SAE	Fev	Aperfeiçoamento	Convidado externo	2h	Enfermeiros e	EAD- Google meeting	Conexão e Internet	Mesa redonda	Indicadores de desempenho

							técnicos de enfer.				
532	Técnica	Protocolo de prevenção a suicídios	Fev	Epidemiológicos/ Linha de cuidado	Serviço Social	2h	Todos	In Loco	Projeto, som e material impresso	Estudo de caso	Indicadores de desempenho
532	Comportamental	Segurança Psicológica dos times	Fev	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes	EAD- Google meeting	Conexão e Internet	Mesa redonda	Formulário de Avaliação
532	Comportamental	Relacionamento Interpessoal	Mar	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes	In Loco	Projeto, som e material impresso	Workshop gamificado com dinâmicas	Indicadores de desempenho
525	Comportamental	Atendimento humanizado para pacientes vulneráveis	Mar	Desenvolvimento	Serviço Social	4h	Todos	In Loco	Projeto, som e material impresso	ABP	Indicadores de desempenho
520	Híbrida	Fast track e gestão da superlotação	Mar	Implementação	Qualidade	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projeto e ferramentas assessment	Aula dialogada	Indicadores de desempenho
520	Híbrida	Plano de capacidade plena- PCP	Mar	Implementação	Qualidade	3h	Todos	Sala de reuniões	Projeto e ferramentas assessment	Mesa redonda	Indicadores de desempenho
605	Técnica	Metas Internacionais de Segurança dos Pacientes	Abr	Aperfeiçoamento	NSP	2h	Todos	In Loco	Projeto, som e material impresso	Estudo de Caso	Indicadores de desempenho
528	Técnica	Protocolo de IAM e SEPSE	Abr	Epidemiológicos/ Linha de cuidado	Coordenação Médica	2h	Time multi	In loco	Treinamento In loco	Aula realística/simulado	Indicadores de desempenho

528	Comportamental	Gestão de resultados	Abr	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projeto e ferramentas assessment	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
471	Híbrida	Protocolo de comunicação efetiva	Abr	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	2h	Enfermeiros, téc. de enfermagem e médicos	In loco	Treinamento In loco	Design Thinking	Avaliação de desempenho
450	Técnica	Segurança da cadeia medicamentosa e dispensação segura	Abr	Aperfeiçoamento	Farmácia	1h	Farmácia	In loco	Treinamento In loco	Sala de aula invertida	Indicadores de desempenho
528	Comportamental	Disciplina e Organização	Mai	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projeto e ferramentas assessment	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
474	Técnica	Protocolo de Manchester	Mai	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	2h	Enfermeiros, téc. de enfermagem e médicos	In loco	Treinamento In loco	Estudo de Caso	Formulário de Avaliação
450	Técnica	Segurança da cadeia medicamentosa e os 13 certos	Mai	Aperfeiçoamento	Farmácia	2h	Time assistencial e multiprofissional	Sala de reuniões	Projeto, som e material impresso	Estudo de caso	Indicadores de desempenho
322	Técnica	Doenças de notificação compulsória	Mai	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	1h	Enfermagem	In loco	Treinamento In loco	Aula dialogada	Indicadores de desempenho
304	Técnica	Protocolo de atendimento a múltiplas vítimas	Mai	Sensibilização	Gerência Operacional	2h	Enfermagem	In loco	Treinamento In loco	Aula realística/simulado	Relatório de avaliação

520	Híbrida	Eficiência Operacional e Giro de Leitos	Jun	Desenvolvimento	Gerência Operacional	4h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula dialogada	Formulário de Avaliação
475	Técnica	Segurança na prescrição médica	Jun	Aperfeiçoamento	Farmácia	2h	Médicos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula realística/simulado	Indicadores de desempenho
475	Técnica	Fluxo e controle de antimicrobiano	Jun	Aperfeiçoamento	Farmácia	1h	Enfermeiros, farmacêuticos e médicos	In loco	Treinamento In loco	Aula realística/simulado	Indicadores de desempenho
471	Híbrida	Comunicação Assertiva	Jun	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes e time multi	In loco	Treinamento In loco	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
469	Técnica	Fluxos da CEER e Gerenciamento de leitos	Jun	Aperfeiçoamento	Serviço Social e NIR	2h	Serviço Social e NIR	In loco	Treinamento In loco	Giro Colaborativo	Formulário de Avaliação
453	Híbrida	Lean Healthcare	Jul	Aperfeiçoamento	RH	8h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor e dinâmicas	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
320	Comportamental	Empatia e Trabalho em Equipe	Jul	Aperfeiçoamento	RH	4h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
485	Híbrida	Gestão das melhorias e PDSA	Jul	Melhoria	Qualidade	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor e ferramentas assessment	Sala de aula invertida	Formulário de Avaliação
475	Técnica	Controle de infecções e uso de ATB	Jul	Aperfeiçoamento	Farmácia	1h	Equipe Médica	EAD-Google meeting	Conexão e Internet	Estudo de Caso	Indicadores de desempenho

443	Técnica	Manejo ao paciente crítico e uso de respiradores	Jul	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	2h	Enfermeiros, farmacêuticos e médicos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula realística/simulado	Formulário de Avaliação
403	Híbrida	Gestão de custos da saúde	Ago	Aperfeiçoamento	RH	4h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula dialogada	Resultados operacionais (R\$) das áreas
528	Técnica	Gerenciamento de Protocolos	Ago	Melhoria	Qualidade	3h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor e ferramentas assessment	Mapa mental	Indicadores de desempenho
469	Técnica	Construção de relatórios médicos para regulação	Ago	Aperfeiçoamento	Coordenação Médica	2h	Equipe Médica	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Estudo de Caso	Formulário de Avaliação
451	Comportamental	Resolução de problemas	Ago	Desenvolvimento	RH	4h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	ABP	Formulário de Avaliação
443	Técnica	Suporte Básico de vida	Ago	Aperfeiçoamento	Convívio externo	8h	Enfermagem	In loco	Treinamento In loco	Aula realística/simulado	Formulário de Avaliação
320	Híbrida	Acolhimento e Humanização	Set	Aperfeiçoamento	Convívio externo	1h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Mesa redonda	Indicadores de desempenho
475	Técnica	Prevenção de ITR, ITU e IPCS	Set	Epidemiológicos/ Linha de cuidado	SCIH	2h	Enfermeiros, farmacêuticos e médicos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Sala de aula invertida	Indicadores de desempenho
450	Técnica	Farmacovigilância e Tecnovigilância	Set	Obrigatórios	Farmácia	1h	Time multi	In loco	Treinamento In loco	Mapa mental	Formulário de Avaliação

443	Técnica	Protocolos de Emergência	Set	Aperfeiçoamento	Coordenação Médica	4h	Enfermeiros, téc. de enfermagem e médicos	In loco	Treinamento In loco	ABP	Indicadores de desempenho
409	Híbrida	Governança Clínica e Ferramentas da Qualidade	Set	Aperfeiçoamento	Qualidade	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula dialogada	Indicadores de desempenho
395	Técnica	Planejamento Terapêutico	Out	Aperfeiçoamento	Coordenação Médica	2h	Time Multi	In loco	Treinamento In loco	Estudo de Caso	Indicadores de desempenho
385	Técnica	Protocolo de atendimento a vítimas de violência	Out	Aperfeiçoamento	Serviço Social	1h	Serviço Social	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula realística/simulado	Formulário de Avaliação
475	Técnica	Prevenção de Infecções e SCIRAS	Out	Aperfeiçoamento	SCIH	2h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula realística/simulado	Indicadores de desempenho
475	Técnica	Importância do uso adequado de EPI's	Out	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	1h	Enfermagem	In loco	Treinamento In loco	Design Thinking	Formulário de Avaliação
460	Técnica	Protocolo de Gestão de Acesso	Out	Aperfeiçoamento	Serviço Social	2h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Sala de aula invertida	Formulário de Avaliação
375	Comportamental	Trabalho em Equipe	Out	Desenvolvimento	RH	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor e ferramentas assessment	ABP	Avaliação de desempenho
339	Técnica	Entendendo as escalas de dimensionamento assistencial	Nov	Aperfeiçoamento	Gerência Operacional	1h	Enfermagem	In loco	Treinamento In loco	Aula dialogada	Indicadores de desempenho

385	Técnica	Prevenção ao Assédio Moral	Nov	Aperfeiçoamento	Convívio externo	1h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Estudo de Caso	Formulário de Avaliação
363	Híbrida	Gestão de Processos	Nov	Aperfeiçoamento	Qualidade	4h	Líderes	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Workshop gamificado com dinâmicas	Avaliação de desempenho
320	Híbrida	Humanização e cuidado centrado nos pacientes	Nov	Aperfeiçoamento	Serviço Social	2h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula dialogada	Indicadores de desempenho
320	Híbrida	Atendimento a pacientes com necessidades especiais (autistas, idosos, LGBTQIA+, etc.)	Nov	Aperfeiçoamento	Serviço Social	2h	Enfermeiros, téc. de enfermagem e médicos	In loco	Treinamento In loco	Estudo de Caso	Formulário de Avaliação
238	Híbrida	Uso apropriado dos CID's	Nov	Aperfeiçoamento	Coordenação médica	1h	Equipe Médica	EAD-Google meeting	Conexão e Internet	Aula dialogada	Indicadores de desempenho
339	Híbrida	Simulado de evacuação	Dez	Aperfeiçoamento	SESMT	2h	Todos	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Aula realística/simulado	Relatório de avaliação
320	Híbrida	Direitos e Deveres dos Pacientes	Dez	Aperfeiçoamento	Serviço Social	2h	Enfermeiros, téc. de enfermagem e médicos	In loco	Treinamento In loco	Sala de aula invertida	Formulário de Avaliação
303	Técnica	Boas práticas na cadeia nutricional	Dez	Obrigatórios	Nutrição	2h	Copeiras e nutricionista	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Sala de aula invertida	Formulário de Avaliação

244	Híbrida	Entendendo os níveis de atenção do SUS	Dez	Melhoria	Gerência Operacional	1h	Todos	Sala de reuniões	Conexão e Internet	Design Thinking	Avaliação de desempenho
221	Híbrida	Segurança da Informação	Dez	Aperfeiçoamento	TI	2h	Equipe Médica	Sala de reuniões	Projektor, som e material impresso	Mesa redonda	Indicadores de desempenho

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 01- Carta de anuência para coleta de dados



Salvador (BA), 01 de fevereiro de 2023

CARTA DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS

Declaramos que o Projeto de Pesquisa Intitulado **"METODOLOGIAS ATIVAS NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS"** sob responsabilidade do orientador **Prof. Dr. Guilherme Marback Neto**, obedece ao protocolo para realização de pesquisa desta instituição, obtendo **Parecer Favorável** desta diretoria para sua realização.

