



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF



ANGELINE DO NASCIMENTO PARENTE

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO ACREDITADO**

Belém - PA

2023

ANGELINE DO NASCIMENTO PARENTE

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO ACREDITADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Educação Permanente e Gestão dos Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Simão Carneiro

Belém - PA

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Parente, Angeline do Nascimento.

Educação permanente para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em hospital público acreditado / Angeline do Nascimento Parente. — 2023.

117 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Márcia Simão Carneiro
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Belém, 2023.

1. Educação Permanente. 2. Acreditação Hospitalar. 3.
Segurança do Paciente. 4. Melhoria da Qualidade. I. Título.

CDD 610.73071

ANGELINE DO NASCIMENTO PARENTE

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO ACREDITADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Educação Permanente e Gestão dos Serviços de Saúde
Linha de pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Simão Carneiro

Data de avaliação: __ / __ / __

Conceito: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Márcia Simão Carneiro
Orientadora

Profa. Dra. Aline Maria Pereira Cruz Ramos
Membro Titular Interno - UFPA

Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad
Membro Titular Externo – UEL

Profa. Dra. Antonia Margareth Moita Sá
Membro Externo - UEPA

Belém - PA

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Pai Celestial e ao Salvador Jesus Cristo, que sempre estiveram ao meu lado, pela força concedida para tornar possível o sonho de realizar a pós-graduação em Enfermagem, por iluminar as minhas ideias e mostrar que nada é impossível com a ajuda do Senhor. Pelo conforto em momentos de dificuldades e por conceder anjos invisíveis e de carne e ossos, que foram fundamentais para me sustentar durante esta caminhada.

Aos meus pais, Alfredo Parente e Deynira Parente, que me concederam o dom da vida, pelo incentivo e pelo exemplo. Ao meu pai Alfredo, que é o meu maior exemplo de trabalho e dedicação aos estudos pela sua história de vida e luta, que me ensinou que nenhum desafio é tão grande que não seja possível de superá-lo!

À minha irmã Andressa Parente Martins e ao meu cunhado Hardiney Martins, que foram grandes amigos e incentivadores. Obrigada por todo apoio e paciência nos momentos difíceis! Por serem pessoas incríveis, profissionais exemplares, professores maravilhosos! As minhas palavras não são suficientes para demonstrar o quanto sou grata por tudo o que fizeram e fazem na minha vida. Que o Pai Celestial retribua em forma de bênçãos sem medida sobre vocês!

Deixo aqui um agradecimento especial à minha irmã Profa. Dra. Andressa Parente Martins, enfermeira, professora e bióloga, meu grande exemplo como mãe, irmã e profissional espetacular! Obrigada por sempre estar presente em palavras e ações, por demonstrar amor, paciência e carinho e por me conceder os melhores conselhos para a vida! O seu auxílio foi essencial durante esta caminhada! Muito obrigada!

À minha irmã Ane Parente Terrazas pela alegria que sempre me trouxe, o apoio e incentivo, minha companheira desde a infância! Ao meu irmão Alexandre Parente pela doçura e amizade! Aos meus sobrinhos Augusto Martins, Alberto Martins e Lucas Werner, vocês são a luz, a alegria e os amores da minha vida!

Ao meu esposo Caio Reis, meu melhor amigo, meu amor! Obrigada pelo auxílio e paciência em todos os momentos. Com você, a caminhada fica mais leve! Amo você!

A todos os professores e mestres que contribuíram para o meu crescimento acadêmico e profissional, especialmente, à minha orientadora Profa. Dra. Márcia Simão Carneiro por me conduzir durante esta jornada! Gratidão!

Angeline Parente

“Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros”.

(FREIRE, 2021, p. 81)