A pesquisa será realizada pela pesquisadora **RENATA DE SOUZA SANTOS DAMASCENO** e terá como local de coleta de dados as unidades **UPA PARQUE SÃO CRISTÓVÃO** e **UPA SANTO INÁCIO/PIRAJÁ**, ambas localizadas na cidade de Salvador/BA.

Ressaltamos que a pesquisadora tem autorização para coleta de dados através de análise dos dados históricos, sejam eles previsto na **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação)** ou dados de registros internos relacionados ao Programa de Treinamentos das respectivas unidades, além de pesquisas eletrônicas realizadas com público alvo.

Atenciosamente,

Dr. Gustavo Guimarães
Diretor Técnico Corporativo



Gustavo Guimarães
CRM-BA 19221
Diretor Assistencial Corporativo

10.2 ANEXO 02: Convite enviado para pesquisa eletrônica



PESQUISA

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Você sabia que estamos trabalhando para implementar melhoras em nossos planos de educação permanente?

Para que esses programas atendam a sua necessidade e a necessidade do usuário da sua unidade, ajude-nos respondendo a pesquisa no QR CODE Abaixo



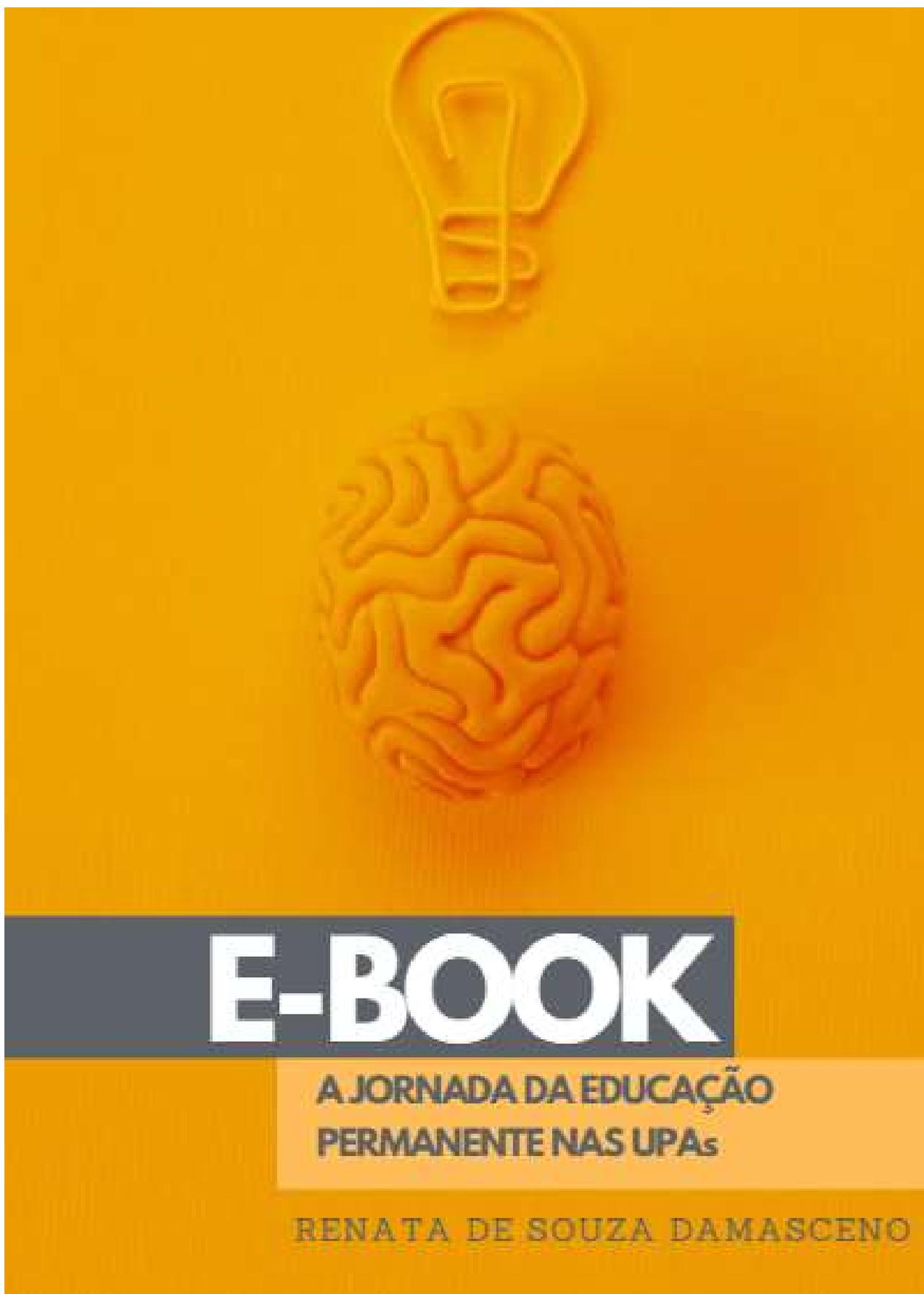
Essa pesquisa faz parte do projeto de mestrado da discente Renata de Souza S. Damasceno e possui aprovação da Diretoria Técnica Corporativa para aplicação.



igh Instituto de
Gestão e
Humanização

Essa pesquisa faz parte do projeto de mestrado da discente Renata de Souza S. Damasceno e possui aplicação da Diretoria Técnica Corporativa para aplicação.

10.3 ANEXO 03: A jornada da Educação Permanente nas UPAs





E-BOOK

A JORNADA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS UPAs

RENATA DE SOUZA DAMASCENO



Este trabalho é fruto da dissertação apresentada à Universidade Federal do da Bahia como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social. EAUFBA. 2024



Sobre a autora

Bacharel em Administração de Empresas com MBA em Gestão de Projetos e MBA em Sistema de Gestão de Qualidade. Master Player em Metodologias Ativas de Aprendizagem e Master Analista Comportamental. Orgulhosa em ter uma carreira firmada na busca pelo desenvolvimento de pessoas, processos e tecnologias, tenho dedicado minha atenção e prioridade no compartilhamento de conhecimentos e no aprendizado constante atuando em programas de desenvolvimento humano, conferências, workshops e publicações, com o objetivo de disseminar informações sobre as metodologias ativas e o desenvolvimento de pessoas.



Índice

Capítulo 1	Fundamentação Teórica	04
Capítulo 2	Propostas de Metodologia	09
	Aprendizado baseado em problemas- ABP	09
	Aulas realistas/ simulados	10
	Estudo de caso	12
	Sala de aula invertida	13
	Giro colaborativo ou Word café	15
	Dinâmicas ou jogos	17
	Aula dialogada	18
	Design thinking	19
	Mesa redonda	20
	Mapa mental	21
Capítulo 3	Estrutura do PEP	23
Capítulo 4	Avaliações	35
Capítulo 5	Conclusões	39

Capítulo 1- Fundamentação Teórica

1.1 O SUS e seus princípios estruturantes

A partir de 1986, após consolidação dos conceitos ampliados de saúde como um direito do cidadão e formalização dos princípios do SUS, o conceito de saúde legitimou-se sendo:



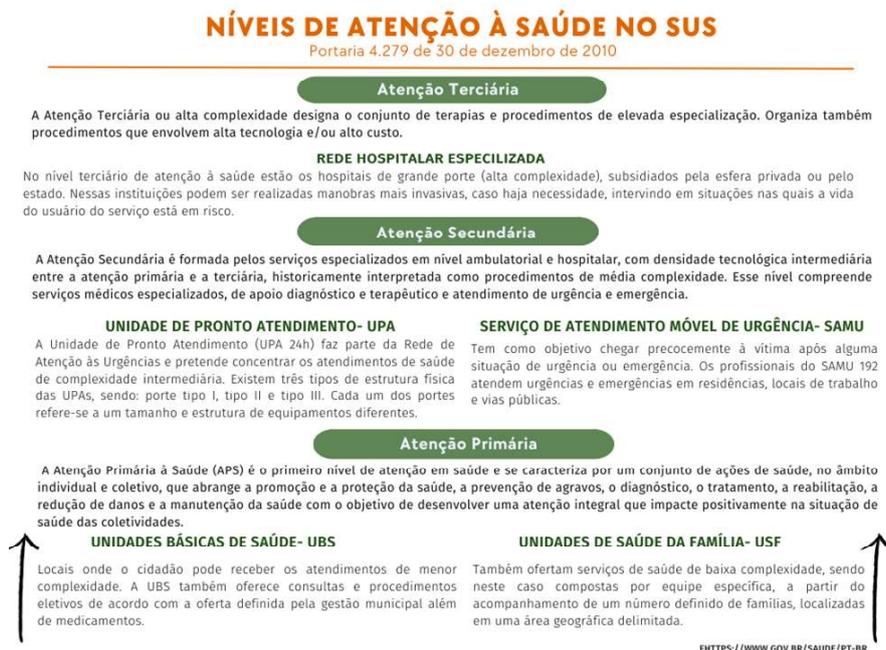
A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. p.382).

A partir deste princípio, nasce então o Sistema Único de Saúde. O SUS é o modelo brasileiro, baseado na Constituição Federal de 1988, voltado para o planejamento e execução de ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população. Segundo o Ministério da Saúde, o SUS é regido pelos princípios da:

- Universalidade- acesso para todos em todas as ações;
- Igualdade- acesso para todos sem distinção, de acordo com a necessidade clínica;
- Integralidade- acesso não apenas para medicina curativa, mas para ações de prevenção e educação em saúde, garantindo atendimento individualizado segundo às necessidades de cada um de forma integral;
- Gratuidade- acesso gratuito para todas as ações do SUS, voltadas para atender aos princípios anteriores;
- Descentralização- decisões sobre recursos e competências descentralizados entre os vários níveis de governo, incentivando a municipalização dos serviços com maior agilidade na tomada de decisões;
- Hierarquização- ações e serviços definidos em níveis de complexidade;
- Regionalização- distribuição e organização das ações e serviços de saúde de forma eficiente, evitando desperdícios;
- Resolutividade- capacidade de ofertar saúde baseada na necessidade e com desfechos positivos e finalísticos- resolver os problemas e;
- Participação dos cidadãos - garantia de políticas públicas adequadas às necessidades dos cidadãos e controle social por meio de conselhos, entidades com representação paritária, profissionais de saúde, conferências de saúde, entre outros.