RESUMO

Introdução: a acreditação hospitalar requer que os hospitais atinjam níveis organizacionais de excelência. Para o alcance da acreditação é necessária a promoção de melhorias na qualidade da assistência, assim, destaca-se as atividades educativas. O desenvolvimento da Educação Permanente, ainda se configura como um desafio nas instituições de saúde ao realizarem ações com o intuito de capacitar, atualizar e desenvolver os recursos humanos para a promoção de assistência segura, de qualidade, humanizada, livre de danos e com foco na segurança do paciente. **Objetivo:** compreender os desafios enfrentados pela Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado do estado do Pará. **Metodologia:** trata-se de um estudo de caso único integrado, realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, de caráter descritivo, transversal e com abordagem qualitativa. Foi utilizada a metodologia de Estudo de Caso proposta por Robert K. Yin. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas com 22 profissionais. As entrevistas foram áudio-gravadas em Smartphone, com média de 22 minutos e 40 segundos, posteriormente foram transcritas na íntegra, analisadas e interpretadas por meio da análise de conteúdo temática de Bardin, à luz de Paulo Freire. Foi utilizado o *Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)* para a análise de *corpus* textual e o *software BioEstat 5.3* para análise do perfil dos participantes. A coleta de dados ocorreu em junho de 2022. **Resultados:** a maioria dos participantes eram mulheres (90,9%), com idade média de 43,7 anos; tempo médio de experiência profissional de 18,1 anos; tempo de atuação na instituição foi de 11,4 anos; 81,8% eram enfermeiros; e 77,3% possuíam pós-graduação lato sensu. Utilizou-se três análises geradas pelo IRAMUTEQ: nuvem de palavras, análise de similitude e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Obteve-se cinco classes, as quais originaram três categorias: Desafios enfrentados pela Educação Permanente para garantir o processo de melhoria contínua; Educação Permanente para a promoção da qualidade e segurança do paciente no contexto da acreditação hospitalar; e Estratégias educativas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente. **Conclusão:** há desafios inerentes às ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), tais como, resistência à mudança, adesão às atividades, alta rotatividade de profissionais e dificuldade para liberação dos trabalhadores para participar das atividades. Além disso, a EPS mostrou-se fundamental na promoção da cultura de qualidade e segurança, assim contribuiu para a acreditação hospitalar. Os resultados também apontaram estratégias para a realização de atividades de EPS tais como

o uso da simulação realística, realização de atividades educativas *in loco*, em todos os turnos de trabalho e a promoção de atividades educativas remotas (online).

Palavras-chave: Educação Permanente; Acreditação Hospitalar; Segurança do Paciente; Melhoria de Qualidade.

ABSTRACT

Introduction: hospital accreditation requires hospitals to reach organizational levels of excellence. To achieve accreditation, it is necessary to promote improvements in the quality of care, thus, educational activities stand out. The development of Permanent Education is still a challenge for health care institutions when carrying out actions with the aim of training, updating and developing human resources to promote safe, quality, humanized, harm-free care and focused on patient safety. **Goal:** to understand the challenges faced by Permanent Education to achieve quality improvement and patient safety in an accredited public hospital in the state of Pará. **Methodology:** this is a single integrated case study, carried out at the Holy House of Mercy of Pará Foundation Hospital, with a descriptive, cross-sectional and qualitative approach. The Case Study methodology proposed by Robert K. Yin was used. Data collection took place through semi-structured interviews with 22 professionals. The interviews were audio-recorded on a Smartphone, with an average of 22 minutes and 40 seconds, later they were completely transcribed, analyzed and interpreted through Bardin's thematic content analysis, in the light of Paulo Freire's ideas. The IRAMUTEQ software (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) was used to analyze the textual corpus and the BioEstat 5.3 software was applied to analyze the participants' profile. Data collection took place in June 2022. **Results:** most participants were women (90.9%), with a mean age of 43.7 years; average time of professional experience of 18.1 years; working time at the institution was 11.4 years; 81.8% were nurses; and 77.3% had a lato sensu graduate degree. It was generated three analyzes by IRAMUTEQ: word cloud, similarity analysis and Descending Hierarchical Classification (CHD). It was obtained five classes, which originated three categories: Challenges faced by Permanent Education to guarantee the process of continuous improvement; Permanent Education for the promotion of quality and patient safety in the context of hospital accreditation; and Educational strategies for improving quality and patient safety. **Conclusion:** there are challenges inherent to Permanent Education in Health (PEH) actions, such as resistance to change, adherence to activities, high turnover of professionals and difficulty in releasing workers to participate in activities. In addition, PEH proved to be fundamental in promoting a culture of quality and safety, thus contributing to hospital accreditation. The results also pointed out to strategies for carrying out PEH activities such as the use of realistic simulation, carrying out educational activities in loco, in all work shifts and promoting remote educational activities (online).

Keywords: Permanent Education; Hospital Accreditation; Patient safety; Quality Improvement.

RESUMEN

Introducción: la acreditación hospitalaria requiere que los hospitales alcancen niveles organizacionales de excelencia. Para lograr la acreditación, es necesario promover mejoras en la calidad de la atención, por lo que se destacan las actividades educativas. El desarrollo de la Educación Permanente sigue siendo un desafío para las instituciones de salud al realizar acciones con el objetivo de capacitar, actualizar y desarrollar recursos humanos para promover una atención segura, de calidad, humanizada, libre de daños y enfocada en la seguridad del paciente. **Objetivo:** comprender los desafíos que enfrenta la Educación Permanente para lograr la mejora de la calidad y la seguridad del paciente en un hospital público acreditado en el estado de Pará. **Metodología:** se trata de un estudio de caso único e integrado, realizado en el hospital Fundación Santa Casa de Misericordia del Pará, con carácter descriptivo, transversal y abordaje cualitativo. Se utilizó la metodología de Estudio de Caso propuesta por Robert K. Yin. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas con 22 profesionales. Las entrevistas fueron audiograbadas en un Smartphone, con una media de 22 minutos y 40 segundos, y posteriormente transcritas íntegramente, analizadas e interpretadas a través del análisis de contenido temático de Bardin, a la luz de Paulo Freire. Se utilizó el *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) para el análisis del *corpus* textual y el *software* BioEstat 5.3 para el análisis del perfil de los participantes. La recolección de datos ocurrió en junio de 2022. **Resultados:** la mayoría de los participantes eran mujeres (90,9%), con una edad media de 43,7 años; tiempo medio de experiencia profesional de 18,1 años; la jornada laboral en la institución fue de 11,4 años; 81,8% eran enfermeros; y el 77,3% tenía un posgrado lato sensu. Se utilizaron tres análisis generados por IRAMUTEQ: nube de palabras, análisis de similitud y Clasificación Jerárquica Descendente (CJD). Se obtuvieron cinco clases, que originaron tres categorías: Desafíos que enfrenta la Educación Permanente para garantizar el proceso de mejora continua; Educación Permanente para la promoción de la calidad y seguridad del paciente en el contexto de la acreditación hospitalaria; y Estrategias educativas para la mejora de la calidad y seguridad del paciente. **Conclusión:** existen desafíos inherentes a las acciones de Educación Permanente en Salud (EPS), como la resistencia al cambio, la adherencia a las actividades, la alta rotación de profesionales y la dificultad de liberación de los trabajadores para participar en las actividades. Además, la EPS demostró ser fundamental en la promoción de una cultura de calidad y seguridad, contribuyendo así a la acreditación hospitalaria. Los resultados también apuntaron estrategias para la realización de las actividades de la EPS, como el uso de la simulación realista,

la realización de actividades educativas *in loco*, en todos los turnos de trabajo y la promoción de actividades educativas a distancia (online).

Palabras clave: Educación Permanente; Acreditación de Hospitales; Seguridad del Paciente; Mejora de la Calidad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Mapa dos hospitais acreditados do estado do Pará | 23 |
| Quadro 1 – Conceitos-chave em segurança do paciente | 35 |
| Figura 2 – Modelo do queijo suíço de James Reason | 36 |
| Figura 3 – Ciclo PDCA | 41 |
| Figura 4 – Ferramenta 5W2H | 41 |
| Figura 5 – Estudo de Caso único integrado | 51 |
| Figura 6 – Nuvem de palavras | 61 |
| Figura 7 – Análise de similitude | 62 |
| Figura 8 – Análise de similitude (divisão em comunidades) | 64 |
| Figura 9 – Dendograma gerado pelo <i>software</i> IRAMUTEQ | 67 |
| Figura 10 – Categorias emergentes das classes originadas pelo <i>software</i> IRAMUTEQ | 68 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo em valores absolutos (N) e percentuais (%), Belém-PA, 2022 | 59 |
| Tabela 2 – Análise descritiva dos entrevistados, Belém-PA, 2022 | 60 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| AGQS | Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança |
| ALC | América Latina e Caribe |
| ANM | Associação Nacional de Medicina |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASCOM | Assessoria de Comunicação |
| AVA | Ambiente Virtual de Aprendizagem |
| CAC | Colégio Americano de Cirurgiões |
| CBA | Consórcio Brasileiro de Acreditação |
| CBC | Colégio Brasileiro de Cirurgiões |
| CCHA | <i>Canadian Council on Hospital Accreditation</i> |
| CCHFA | <i>Canadian Council on Health Facilities Accreditation</i> |
| CCHSA | <i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i> |
| CCIH | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEDP | Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas |
| CEP | Controle Estatístico de Processo |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CHD | Classificação Hierárquica Descendente |
| CIB | Comissão Intergestora Bipartite |
| CIES | Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço |
| CNES | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde |
| COAPES | Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CONFITEAS | Conferência Internacional de Educação de Adultos |
| DEGERTS | Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| DNV | <i>Det Norske Veritas</i> |
| EAD | Educação à Distância |
| EP | Educação Permanente |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |

| | |
|-----------|---|
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FSCMPA | Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará |
| HMUE | Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência |
| IAC | Instituição Acreditadora |
| IBES | Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| IMS/UERJ | Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| IOM | <i>Institute of Medicine</i> |
| IQG | Instituto Qualisa de Gestão |
| IRAMUTEQ | <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i> |
| ISQua | <i>International Society for Quality in Health Care</i> |
| JCI | <i>Joint Comission International</i> |
| JCAH | <i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i> |
| JCAHO | <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> |
| LNT | Levantamento de Necessidades de Treinamento |
| LNC | Levantamento de Necessidades de Capacitação |
| NEP | Núcleo de Educação Permanente |
| NEPE | Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem |
| NOTIVISA | Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária |
| NQSP | Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| OSS | Organização Social de Saúde |
| OSCIP | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público |
| PAC | Plano Anual de Capacitação |
| PBAH | Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar |
| PDI | Plano de Desenvolvimento Individual |
| PE | Planejamento Estratégico |
| PET-SAÚDE | Programa para Educação pelo Trabalho na Saúde |

| | |
|--------|--|
| PGAQS | Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PPH | Programa de Padronização Hospitalar |
| SBA | Sistema Brasileiro de Acreditação |
| SES | Secretarias Estaduais de Saúde |
| SESPA | Secretaria de Saúde do Estado do Pará |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SMS | Secretarias Municipais de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| T&D | Treinamento e Desenvolvimento |
| TIC | Tecnologias de Informação e Comunicação |
| TJC | <i>The Joint Commission</i> |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPA | Universidade Federal do Pará |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura |

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO I | 20 |
| 1 INTRODUÇÃO | 20 |
| 1.1 Tema em estudo..... | 20 |
| 1.2 Justificativa..... | 21 |
| 1.3 Problema..... | 23 |
| 1.4 Objetivos..... | 24 |
| 1.4.1 Geral..... | 24 |
| 1.4.2 Específicos..... | 24 |
| CAPÍTULO II | 25 |
| 2 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS | 25 |
| 2.1 Histórico da Educação Permanente em Saúde..... | 25 |
| 2.1.1 A Educação Permanente aplicada à área da saúde..... | 28 |
| 2.2 Distinção entre Educação Permanente e Educação Continuada..... | 31 |
| 2.3 Educação Permanente sob a ótica de Paulo Freire..... | 32 |
| 2.4 Protagonismo do enfermeiro na Educação Permanente em Saúde | 33 |
| 2.5 Educação Permanente para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente..... | 34 |
| 2.6 A Educação Permanente em Saúde como estratégia para a garantia da melhoria da qualidade assistencial | 38 |
| 2.7 Melhoria contínua da qualidade e Educação Permanente: caminhos para a acreditação hospitalar..... | 42 |
| CAPÍTULO III | 49 |
| 3 BASES METODOLÓGICAS | 49 |
| 3.1 Natureza da pesquisa..... | 49 |
| 3.2 Explorando o cenário e apresentando os participantes da investigação..... | 52 |
| 3.2.1 Local do estudo..... | 52 |
| 3.2.2 Participantes do estudo..... | 53 |
| 3.2.2.1 Critérios de inclusão..... | 53 |
| 3.2.2.2 Critérios de exclusão..... | 53 |
| 3.3 Técnica de coleta e registro dos dados..... | 54 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 3.4 | Análise dos dados..... | 56 |
| 3.5 | Considerações éticas do estudo..... | 57 |
| | CAPÍTULO IV..... | 59 |
| 4 | RESULTADOS..... | 59 |
| 4.1 | Perfil sociodemográfico dos participantes..... | 59 |
| 4.2 | Nuvem de Palavras..... | 61 |
| 4.3 | Análise de Similitude..... | 62 |
| 4.4 | Análise de Similitude (divisão em comunidades) | 64 |
| 4.5 | Classificação Hierárquica Descendente/caracterização das classes/categorias..... | 66 |
| 4.6 | Análise interpretativa das categorias..... | 68 |
| 4.6.1 | Categoria I – Desafios enfrentados pela Educação Permanente para garantir o processo de melhoria contínua..... | 68 |
| 4.6.2 | Categoria II - Educação Permanente para a promoção da qualidade e segurança do paciente no contexto da acreditação hospitalar..... | 70 |
| 4.6.3 | Categoria III - Estratégias educativas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente..... | 73 |
| | CAPÍTULO V..... | 81 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 81 |
| | CAPÍTULO VI..... | 89 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 89 |
| | REFERÊNCIAS..... | 91 |
| | APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 106 |
| | APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ..... | 110 |
| | APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRURADA... | 112 |
| | ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ICS/UFGA..... | 114 |
| | ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FSCMPA..... | 115 |