1.2 As Unidades de Pronto Atendimento

O SUS é composto por uma série de serviços articulados que se complementam e tem como objetivo atender de maneira eficiente toda a população que necessita de suporte (Brasil, 1990). Os serviços oferecidos pelo SUS são organizados em níveis de atenção, sendo ela primária, secundária e terciária. Essa estrutura visa organizar as ações e serviços oferecidos pelo sistema (Brasil, 1990; Brasil, 2011) dentro dessa complexa cadeia de saúde estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), como apresentado na figura abaixo:



Fonte: Ministério da Saúde (2011).

As UPAs, são estabelecimentos intermediários com foco nos serviços de emergência que funcionam 24 horas por dia em todos os dias da semana. Embora em sua estrutura formal deveriam funcionar como unidades de atendimento intermediário (uma vez que serviços de baixa complexidade deveriam ser sanados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e/ou Unidades de Saúde da Família (USFs), e de alta complexidade deveriam ser regulados para unidades hospitalares especializadas), as UPAs acolhem todo tipo de atendimento de saúde.

O acolhimento dos pacientes é realizado com base na classificação de risco o que permite rápido suporte àqueles que necessitam de conduta imediata. Essas estruturas são regidas pela Política Nacional de Urgências e Emergências (PNAU), publicada pelo Ministério da Saúde em 2003 (Brasil, 2011).

1.3 Política de Educação Permanente

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2004, tornando-se precursor de um leque de possibilidades de práticas pedagógicas e de processos de intervenção na gestão do sistema de saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, nasce do complexo desafio que é a formação dos profissionais de saúde, em especial, considerando a necessidade de integração desse processo com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, seja no âmbito nacional, estadual, regional ou municipal, precisa considerar o conceito de educação profissional e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (Brasil, 2019).

Diversos fatos reforçam a necessidade de aperfeiçoar o processo formativo e de desenvolvimento dos profissionais e, a Política Nacional de Educação Permanente foi o produto de tais discussões.

O Ministério da Saúde busca implementar estratégias que permitam o desenvolvimento dos profissionais e por isso, instituiu a PNEPS, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198 regulamentando a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor saúde. (BRASIL, 2004). Nesse cenário, passam a coexistir dentro dos sistemas de saúde, modelos de desenvolvimento e de formação que buscam cada vez mais o aperfeiçoamento da mão de obra.



Em continuidade, a portaria de nº 1.996 de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define diretrizes e estratégias para a implementação da EPS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Se, o que espera-se com a Educação Permanente é que ele seja um dispositivo, capaz de promover transformações no serviço, é fato que transformar sua aplicabilidade contribui também com os serviços fornecidos pelo SUS.

A EPS representa a continuidade do processo educativo do profissional de saúde. Neste caso, a produção de conhecimentos dentro da realidade das unidades de saúde, a partir da realidade vivida pelos colaboradores. Neste contexto, os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses colaboradores são base para o pensamento crítico-reflexivo que pode ser transformador.

Se tivéssemos que resumir para você leitor, seria pertinente dizer que a Educação Permanente em Saúde é um programa amplo, que vai muito além de um plano anual de treinamentos técnicos e conceituais. Não se trata de um planejamento de ações para atender a legislação ou aos contratos. Talvez, um dos princípios mais estruturantes da EPS seja a CENTRALIDADE DO TRABALHO, ou seja, a necessidade de aprendizado baseado em relacionamento, continuidade e prático no dia a dia da saúde.

Se seu objetivo é implementar a EPS, construa um processo de ensino-aprendizado como exercício cotidiano dos profissionais, que, ao problematizarem suas práticas e situações vividas, estão no centro do processo de aprendizado e, enquanto aprendem, constroem intervenções às necessidades da saúde.

A Educação Permanente em Saúde que é realmente relevante, e impacta os resultados ofertados, precisa ser coletiva, ativa e participativa, tendo envolvimento central dos seus principais atores desde sua concepção, planejamento e execução. Só assim, proporcionará reflexões significativas no pensamento e na atuação dos profissionais.



Saiba mais sobre a EPS em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf e <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2018/orientacoes-pro-eps-sus-2018-pdf/view>

1.4 Metodologia Ativa de Aprendizagem (MAA)

A abordagem das metodologias ativas incentiva o aprendiz a refletir e desenvolver sua autonomia, contando com a mediação do professor. Embora não haja extinção do papel do professor, essas abordagens oferecem um modelo educacional mais significativo, diante dos desafios contemporâneos, colocando o estudante como gestor de seus conhecimentos e promovendo uma maior proximidade entre o que se deseja ensinar e o aluno. Ou seja, promover uma aprendizagem significativa para que o aluno possa aprender e aplicar seus saberes na sociedade.

Resumidamente, as MAA tratam de uma abordagem educacional que coloca o aprendiz (seja em um ambiente formal ou informal de ensino) no centro do processo de aprendizagem, promovendo sua participação ativa, autonomia e engajamento. Diferentemente dos métodos tradicionais, onde a transmissão de conhecimento é predominantemente unilateral, as metodologias ativas incentivam a resolução de problemas, discussões em grupo, projetos práticos e outras atividades que estimulam a reflexão e aplicação do conhecimento. Essa abordagem busca não apenas transmitir informações, mas desenvolver habilidades cognitivas, sociais e emocionais nos alunos, preparando-os para enfrentar desafios do mundo real.



As metodologias precisam acompanhar os objetivos pretendidos. Se queremos que os alunos sejam proativos, precisamos adotar metodologias em que os alunos se envolvam em atividades cada vez mais complexas, em que tenham que tomar decisões e avaliar os resultados, com apoio de materiais relevantes. Se queremos que sejam criativos, eles precisam experimentar inúmeras novas possibilidades de mostrar sua iniciativa (Moran, 2015, p. 17).

Importante destacar que mesmo diante desses conceitos que propõem uma postura ativa do aprendiz, o uso da MAA não se limita ao uso das chamadas “dinâmicas de grupo”. Embora muitas das atividades práticas realizadas em modelo de dinâmica tornem o ambiente do aprendizado mais amigável e interativo, é importante ter em mente que a prioridade é promover uma aproximação crítica do aluno com a realidade. Estimular o educando por meio da curiosidade, do desafio, da criatividade e do trabalho em equipe são técnicas positivas para aplicabilidade.

Capítulo 2- Proposta de Metodologias

A implementação de MAA na EPS além de ser um princípio estruturante da PEPS, representa uma mudança na abordagem do desenvolvimento profissional. Ao adotar uma MAA, as organizações capacitam seus colaboradores de maneira mais envolvente e prática. Para escolha das metodologias a serem utilizadas, deve-se observar o uso de modelos que:

- Coloquem o profissional no centro do processo de aprendizado,
- Considerem os recursos necessários para realização do evento,
- Possam desenvolver no profissional a habilidade de identificar e resolver problemas,
- Facilitem o compartilhamento e a troca de experiências entre alunos.

Para te ajudar na escolha dessas metodologias, relacionamos abaixo 10 estratégias que podem te ajudar nesta jornada.

2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP):

Uma metodologia que envolve os profissionais na resolução de problemas do mundo real, promovendo a aplicação prática do conhecimento adquirido.

Nesta metodologia é apresentada uma situação-problema e os profissionais devem investigar, analisar e propor soluções por meio do compartilhamento de conhecimentos, construindo juntos o novo conhecimento de forma que eles aprendam a resolver problemas práticos e a manter-se num processo permanente de auto-aprendizado. É preciso, portanto, delimitar conhecimentos prévios necessários para resolver o problema de forma colaborativa.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas e/ou comportamentais, além da análise crítico-analítica e aumento da capacidade de resolução de problemas.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Papel, caneta, problema pré-definido, baseado no conteúdo a ser trabalhado.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO

1. Construa uma situação-problema que sorte que os cenários sejam situações que se aproximem do vivido pelos treinandos, e que tenha início e fim bem definidos.

2. Liste os objetivos de aprendizagem para o problema, além do contexto do problema no mundo real (pode ser interessante incluir inspirações jornalistas, depoimentos ou outros recursos que possam tornar o case mais pessoal e real para os aprendizes).

3. Apresente caso a ser estudado (uma indicação seria um caso clínico, com dados de um paciente fictício em uma condição médica desafiadora, exigindo uma abordagem multidisciplinar para atendimento). Os colaboradores são então incentivados a investigar, colaborar e desenvolver um planejamento de cuidado com base em diagnóstico e tratamento proposto.

Fase I: Contextualização do problema: A contextualização do problema é parte essencial dessa metodologia para que os treinandos, conheçam o contexto do problema. É recomendado que a modalidade seja utilizada em pequenos grupos (5 a 15 participantes) desde a fase de identificação do problema.

Fase II: Analisando o problema – Neste momento o mediador deve auxiliar os participantes a identificar o que sabem sobre o problema, propondo uma iniciativa multiprofissional e que considerem os conhecimentos prévios sobre o problema. São conduzidas as primeiras discussões, com o propósito de encontrar o conhecimento básico necessário para resolver o problema. Indicado que seja dado um intervalo de 5 a 8 dias entre a fase I e a fase II.

Fase III: Retorno ao processo – síntese da aprendizagem – Entre a fase II e a fase III é possível propor um intervalo de tempo para que o grupo pesquise possíveis soluções. A ideia é que entre a fase I e a fase III o grupo tenha ideias e sugestões sobre como iniciar a busca por soluções e que concluam com um planejamento terapêutico que esteja dentro da linha estimada ao propor o case.

2.2 Aulas realistas/ simulados

A simulação não apenas simplifica a formação no trabalho e na aprendizagem, mas também possibilita a aquisição de habilidades técnicas em um ambiente controlado. Isso permite o treinamento prévio de técnicas específicas antes do contato com o paciente real, tornando o processo de atenção à saúde mais seguro e elevando sua qualidade. (KANEKO; COUTO; COELHO et al., 2015).

As aulas realísticas ou simulações, são uma opção assertiva para que o aprendizado seja prático e a vivência gere transformação.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas e/ou Híbridas. Além disso, pode ser utilizada para desenvolver habilidades para situações de emergência (como evacuação, contingências, atendimento a múltiplas vítimas, protocolos de emergência, entre outros).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Utilize tecnologias, manequins avançados ou atores para criar um ambiente o mais próximo possível da realidade.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO

1. Planejamento: Planeje a ação identificando o foco central da simulação, os participantes envolvidos e os cenários a serem simulados.
2. Objetivos: Defina claramente os objetivos do estudo de caso, indicando o que os participantes devem aprender ou analisar.
- 3) Observe os cenários: Desenvolva cenários que reproduzam situações reais, (ou mais perto do real possível) considerando desafios práticos e variáveis relevantes.
4. Recursos: Providencie os recursos necessários para que a aula seja o mais realista possível como bonecos, manequins, equipamentos, materiais, entre outros.
5. Equipe: Estabeleça facilitadores experientes para orientar e avaliar os participantes durante a simulação, bem como para as reflexões ao longo do período.
- 6.. *Briefing e debriefing*: Forneça informações antes da simulação (*briefing*) e, após a conclusão, promova uma discussão reflexiva (*debriefing*) para análise de desempenho.
7. Tempo: Organize o tempo adequado para que a simulação tenha sucesso e não precise ser interrompida antes de sua conclusão. Lembre que o tempo de uma simulação de protocolo pode não ser o mesmo de uma simulação de evacuação da unidade.
8. Avaliação contínua: Registre os detalhes da simulação para análise posterior e possíveis aprimoramentos. Monitore e ajuste a simulação conforme necessário, garantindo que continue sendo eficaz na prática.
9. Conclusão: Ao término do simulado, ofereça um momento de reflexão construtiva aos participantes, destacando pontos fortes e áreas de melhoria.

2.3 Estudo de Caso

O estudo de caso é uma estratégia comum nos ambientes de aprendizagem e muito utilizado nas metodologias de treinamentos corporativos. Sua aplicação pode envolver também o uso da ABP. Nesta metodologia os participantes são apresentados a casos reais ou não, e devem propor sua melhor solução para os problemas relatados.

O estudo de caso não precisa apresentar apenas uma possibilidade de resposta, pelo contrário, pode ter elementos que suscitem um debate e diversas alternativas de solução.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas e/ou Híbridas, além de vivências e superação de conflitos, capacidade de solucionar problemas, visão sistêmica e integradora do assunto abordado e desenvolvimento de capacidade crítico-argumentativa.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Caso de estudo (impresso ou não), papel, caneta, artigos ou livros.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Planejamento: Escolha um caso relevante para os objetivos de aprendizado, relacionado ao tópico ou conceito que deseja explorar.
2. Objetivos: Defina claramente os objetivos do estudo de caso, indicando o que os participantes devem aprender ou analisar.
3. Apresentação: Apresente o contexto do caso, incluindo informações sobre o cenário, personagens envolvidos e desafios apresentados. Ofereça o caso aos participantes para leitura individual, permitindo que absorvam os detalhes antes da discussão em grupo. O caso pode ser real ou fictício (incluindo um capítulo literário ou artigo científico).
4. Discussões: Promova uma discussão entre os participantes, incentivando-os a analisar o caso, identificar problemas e apresentar soluções.
5. Questionamentos: Para evitar que os profissionais fiquem apenas em reflexões óbvias, exponha indagações ou apontamentos críticos sobre o caso como por exemplo: Que tipo de articulações existem entre os diferentes ângulos do caso? Como o profissional deveria proceder? Quais recursos são necessários?

6. *Facilitação*: Seja um facilitador, guiando a discussão, fazendo perguntas provocativas e garantindo que todos os aspectos relevantes sejam abordados. Estimule os participantes a aplicar conceitos teóricos ao caso, promovendo uma análise crítica e a tomada de decisões fundamentadas.

7. *Soluções*: Encoraje os participantes a apresentarem suas soluções ou abordagens, fomentando o debate e a troca de ideias. Lembre-se que o caso pode não ter uma única opção de solução e esteja preparado para valia-los abertamente.

8. *Feedback*: Forneça *feedback* durante e após a discussão, destacando pontos fortes e áreas de melhoria.

9. *Conclusões e Reflexões*: Encerre o estudo de caso com uma síntese das principais conclusões e estimule reflexões sobre a aplicação prática dos aprendizados.

2.4 *Sala de aula invertida*

Essa é uma metodologia ativa que pode integrar o ensino presencial com as metodologias de ensino a distância (EAD) sendo muito produtivas para a educação corporativa. Na sala de aula invertida, os conteúdos teóricos podem ser disponibilizados virtualmente com antecedência. Uma vez que a base conceitual já foi estabelecida antecipadamente, o ensino presencial pode ser focado de maneira mais intensa em atividades práticas, discussões, exercícios laboratoriais e na resolução de problemas. O objetivo aqui é que os aprendizes venham para o treinamento com um nível maior e mais equilibrado do conteúdo, invertendo a lógica tradicional do ensino em que o professor primeiro transmite o conteúdo para depois compartilhar o aprendizado através de outros estudos, exercícios, etc.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas, comportamentais e/ou híbridas como comunicação, argumentação, capacidade de interpretação, entre outras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Vídeos, leituras, exercícios e outros recursos. Podem ser utilizados recursos digitais como TEDEd, Crash Course, PowToon, Canva, Google Form, entre outros.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Planejamento: O material didático deve ser disponibilizado com antecedência (entre 2 a 7 dias), o que significa que é preciso preparar um plano de aula e os materiais de estudo de maneira antecipada.
2. Objetivos: Defina claramente os objetivos de estudo e que bases conceituais os colaboradores devem conquistar.
3. Material: Prepare o material para as atividades assíncronas, considerando o perfil do time a ser treinado. É importante que o material seja claro e bem estruturado, para que os alunos possam entender facilmente o conteúdo.
4. Contingências: Observe as contingências necessárias. Caso vá disponibilizar o material de estudo de forma digital, tenha em mente que alguns colaboradores podem possuir dificuldade de acesso à internet, então a Instituição deve conseguir suprir essa necessidade.
5. Facilitação: Acompanhe os aprendizados ao longo do caminho. O colaborador pode compreender conceitos de forma errada ou ainda não atentar a programação de estudo prévio e cabe ao professor conseguir avaliar essas questões e corrigi-las.
6. Engajamento: Incentive o engajamento dos profissionais com recursos diversos (vídeos, textos, livros, etc.). Lembre-se de dar o tempo necessário para conclusão das etapas de aprendizado.
7. Durante o encontro final, pense em um ambiente de aprendizado flexível podendo fazer uso de outras metodologias ativas já que, o conteúdo conceitual já será de conhecimento do público.

Exemplo de aplicação da metodologia



Fonte: Adaptação da autora (2024) baseada em Schmitz (2016)

2.5 Giro Colaborativo ou Word Café

Estratégia para coleta de informações diversas, capaz de gerar uma lista de ideias e respostas para os problemas sendo estudados. Nesta metodologia são enfatizadas as competências do trabalho em equipe, bem como a geração de espaço para reflexão coletiva, na busca de alcançar a melhor alternativa para tomada de decisão. Os profissionais devem trabalhar em pequenos grupos para em seguida, apresentar o produto das várias equipes, indo ao encontro das melhores alternativas de solução.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas, comportamentais e/ou híbridas, como trabalho em equipe, visão sistêmica, tomada de decisão, gerenciamento de informações, entre outras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Mesas, projeção ou impressão dos slides, folha A1 ou A3 (uma por grupo), *post-its* coloridos - caso não tenha, poderá substituí-los por canetas ou canetinhas coloridas.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Divida os participantes em pequenos grupos (entre 3 e 6 pessoas por grupo), garantindo diversidade de habilidades e perspectivas.
2. Cada grupo deverá ter uma folha de papel *flip-chart* ou folha de tamanho A1 ou A3. Uma opção é entregar cores diferentes de caneta ou *post-it* para cada grupo, permitindo rápida identificação da fonte das respostas.
3. Os grupos devem possuir os temas de discussão que podem ser perguntas, temas específicos, situações problemas ou outros. Introduza o tópico ou problema central do treinamento de forma clara e concisa.
4. Estabeleça um cronômetro (tempo médio de 20 a 30 minutos por mesa) e faça os grupos girarem em intervalos predeterminados para abordar diferentes aspectos do tópico.
5. Os treinandos devem movimentar-se entre os grupos, passando por diferentes mesas e temáticas (que precisam convergir com o tema central).
6. Durante cada rotação, os grupos devem discutir, colaborar e desenvolver ideias relacionadas ao tópico atribuído. Incentive sempre a existência de novas contribuições a cada rotação.

Ao longo das rotações há algumas possibilidades:

- Manter um “anfitrião” na mesa que vai receber o grupo seguinte e adicionar as novas discussões na folha que fica na mesa.
- Rodar os grupos de forma aleatória sempre mantendo uma parte da equipe na mesa em questão com a folha de respostas.
- Rodar apenas as folhas mantendo os grupos fixos para novas discussões.

7. Ao chegar na nova mesa, o grupo deve ler as respostas alimentadas até então e, caso discordem justificar divergência. Além disso, cada grupo deve ter uma nova contribuição para aquela resposta que deve ser incluída à folha antes da próxima rotação.

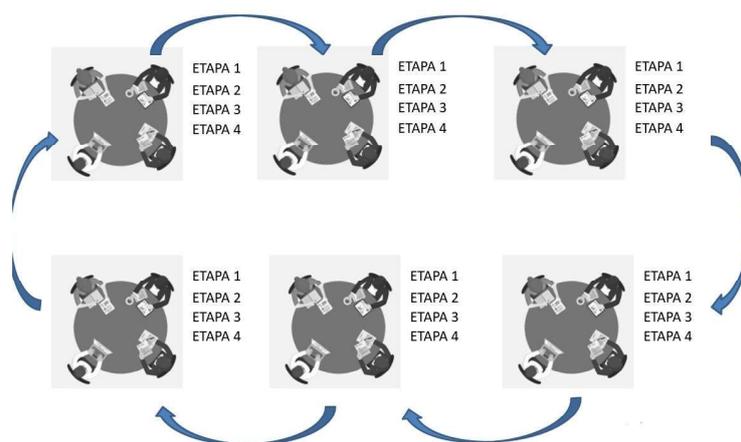
8. Incentive a troca de *feedback* entre os grupos em cada rotação, promovendo uma abordagem colaborativa e aprendizado mútuo.