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo Mestrado em Enfermagem se iniciou desde a graduação como aluna da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal do Pará (UFPA), em virtude das atividades desenvolvidas na instituição, que tem como base o ensino, pesquisa e extensão bem estabelecidos através dos editais e projetos ofertados, a exemplo do Programa para Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE) Rede Cegonha, em que participei como aluna bolsista (2013-2014), onde atuei em pesquisas voltadas para a área materno-infantil e realizei atividades de Educação em Saúde para mães internadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

Posteriormente, tive a oportunidade de realizar Graduação Sanduíche na Universidade de Kentucky, Estados Unidos da América (EUA), pelo Programa Ciência Sem Fronteiras como bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (2014-2015), experiência exitosa que me permitiu aumentar a aproximação com a pesquisa científica.

Apesar da ausência de um sistema público de saúde universal nos EUA, o país prioriza pelo padrão elevado de qualidade em saúde, fato demonstrado pelo incentivo à acreditação hospitalar pelo próprio governo federal americano, o qual apenas realiza repasses aos hospitais decorrentes da assistência a usuários pertencentes à seguridade social, isto é, “*Medicaid*” e “*Medicare*”, se o hospital for acreditado, servindo assim de incentivo para melhoria da qualidade, conseqüentemente, alavancando o processo de acreditação hospitalar nos EUA (NOVAES, 2015).

Ao concluir a Graduação em Enfermagem, assumi o desafio de atuar como Enfermeira do Serviço de Educação Continuada do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), instituição de referência na Região Norte do Brasil na assistência de média e alta complexidade a pacientes vítimas de trauma e queimadura. Como Enfermeira do Serviço de Educação Continuada era responsável pelas atividades de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) dos colaboradores da área assistencial, totalizando cerca de 600 colaboradores.

Ao atuar como Enfermeira do Serviço de Educação Continuada em um hospital de grande porte, surgiram inúmeros desafios, como o de promover a transformação de práticas e de realidades por meio da educação, com foco no alcance da melhoria da qualidade da assistência em saúde e segurança do paciente. Para isso, foi necessária a implementação de uma rotina extensa e programada de atividades educativas que pudessem obter a adesão dos colaboradores, assim como utilizar as Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem para que,

de fato, fosse possível promover a aprendizagem significativa e a educação problematizadora proposta por Paulo Freire (FREIRE, 2021).

No exercício de minha função, aprofundei o meu interesse em compreender a Educação Permanente em Saúde (EPS), fundamentada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pautada pela educação transformadora e libertadora de Paulo Freire, que busca o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde para a transformação de realidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (SADE et al, 2019).

Neste sentido, observei o constante movimento em que havia entre as atividades de Educação Permanente e o processo de acreditação hospitalar, onde ao iniciar a minha atuação no HMUE, instituição Acreditada (ONA 1) no ano de 2018, percebia a preocupação em se manter níveis elevados de qualidade nos processos gerenciais e assistenciais, culminando assim, em 2020, com o recebimento da certificação de Acreditado Pleno (ONA 2).

Nesse ínterim, para se fazer cumprir os requisitos para o alcance da certificação, enquanto Enfermeira do Serviço de Educação Continuada estava inserida não apenas nas atividades educativas desenvolvidas na instituição, mas nas atividades gerenciais. Era notório que a participação do Enfermeiro do Serviço de Educação Continuada nas atividades de gestão tinha como objetivo buscar estratégias para que a EPS pudesse contribuir nas ações de melhoria com foco na segurança do paciente.