9. Encoraje os grupos a registrar suas ideias, soluções ou *insights* durante cada rotação para referência posterior.

10. O giro entre as mesas deve continuar, sempre ao final de cada intervalo, até que cada grupo veja e analise todos os trabalhos, complementando as folhas com respostas do grupo.

11. Facilite um momento de conclusão na rodada final, onde cada grupo deve apresentar seus achados, aproveite para destacar os principais pontos aprendidos e promover uma compreensão abrangente do tópico.

Exemplo da movimentação dos grupos



Fonte: Autora (2024)

2.6 Dinâmicas ou Jogos

As dinâmicas de grupo constituem uma ferramenta educacional valiosa para o aprendizado de jovens e adultos, aplicável para facilitar o processo de ensino-aprendizagem em uma abordagem educacional que valoriza tanto a teoria quanto a prática.

Optar por dinâmicas ou jogos possibilita que os participantes vivenciem um processo educacional em que o trabalho coletivo é destacado como uma via para influenciar e transformar a realidade. Essa escolha se fundamenta na ideia de que a experiência com dinâmicas propicia encontros colaborativos, nos quais o conhecimento é construído coletivamente.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Em especial competências comportamentais e/ou híbridas como comunicação, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, visão sistêmica, foco em resultados, planejamento, etc.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Dependem da dinâmica proposta.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Escolha a atividade pensando na ludicidade mas também no objetivo proposto para reflexão.
2. Defina um objetivo claro- Toda dinâmica precisa ser associada a uma competência que deseja trabalhar.
3. Escolha atividades apropriadas para o número de colaboradores a ser treinado. Dentro do possível, limite o número de participantes a 20 alunos por instrutor. Dessa forma, fica mais fácil conhecer o perfil dos colaboradores e controlar o time ao longo da execução da atividade.
4. Priorize atividades lúdicas e participativas. Evite atividades que exponham a vida pessoal ou constringam a equipe. A criatividade é o fator fundamental da receita, com ela é possível promover atividades que gerem reflexão e que sejam, ao mesmo tempo, lúdicas e divertidas.
5. Utilize as dinâmicas em um *workshop* gamificado ou evento dinâmico. busque personalizar as atividades. Pense sempre no grupo que será treinado e planeje atividades que tenham a cara do público.



2.7 Aula dialogada

A proposta nesta estratégia é garantir um canal de comunicação entre os profissionais treinados e o professor. Neste caso, a comunicação pressupõe que os alunos dêem suas opiniões e contribuições durante o processo. É importante não transformar essa metodologia em uma simples aula expositiva, aqui o mediador deixa lacunas para discussões, reflexões e questionamentos acerca do objeto em estudo, sempre levando em consideração os conhecimentos prévios que dele provém. A aula dialogada é baseada em debates, projetos de pesquisa e estudos de caso.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material conceitual a ser trabalhado, recursos visuais, como slides ou quadro branco, para auxiliar na compreensão e reforçar pontos-chave durante a aula.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. **Objetivo:** Defina objetivos claros para a aula e identifique os tópicos principais que serão abordados durante o diálogo.
2. **Público alvo:** Compreenda as necessidades e níveis de conhecimento dos participantes para ajustar o tom e o conteúdo da aula de maneira adequada.
3. **Ambiente:** Crie um ambiente aberto e respeitoso, encorajando todos a participarem da discussão sem receios. Eles não vão participar se acharem que serão corrigidos ou expostos, proporcione um ambiente agregador.
4. **Condução:**
 - Planeje perguntas abertas que estimulem a reflexão e promovam a participação ativa.
 - Durante o evento, incentive os alunos a expressarem suas opiniões e fique atento às contribuições, demonstrando interesse genuíno e validando suas ideias.
 - Promova discussões saudáveis, incentivando diferentes perspectivas e estimulando o debate construtivo entre os participantes.
 - Não domine o diálogo, pelo contrário, atue como maestro, garantindo que todos tenham a oportunidade de contribuir.
5. Ao final da aula, faça uma síntese dos principais pontos discutidos e estimule os participantes a tirarem conclusões relevantes.

6. Incentive os participantes a aplicarem os conceitos discutidos em suas práticas cotidianas, promovendo a educação permanente.

2.8 *Design thinking*

O *Design Thinking*, (pensamento do design) é uma metodologia que pode estimular a resolução de problemas complexos de forma ativa, criativa e colaborativa. O objetivo é incentivar uma aprendizagem investigativa e inovadora, o que contribui significativamente com as propostas da EPS.

A metodologia pode ser utilizada para encontrar e solucionar problemas complexos de forma inovadora e participativa.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas, comportamentais e/ou híbridas. Priorize competências que trabalhem experiência ou comportamentos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Papel flip-chart, post it, piloto, canetas coloridas.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Defina o tema a ser trabalhado e evite a mistura de temas divergentes. Exemplo: se for trabalhar cuidado centrado no paciente, diferentes problemas podem ser pensados mas sempre dentro desta mesma temática.
2. Distribua os desafios de reflexão antes do evento para que haja tempo hábil de estudos e consultas.
3. No dia do evento, deixe claro a jornada que deve ser seguida garantindo que cada etapa seja cumprida.
4. Na etapa de *ideação*, o *brainstorming* e os mapas mentais são ferramentas importantes para construção. É importante que a conversa entre a equipe possa fluir sem julgamentos ou constrangimentos.
5. Na etapa de *testagem* (experimentação), a equipe deve escolher quais ideias da etapa anterior que têm mais chances de darem certo. Nem todas as ideias serão testadas, é importante que a escolha seja pela possibilidade de sucesso.

6. Incentive a colaboração e as multiplas ideias nas discussões de cada etapa.

Exemplo da jornada design thinking

Jornada Design Thinking



Fonte: Adaptado de BROWN, Tim. Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas idéias. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. BUZAN, Tony.

Fonte: Adaptação da autora (2024) de BROWN, Tim. Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas idéias

2.9 Mesa Redonda

A mesa redonda é uma reunião clássica, preparada e conduzida por um mediador que orienta a discussão para que ela se mantenha sempre em torno do tema principal. No contexto de metodologia ativa de treinamento, a mesa redonda tem a pretensão de ampliar conhecimentos, discutir conceitos e compartilhar diferentes perspectivas sobre um assunto.

Esta metodologia permite uma aprendizagem autônoma e que incorpora o conhecimento “novo” com o conhecimento prévio, sendo assim, permite relevância da aprendizagem.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas, comportamentais e/ou híbridas (Ideal para trabalhar com problemas complexos).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Papel flip-chart, post it, piloto.



ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Escolha o tema central a ser trabalhado e moderador com conhecimento adequado para condução da discussão.
2. O tempo de duração adequado deve ter por volta de 1:30h a 2:00hs de duração.
3. Evite utilizar a metodologia para grupos grandes, isso pode reduzir o potencial de participação do time.
4. O mediador deve abrir a mesa redonda contextualizando o tema gerador, e em seguida permitir que os participantes apresentem suas contribuições.
5. Permita discussões que possibilitem a construção de novos aprendizados utilizando a base já existente de conhecimento com novos conteúdos.

2.10 Mapa Mental

Nesta metodologia são trabalhadas as abordagens para organização e visualização de informações de forma mais eficiente. Para construção do mapa mental é proposto que sejam criados diagramas visuais que representam os conceitos trabalhados, as ideias ou as tarefas envolvidas, usando palavras-chave, imagens e cores para facilitar a compreensão e a memorização.

Esta técnica foi desenvolvida para potencializar a capacidade do aprendiz em armazenar diferentes conhecimentos e elaborar um sequenciamento das ideias. Como metodologia de ensino, o mapa mental ajuda a estimular a criatividade e a organizar pensamentos de maneira mais clara e concisa permitindo eficiência na resolução de problemas, no planejamento de projetos e na gestão de informações.

COMPETÊNCIAS TRABALHADAS: Competências técnicas, comportamentais e/ou híbridas como argumentação, análise e comparação, capacidade de sintetizar e desenvolver ideias, capacidade de ordenar e organizar ideias, entre outras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Papel flip-chart, post it, piloto.

ROTEIRO DE APLICAÇÃO:

1. Planejamento: Escolha um conteúdo considerando os objetivos a serem trabalhados e o que você acredita ser primordial neste processo de memorização.

2. Contextualização: Apresente inicialmente o conteúdo conceitual a ser trabalhado, isso também pode ser feito com o uso de artigos ou textos escolhidos previamente.

3. Instrumentos: O diagrama pode ser feito à mão (com uso de papel *flip-chart* e *post-its* ou canetinhas) ou com a ajuda de programas e aplicativos. Escolha o melhor método para o público selecionado.

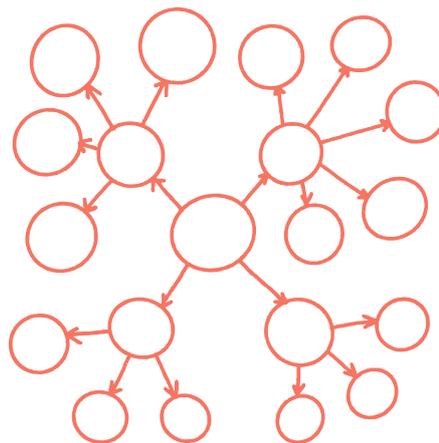
4. Explique aos aprendizes o processo de construção do mapa:

- Iniciar pelo centro, destacando o tema central do mapa.
- Usar palavras chaves sobre o desdobramento dos temas.
- Estimule a memorização com uso de cores ou imagens.
- Mantenha a mapa claro, usando uma hierarquia radial, ordem numérica ou contornos.
- A técnica consiste em expandir palavras-chave relacionadas ao tema do centro para as laterais da página utilizando linhas conectadas.
- Anote as informações relacionadas à cada tópico utilizando outros subtópicos com palavras-chave, como na etapa anterior.

4. Após apresentação do assunto, proponha que o grupo construa o mapa mental para analisar um problema crítico.

5. De tempo para que a construção seja feita de forma coletiva. Lembre-se que o importante é que seja significativo para os profissionais no processo de ensino-aprendizagem.