Assim, durante as reuniões da equipe de gestão, emergiam demandas a serem atendidas pelo Serviço de Educação Continuada, tais como a realização de capacitações com os colaboradores, a fim de buscar prevenir erros ou solucionar problemas que pudessem ser corrigidos por meio de atividades educativas.

Essas experiências despertaram o meu interesse em compreender, fundamentado em dados científicos, os desafios enfrentados pela EPS para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente no contexto da acreditação hospitalar, objeto de estudo desta pesquisa, a fim de contribuir para a elaboração de estratégias exitosas para o desenvolvimento de ações de EPS e evidenciar o protagonismo do enfermeiro nesse processo.

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema em estudo

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual foi instituída em 13 de fevereiro de 2004 por meio da Portaria nº 198/GM/MS, apresenta-se como a principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para formação e desenvolvimento de trabalhadores, objetiva promover a transformação das práticas do trabalho em saúde e busca iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do SUS. Deste modo, tornou-se um marco para a formação e trabalho em saúde no país e representa uma conquista da sociedade brasileira (BRASIL, 2018).

Foi criada com o propósito de consolidar os princípios e diretrizes estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), a qual define como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, a Educação Permanente na Saúde (EPS) se caracteriza como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, adaptadas às necessidades e realidades locais. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação, gera reflexão do processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço (SADE et al, 2019).

O desenvolvimento de EPS ainda se configura como um grande desafio nas instituições de saúde e entre as diversas categorias profissionais, sendo desenvolvido em Núcleos de Educação Permanente (NEP), os quais buscam, através de ações sistematizadas, elaborar estratégias educativas para a equipe multiprofissional, com o intuito de capacitar, atualizar e desenvolver os recursos humanos para a realização de assistência segura, de qualidade, humanizada, livre de danos e com foco na segurança do paciente (FRAGOSO; QUEMEL; PETERLINI, 2019).

A partir da década de 1990, houve iniciativas no Brasil, que demonstraram preocupação quanto à qualidade da assistência hospitalar, conseqüentemente, ocorreu a implantação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde pelo Ministério da Saúde, que resultou no surgimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, e em seguida, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 1999 (SOUSA et al, 2023).

A acreditação hospitalar se caracteriza como uma metodologia voltada para a padronização dos serviços hospitalares em busca da qualidade (ONA, 2019). Segundo dados fornecidos pela ONA, até o ano de 2023 havia cerca de 413 hospitais acreditados no Brasil por meio desta metodologia, entre públicos e privados, número muito reduzido se comparado à quantidade total de hospitais gerais no país, que corresponde a 5.389 (ONA, 2023; BRASIL, 2023).

A acreditação hospitalar tem se mostrado muito benéfica ao trazer consigo melhorias na qualidade assistencial, pois aumenta a possibilidade de fornecimento para a população de cuidado seguro e humanizado, melhora a satisfação do paciente e traz consigo mudança de hábitos e cultura organizacional (ALGUNMEEYN; ALRAWASHDEH; ALHABASHNEH, 2020).

Destaca-se a atuação do enfermeiro como elemento chave desse processo, em virtude de desempenhar funções assistenciais, gerenciais e educativas contribui para a aplicação dos protocolos de segurança do paciente e garantia de um ambiente seguro para profissionais e pacientes. Assim como, ao assumir funções de liderança, busca a elaboração, promoção, acompanhamento e cumprimento de normas e regras que promovem a disseminação da cultura de qualidade e favorecem o alcance e manutenção da acreditação hospitalar (CUNHA et al, 2021).

1.2 Justificativa

A EPS contribui para a melhoria das práticas assistenciais, especialmente, por meio da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, isto é, atividades educativas que despertem a reflexão crítica do processo de trabalho da enfermagem, baseadas nas necessidades e dificuldades enfrentadas pelo trabalhador no cotidiano do trabalho, assim, resulta no desenvolvimento profissional, que se dá através da acumulação de capital científico. Deste modo, a obtenção de conhecimento pela equipe de enfermagem, força de trabalho motriz do cuidado em saúde, é traduzida na realização de assistência integral ao paciente e à família, com maior habilidade técnica e científica, conseqüentemente, reflete diretamente na qualidade da assistência (PAIVA et al, 2020; CEZAR et al, 2019).

Ao considerar o papel do enfermeiro como líder, observa-se o protagonismo deste profissional ao exercer funções gerenciais nos níveis estratégico, intermediário e operacional, com atuação pautada pela cultura da qualidade, com foco no cuidado. Nesse contexto,

evidencia-se a atuação do enfermeiro como principal disseminador da cultura de qualidade por meio das ações de EPS (OLIVEIRA et al, 2017).