Exemplo design final de um mapa mental



Fonte: CANVA (2024)



Capítulo 3- Estruturação do PEP

O que se busca com a Educação Permanente são ações que reverberem positivamente no cenário de saúde, e está consolidado o conceito a contribuição da educação ativa, por isto, este capítulo propõe um roteiro para construção do Plano de Educação Permanente (PEP), incluindo experiências, treinamentos, palestras ou cursos que coloquem o profissional no centro do processo de aprendizagem.

A proposta desta jornada é a participação coletiva tanto na construção do programa, quanto em sua execução e monitoramento. Para isto, recomenda-se uma trilha de desenvolvimento que tenha como eixo paralelo, o pensar no usuário dentro do quadrilátero da educação (ensino - gestão - atenção - controle social).



3.1 Por onde começar

O primeiro passo deve ser entender o cenário da unidade onde se pretende implementar o PEP. Não se pode querer implementar um programa sem levar em consideração que os cenários são diferentes, os colaboradores são diferentes, o perfil do público é diferente, e as diferenças são tijolos importantes na construção da ponte entre o que se tem e o que se pretende ter no sistema de saúde.



Fonte: <https://www.gazetadopovo.com.br/vozes/educacao-e-midia/chega-de-cursinhos-relampago/>

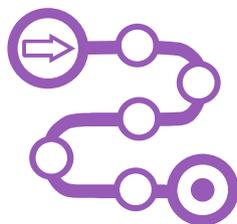
Considere que o público-alvo mudou e hoje, o acesso a informação tratá impactos imediatos nas estratégias de desenvolvimento dentro das unidades.

Modalidade: Considere a existencia de diferentes modalidades de aula como presenciais, realísticas, EAD, etc.

Levantamento: Para levantar as necessidades de capacitação, recomenda-se avaliar além do perfil epidemiológico, as “situações problema” que precisam ser enfrentadas pela unidade, e então, discutir os pontos que devem ser considerados.

- As principais não conformidades e eventos adversos ocorridos na unidade;
- As ocorrências que geraram quase erros na prestação do serviço;
- Resultado da satisfação dos usuários e/ou manifestações da comunidade;
- Perfil epidemiológico por prevalência;
- Perfil epidemiológico por gravidade ou risco;
- Principais protocolos clínicos da unidade;
- Objetivos estratégicos da unidade para o o ano vigente;
- Necessidades de treinamentos manifestada pelas equipes e líderes.

Prioridade: Avalie a prioridade das ações relacionadas com a prioridade de enfrentamento dos problemas.



Vamos agora apresentar um roteiro do processo que pode te auxiliar nesta implementação. Avalie onde você esta com o programa de EPS e onde pretende chegar, esse será o direcionador da sua jornada.





Faça um encontro que reúna as principais lideranças da unidade para levantamento dos problemas e fontes de necessidades. Além disso, atentando para a importância de envolvimento de todos os atores do processo, inclua no seu público-alvo deste evento representantes da gestão, do município/estado e dos usuários.

ETAPAS:

1- Faça um convite com antecedência para que haja adesão ao evento.

2- Procure um local onde você possa dividir grupos e utilizando uma metodologia ativa colaborativa (sugerido o “Giro Colaborativo”).

3- Leve papel *flip-chart* ou A3 para que os grupos possam participar ativamente de um processo colaborativo de construção.

4- Separe os grupos (se possível, de acordo com as temáticas já citadas) que vão discutir os temas tendo como foco central:

- Qual o problema a ser enfrentado nesta área?
- Como este problema impacta na prestação do serviço?
- Esta situação impacta na nossa entrega de valor?

5- Conduza a discussão levando em consideração:

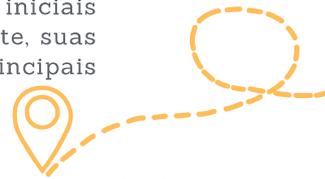
- Perfil Epidemiológico da unidade: O perfil define as necessidades assistenciais que precisam ser observadas;
- Linhas de cuidado: Analisar as linhas de cuidado implementadas na unidade e na rede de atenção;
- Cenário de Saúde da unidade;
- Fatores internos e fatores externos;
- Cuidado centrado no paciente e humanização;
- Qualidade e segurança dos pacientes;
- Resultado das comissões internas e dos indicadores monitorados;
- Temas obrigatórios de acordo com a legislação aplicável, sempre que existente. Ex. Segundo a RDC n° 15/2012, a capacitação mínima dos profissionais do CME deve contemplar os seguintes conteúdos: classificação dos PPS, Conceitos de microbiologia, transporte dos produtos contaminados, processos de limpeza, entre outros.
- Outros temas relevantes para a unidade.



Considere que nem todos tem conhecimento sobre o que é a Educação Permanente. Você pode utilizar a metodologia de “Sala de Aula Invertida” para fazer um alinhamento conceitual ou, planejar iniciar seu evento com a sedimentação deste conceito.



Caso opte por não realizar um alinhamento antecipado, separe pelo menos 40 minutos iniciais para esclarecer o que é a educação permanente, suas bases legais e marcos históricos e seus principais objetivos.



Após alinhamentos conceituais, inicie ação de discussão (“Giro Colaborativo ou *Brainstorming*”).

Levante necessidades de competências técnicas e comportamentais e necessidades legais de capacitação ou reciclagem. Não permita que o LNT tenha apenas temas técnicos e conceituais. Verifique as competências sócio-afetivas que possam estar subutilizadas ou que não estejam sendo exercitadas.



Após rodada de discussão (que não deve durar mais do que 30 minutos para evitar dispersão), inicie as rodadas de levantamento das possibilidades de solução. Você pode utilizar a metodologia do “*Design Thinking*” para ideação das alternativas para levantamento.



Considere o conhecimento prévio dos participantes do programa, isso aumenta as chances de abordar as necessidades estimulando a curiosidade e suscitando experiências e conhecimentos prévios do aprendiz.

Resuma os achados que contém as diferentes visões. Utilize esse levantamento para as etapas seguintes de formalização das necessidades de treinamentos.

É fundamental que este seja um espaço de construção coletiva, no qual os diversos atores trabalham em conjunto na identificação de problemas e de ações para seu enfrentamento.



Faça uma análise dos níveis de prioridade de cada demanda emitindo a construção de um plano assertivo e que foque nos maiores problemas a serem enfrentados ou nas ações com maior impacto na satisfação e bem-estar dos usuários.

Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente

Após levantamento das situações de forma multiprofissional e multidisciplinar, é recomendada a realização de uma classificação objetiva das ordens de prioridade por grau de importância dos itens listados acima, para isso, sugere-se a “Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente”.

Trata-se de um modelo de matriz de avaliação baseada na avaliação do cenário e na viabilidade operacional, em cinco critérios de impacto, com pesos diferentes. Os pesos estão sugeridos no modelo abaixo mas podem ser alterados de acordo com a necessidade da organização. Os problemas/cenários são colocados na coluna 1, e em seguida o grupo preenche a nota dada para cada eixo baseado na escala proposta.

É indicado o uso do Excel para parametrização das fórmulas. Os únicos campos preenchidos devem ser os problemas e as notas atribuídas conforme padrão. Os resultados finais de cada avaliação e os resultados globais são notas calculadas pelo software.

Modelo de Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente

Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente																		
SITUAÇÃO	PESO	EIXOS DE CENÁRIO										VIABILIDADE OPERACIONAL	NOTAS CALCULADAS					
		RELEVÂNCIA DO PROBLEMA	EIXO	IDADE	URGÊNCIA	PESSOAS	QUANTO MAIOR A NOTA MAIS FÁCIL	A FINAL DA DEMANDA	A PELO CENÁRIO	ABILIDADE OPERACIONAL								
		Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?	Quanto maior a nota mais crítica?									
		10	10	10	10	11	10	9	12	8	8	8	6					
		Afeta a continuidade do cuidado?	Meta e continuidade do processo?	Atende o cumprimento do contrato?	Referência a uma legislação legal ou regulamentar?	Aumenta Segurança Paciente/Colaborador	Melhora a Qualidade da assistência?	Afeta o custo da saúde?	Afeta a imagem institucional?	Demanda decorrente de situação epidemiológica?	O desenvolvimento melhora o bem-estar das pessoas?	Baixa Complexidade	Impacto multidisciplinar da ação	Baixa Necessidade de Investimento	A infraestrutura necessária esta disponível?			
		Nota N x P	L1- NOTA										L2- RESULTADO					
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Notas por Critério:
5 = alta / 3 = média / 1 = baixo / 0 = NSP

CRITÉRIO DA NOTA

Fonte: Autora (2024)

Exemplo “Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente”

No exemplo preenchido a seguir, considerando que os problemas analisados tiveram pontuação de 386, 442 e 290 respectivamente, o tema com maior pontuação (Suporte básico e avançado de vida e protocolos de emergência) teria prioridade de posicionamento no Levantamento de Necessidades de Treinamentos (LNT) da unidade, já o tema com menor pontuação (Deficiência de vitamina A) poderia ser reavaliado ou não priorizado na construção do LNT da unidade.

Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente																		
EXEMPLO DE MATRIZ PREENCHIDA	PESO	PERSPECTIVAS DE CENÁRIO										VIABILIDADE OPERACIONAL						
		RELEVÂNCIA DO PROBLEMA					NECESSIDADE					URGENCIA		PESSOAS				
Situação problema	critérios	Quanto maior a nota mais crítico										Quanto maior a nota mais fácil		NOTA FINAL DA DEMANDA	NOTA PELO CENÁRIO	NOTA VIABILIDADE OPERACIONAL		
		10	10	10	10	11	10	9	9	9	12	8	8				8	6
Exemplo 1: Alta taxa de óbitos por SEPSÉ	Nota	5	0	3	1	5	5	1	3	1	1	5	5	3	5	296	2	124
	N x P	50	0	20	10	55	50	9	27	9	12	40	40	24	20			
Exemplo 2: Fragilidade com suporte básico e avançado de vida	Nota	5	5	5	1	5	5	3	3	1	3	3	5	1	1	442	1	78
	N x P	50	50	50	10	55	50	27	27	9	36	24	40	8	6			
Exemplo 3: Volume crescente de quadro de deficiência da vitamina A (DVA)	Nota	1	1	1	1	1	3	1	1	5	1	5	3	5	5	290	3	134
	N x P	10	10	10	10	11	30	9	9	45	12	40	24	40	30			

Nota por Critério: 5 = alto / 3 = médio / 1 = baixo / 0 = NSA

Fonte: Autora (2024)

Eixos para preenchimento da Matriz de Priorização das demandas de Educação Permanente

Item	Eixo	Considerar
1	Avaliar o impacto do problema:	<ul style="list-style-type: none"> Afeta a continuidade do cuidado? Afeta a continuidade do processo? Afeta o cumprimento do contrato?
2	Qual a relação da necessidade com a demanda da unidade?	<ul style="list-style-type: none"> Refere-se a uma obrigatoriedade legal ou contratual? Aumenta Segurança Paciente/Colaborador Melhora a qualidade da assistência?
3	Qual a urgência da solução?	<ul style="list-style-type: none"> Afeta o custo da saúde? Afeta a imagem institucional? Demanda decorrentes da situação epidemiológica
4	Qual a necessidade para o desenvolvimento das pessoas, nas diversas competências necessárias:	<ul style="list-style-type: none"> O desenvolvimento melhora o desempenho das pessoas?
5	Qual a viabilidade operacional da solução proposta para o desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> Baixa complexidade para execução Impacto multidisciplinar da ação

Fonte: Autora (2024)



A escolha do método deve levar em consideração as demandas e recursos disponíveis, além de considerar a priorização pelos métodos ativos de aprendizagem.

Avaliação do método

Ao escolher as metodologias a serem utilizadas, pense nas questões que podem afetar a escolha por um método ativo ou tradicional de ensino. Entre as questões, pense:

- Como podemos prover as competências necessárias para enfrentar tais desafios?
- Qual o tempo disponível para realização do treinamento?
- Qual o tamanho do público a ser treinado?
- Qual o espaço disponível e a flexibilidade de uso deste espaço?
- Qual o nível de formação e conhecimento dos profissionais que serão treinados?
- Este tema já foi trabalhado anteriormente com o mesmo público?
- Este tema já foi treinado anteriormente com algum outro método? Foi eficaz?
- Qual a facilidade de acesso do time para ferramentas de mobile learning?
- Os horários precisam ser flexíveis?
- Qual o melhor formato para a capacitação (EAD ou Presencial)?





Ao considerar todos os itens citados acima, ajuste as necessidades de cada área validando com líderes e liderados. Conclua a etapa de planejamento com formalização do levantamento de necessidades. Para isso, sugerimos formulário apresentado no tópico 3.2.

As metodologias utilizadas devem considerar a necessidade de direcionar o foco no protagonismo dos aprendizes no processo ensino-aprendizagem, com vistas a criar empatia, autonomia, encorajamento, escuta ativa e valorizando as opiniões explicitadas com o objetivo de promover um ambiente favorável ao aprendizado. Ou seja, as ações da EPS devem sempre priorizar métodos ativos e engajadores.

Avalie as modalidades que possam ser utilizadas, incluindo a possibilidade de treinamentos na modalidade online (EAD).

- Quando a unidade possuir em seu quadro, profissional específico para a gestão da educação permanente, caberá a esse profissional a compilação e avaliação da LNT global, para identificação dos eventos que são sistêmicos, e acompanhamento da execução do mesmo. Dentro do possível, o PEP deve priorizar a realização de eventos de forma interdisciplinar.
- Quando a unidade não possuir profissional voltado para essa gestão, um comissão multidisciplinar deve ser responsável pela consolidação e acompanhamento da execução do programa.

3.2 Elaboração do Levantamento de Necessidades de Treinamentos

Após definidas prioridades a serem tratadas no planejamento anual, passa-se a elaboração do programa de treinamentos que será adotado. Esse levantamento precisa ser sistêmico e multidisciplinar e para isso, sugere-se a construção coletiva e a estruturação do programa em documento padronizado.

Os treinamentos podem ser distribuídos para realização de gestores com competência específica para o assunto tratado (Ex: Profissional do Núcleo de Segurança dos Pacientes (NSP) pode ministrar treinamentos ligados aos protocolos e metas internacionais de segurança; profissional do SCIH ministrar treinamentos ligados aos protocolos de controle de infecção, profissional do SESMT responsável por ministrar treinamentos ligados à SST, etc.).

- Implementação- Eventos para trabalhar novos protocolos, procedimentos ou fluxos (ensinar a fazer),
- Aperfeiçoamento- Eventos para aperfeiçoamento, atualização ou reciclagem de temáticas já treinadas (aperfeiçoar o feito).
- Epidemiológicos/Linha de cuidado- Eventos voltados a trabalhar protocolos ligados a linha de cuidado ou perfil epidemiológico.
- Desenvolvimento Competência- Eventos para desenvolvimento de competências sócio-afetivas e/ou comportamentais.
- Sensibilização- Eventos motivacionais e/ou ligados às datas de oportunidade,
- Melhoria- Eventos que tem como objetivo melhorar a produtividade ou qualidade das entregas.
- Obrigatórios- Eventos ligados a capacitação de diretrizes institucionais ou atendimento a requisitos legais.
- Outros- Destacar que outro objetivo justifica a realização do evento.

No campo “Instrutor” descrever responsável por ministrar o treinamento.

- Caso seja uma solicitação de treinamento externo (incluindo congressos e cursos externos ou treinamentos in company), apontar apenas “externo” pois a definição independe do fluxo de contratação.
- Caso seja um treinamento sistêmico, ou seja, aplicável a toda a unidade, apontar a Educação Permanente como responsável. Esse evento será organizado e ministrado por pessoa indicada pela comissão.
- Caso seja interno (colaborador da instituição ou unidade) apontar responsável por ministrar a capacitação (após alinhamento).
- Não apontar um outro profissional como responsável pela realização, sem garantir alinhamento e concordância entre as partes.

No campo “Carga horária”, apontar carga horária pretendida.

- Se realizadas mais de uma turma, multiplicar a carga horária pela quantidade de turmas planejadas para calcular carga horária total prevista.

No campo “Total participantes previsto”, apontar total de colaboradores que serão treinados. Esse dado é fundamental para avaliação final, observando qual foi a adesão ao treinamento e se ele precisa ou não ser repetido para alcançar eficácia.



No campo "Setores envolvidos" apontar setores que devem receber o treinamento.

- Caso um treinamento envolva um fluxo que acontece em diferentes áreas, indicado apontar todas as áreas para que o treinamento seja realizado de forma sistêmica e completa.
- Priorizar sempre a visão da gestão por processos, ou seja, quem são os envolvidos nesse processo que será treinado?

No campo "Local do treinamento", indicar se o treinamento deve acontecer nas salas de treinamento, auditório, área externa, área de trabalho (*in loco*) ou outra.

- Para treinamentos externos, apontar: "externo".
- Para eventos de sensibilização que acontecem em pontos públicos, apontar: "Geral".
- Para treinamentos no local de trabalho, apontar: "*In loco*".
- Para treinamentos *online*, apontar: EAD.

No campo "Recursos necessários", apontar recursos organizacionais que são necessários como por exemplo: projetor, caixa de som, *flip chart*, *google meeting*, zoom, material visual, manuais impressos, etc.

No campo "Metodologia do treinamento", apontar a metodologia proposta para realização do evento como por exemplo:

- Aprendizagem baseada em problemas
- Aulas realísticas/simulado
- Estudo de caso
- Sala de aula invertida
- Giro colaborativo ou word café
- Dinâmicas ou jogos
- Aula dialogada
- Design Thinking
- Mesa redonda
- Mapa mental



Além da metodologia escolhida, as opções de organização do evento devem ser consideradas. Para esse item, indicamos observar a diferença entre:

- Aprendizado "in loco"- É ensinar a teoria na prática, em campo, no local de trabalho. Nesta modalidade, é indicado que, além de mostrar "o que deve ser feito", a metodologia de a opção de que o aprendiz também teste seu conhecimento.
- Painel de debate- Derivado da mesa redonda, no painel de debate os expositores debatem entre si o assunto da pauta.

- Workshop- Tem como objetivo detalhar, aprofundar um determinado assunto de maneira mais prática. Normalmente possui um moderador, mas deve ter o princípio da participação ativa do aluno no aprendizado.
- EAD- A educação a distância é uma opção inteligente para trabalhar com públicos que tenham dupla jornada e carga horária mais curta para aprendizado, a modalidade proporciona maior “presencialidade”, maior “flexibilidade dos processos”. Nesse caso, a Instituição pode investir em plataformas digitais ou utilizar plataformas gratuitas como zoom, *google meeting* ou até mesmo o *whatsapp*.

No campo “Metodologia de Avaliação de Eficácia”, apontar qual metodologia será utilizada para avaliar a eficácia da ação.

- Importate destacar que esta avaliação deve ter o propósito de avaliar a eficácia e eficiência do evento e não, a opinião dos treinandos sobre o que foi realizado. Ou seja, o objetivo deve ser avaliar se o participante teve ganho de conhecimento, habilidade ou atitude e se foi capaz de desenvolver alguma competência a partir do aprendizado gerando resultados efetivos para o negócio.
- Significa dizer ainda, que a conhecida “avaliação de reação” (que geralmente é distribuída ao final do evento para mensurar satisfação dos envolvidos) não é uma metodologia de avaliação de eficácia, embora seja também recomendada.
- Podem ser utilizados como opção, indicadores de desempenho, avaliações de desempenho, auditorias, resultados operacionais, análise de ROI (return on investment), entre outros.



Capítulo 4- Avaliações

O objetivo dos treinamentos é a melhoria contínua dos resultados e é fundamental que sejam avaliados os diversos resultados, desde a obtenção do conteúdo conceitual, até a capacidade de transformação da prática conquistada com o desenvolvimento. A avaliação de aprendizagem é importante para fornecer as informações necessárias para analisar a eficácia do treinamento e se isso está atingindo seus objetivos.

TIPOS DE AVALIAÇÕES POSSÍVEIS

AVALIAÇÃO DE REAÇÃO:

A avaliação de reação é o primeiro nível na escala avaliativa. Seu objetivo é identificar a percepção dos participantes em relação ao evento incluindo avaliação do conteúdo, facilitador, experiência de aprendizagem e sua relevância para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A avaliação de reação pode ser considerada um indicador de satisfação dos treinados, uma vez que sua satisfação determina o grau de envolvimento com os temas abordados e a posterior aplicação, ou não, do que foi visto. A aplicação da avaliação de reação **NÃO MEDE EFICÁCIA DO TREINAMENTO** e, por isso, sua aplicação é indicada apenas para entender a satisfação com o treinamento em suas diversas esferas.

A avaliação de reação pode ser aplicada por meio de formulário físico ou eletrônico, distribuído ao final do treinamento. Existem muitos modelos utilizados, recomendamos a utilização da Escala de *Likert* para tratamento das respostas (com variação de 1 a 4 ou 1 a 5).



A avaliação de reação, seja no modelo *online* ou formulário físico, deve ser aplicado ao final do treinamento. Não é obrigatória a identificação do treinado e pode ser amostral.

Modelo de Avaliação de reação

AVALIAÇÃO DE REAÇÃO				
Evento:		Data (s):		
Local:		Horário:		
Instrutor 1:		Instrutor 2:		
Buscando a melhoria contínua em nosso processo educacional, gostaríamos de saber a sua opinião sobre alguns aspectos do evento que você participou. Por favor, indique seu nível de satisfação para cada um dos seguintes tópicos, assinalando no espaço apropriado.				
Seus conhecimentos anteriores a este evento eram:				
<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Poucos <input type="checkbox"/> Bons Conhecimentos <input type="checkbox"/> Dominava o assunto				
Objetivo do treinamento:				
<input type="checkbox"/> Atualização <input type="checkbox"/> Adquirir novos conhecimentos <input type="checkbox"/> Aprimorar habilidades comportamentais				
<input type="checkbox"/> Outros Quais?				
Treinamento	1	2	3	4
	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo
Organização do treinamento				
Ambiente do treinamento				
Tempo de duração do treinamento				
Pontualidade				
Métodos e técnicas utilizados (dinâmicas, exercícios etc.)				
Qualidade do material (vídeos, slides etc...)				
Facilitador	1	2	3	4
	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo
Domínio do assunto				
Esclarecimento de dúvidas				
Relacionamento com participantes				
Autoavaliação	1	2	3	4
	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo
Aplicabilidade do conteúdo na vida profissional				
Como você classifica seu aprendizado?				
Como você classifica sua participação?				
A probabilidade de você indicar esse curso para seus colegas				
Você tem algum comentário sobre esse evento?				
Você tem alguma sugestão para os próximos treinamentos?				

Fonte: Baseado no modelo implementado nas unidades estudadas.
 Autora (2024)

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA

A avaliação da eficácia tem como objetivo verificar se o colaborador absorveu/aplicou o conhecimento adquirido ou se houve percepção na mudança do comportamento, como consequência de sua participação no processo de Treinamento e Desenvolvimento.

A avaliação de eficácia deve ser realizada em todos os treinamentos realizados. É fundamental realizar a verificação do alcance do objetivo proposto e esse processo pode ser realizado por meio de diferentes métodos:

- Prova/ Pré e Pós- Teste:

Quando o objetivo do treinamento for o compartilhamento de conceitos e diretrizes conceituais, a avaliação por meio de testes é pouco indicada uma vez que pode medir prioritariamente a capacidade do profissional de reter o conhecimento teórico, mas, nem sempre significa que ele está apto para a implementação do conteúdo. Nesses casos, indicamos o uso dos testes para avaliar se o conteúdo foi ministrado adequadamente. Porém, é indicado realizar também a avaliação de eficácia por outro método.

- Indicador de Desempenho

Quando o objetivo do treinamento for a melhora de resultados ligados a indicadores de gerenciamento de protocolos ou desempenho de processos, a avaliação de indicadores é um importante instrumento de gestão da instituição, e neste caso, tem como objetivo identificar se o treinamento contribuiu para os resultados. Exemplos de avaliação de resultados: a redução de eventos adversos, diminuição de reclamações, aumento da nota de satisfação do usuário, melhoria na pesquisa de clima, diminuição da taxa de infecções, etc.

- Avaliação de desempenho do Líder

Quando o objetivo do treinamento for a melhora da prática profissional envolvendo habilidades e atitudes que podem ser aferidas no dia a dia do profissional e que precisem de maior prazo para constatação, a avaliação realizada pelo líder é indicada. A mudança de comportamento só acontece se a aprendizagem é efetiva e a avaliação de desempenho comportamental tem como objetivo avaliar se os participantes estão aplicando o que foi aprendido na implementação das competências.

- Formulário de Avaliação de Eficácia

Muito utilizado em diversas organizações, o formulário de avaliação de eficácia pode ser utilizado quando o objetivo é o aprendizado ou melhora da execução dos processos ligados àquela temática que podem ser medidos por meio de observações de um avaliador. Usando formulário específico, a avaliação permite verificar se os participantes do treinamento são capazes de aplicar o que aprenderam com o programa e/ou se o evento efetivamente trouxe impactos positivos para a Instituição.

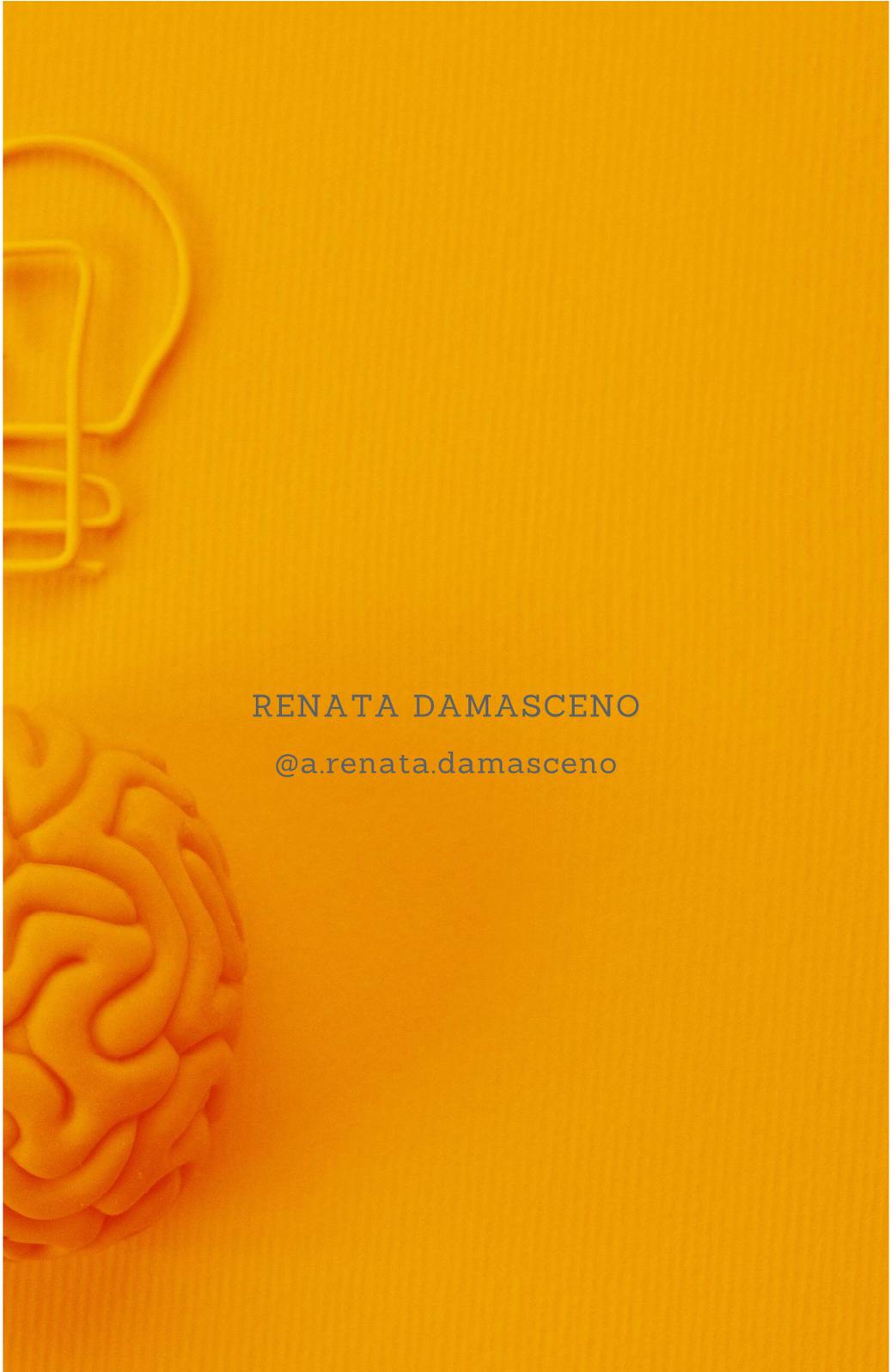
Capítulo 5- Conclusão

Nossa jornada foi desafiadora, mas estamos certos de que se o manual em questão foi corretamente utilizado, o resultado parcial até aqui deve ter sido um programa de educação permanente planejado com base nas necessidades da unidade e com propostas metodológicas que vão aperfeiçoar os resultados dia-após-dia.

Como resultado deste trabalho espera-se alcançar uma atuação crítica, reflexiva e transformadora dos profissionais da equipe, buscando a Educação Permanente como um processo compartilhado coletivamente, e que tem como objetivo central, a oferta de serviço qualificados, conscientes e humanizados. Espera-se também, que ocorra a intervenção na realidade a partir do significado que os próprios profissionais atribuem a suas práxis ressaltando a importância de vivenciar a construção de conhecimentos em uma perspectiva problematizadora.

As propostas para o uso de metodologias ativas na EPS são inúmeras. No entanto, queremos refletir sobre a necessidade de que o PEP deve sair do modelo de ensino centrado no professor, para o modelo centrado na relação. Ao invés de fazer com que fiquem passivamente assistindo as apresentações preparadas pelo “professor”, esta jornada propõe que os profissionais da unidade sejam condutores deste trem que terá como estação final, a transformação da saúde.

Em lugar de adotar abordagens passivas de ensino, as metodologias ativas podem incentivar a participação dos profissionais em seus programas de desenvolvimento, promovendo a capacidade de resolução de problemas e a aplicação prática do conhecimento teórico. Isto não só reforçará a retenção do conhecimento como, permitirá que os profissionais treinados desenvolvam habilidades de pensamento crítico-reflexivo capaz de fazer com que todos estejam embuídos em melhorar os serviços de saúde. Para além desses benefícios, a metodologia ativa vai reforçar a necessidade de colaboração entre os profissionais de saúde, destacando a interdisciplinaridade e a importância da visão sistêmica e da visão por processos na prestação de cuidados de saúde eficazes e centrados no paciente.



RENATA DAMASCENO

@a.renata.damasceno