No intuito de apontar e mitigar os principais riscos resultantes do cuidado em saúde, para que seja estruturado um cuidado seguro ao paciente, foram estabelecidas as seguintes propostas, as quais se caracterizam como metas internacionais de segurança do paciente: identificação do paciente; comunicação eficaz entre os membros da equipe multiprofissional; segurança na prescrição e administração de medicamentos; cirurgia segura; redução dos riscos de queda e lesão por pressão; e higienização das mãos (TRENTIN et al, 2019).

Nesse sentido, as ações de EPS têm sido amplamente utilizadas como uma estratégia adotada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) desde 2013 para estimular na equipe multidisciplinar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuem para o gerenciamento de riscos, garantia da qualidade e segurança nos processos assistenciais. Deste modo, a EPS possibilita a promoção de melhorias no atendimento ao usuário do SUS (TIBOLA et al, 2019).

A acreditação hospitalar reafirma a importância em se realizar assistência com excelência, para isso, é necessária a implementação de diversas estratégias gerenciais, para que se superem as dificuldades eminentes, como a aceitação e resistência das equipes às mudanças instituídas. Nesse sentido, a EPS se apresenta como uma ferramenta para superar tais resistências. Deste modo, investir no desenvolvimento da equipe de enfermagem se caracteriza como uma estratégia de grande valia (PAIVA et al, 2020).

No período pré-acreditação, evidencia-se o incremento das demandas no hospital tanto a nível gerencial quanto assistencial, diante das transformações que devem ser realizadas para o alcance da certificação, é necessário que, nesta fase, todos estejam envolvidos. A EPS atua como elemento essencial para a obtenção da acreditação, pois apresenta caráter coesivo, transformador, e possui a capacidade de integrar as equipes através da gestão participativa, assim os conduz à responsabilização comum neste processo. Logo, é sob a atuação da EPS, em parceria com a gestão hospitalar, que se encontra grande parte da responsabilização pelo processo de acreditação (DOMINGUES; MARTINEZ, 2017).

Nesta perspectiva, é de grande relevância conhecer os desafios enfrentados pela EPS na busca pela melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado do estado do Pará, a fim de identificar as principais demandas e impasses enfrentados por este serviço; e para que o Serviço de Educação Permanente possa elaborar estratégias junto à gestão hospitalar para a efetivação do processo de melhoria contínua, garantindo assim níveis elevados de qualidade nos aspectos assistenciais, formativos e gerenciais.

1.3 Problema

Atualmente no estado do Pará, conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), há cerca de 7.353 estabelecimentos de saúde cadastrados, dos quais se destacam, 225 hospitais gerais, 29 hospitais especializados e 13 hospitais-dia, entre públicos e privados, que oferecem assistência de média e alta complexidade (BRASIL, 2021).

Ao considerar a divisão do Pará por regiões de saúde, conforme a divisão da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) nº 140, de 09/2018, que divide o Pará em quatro Macrorregiões de Saúde, destaca-se a Macrorregião de Saúde I, composta pelas regiões de saúde Metropolitana I, Tocantins, Marajó I e Marajó II. A região de saúde Metropolitana I, que compreende as cidades de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará, é a que apresenta o maior contingente populacional e de serviços hospitalares oferecidos (SESPA, 2019).

De acordo com a ONA (2022), há 21 estabelecimentos de saúde acreditados no estado do Pará, destes, 16 são Hospitais Gerais de administração pública e privada, dentre eles, dez se encontram localizados na Região Metropolitana I, conforme mapa abaixo (Figura 1). Destes, somente três são hospitais públicos Acreditados com Excelência (ONA 3), dois são administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e apenas um é de interesse deste Estudo de Caso, por ser hospital público da administração indireta vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA).

Figura 1 – Mapa dos hospitais acreditados do estado do Pará



Fonte: Elaborado pela autora

Deste modo, destaca-se que o número de hospitais públicos Acreditados com Excelência na Região Metropolitana I do estado do Pará ainda é reduzido, o que diretamente apresenta impacto na qualidade dos serviços ofertados para a população. Apesar disso, sabe-se que existe um alto envolvimento da Educação Permanente em Saúde para a melhoria contínua da qualidade das práticas assistenciais, assim, contribui diretamente para a implementação e monitoramento do processo de acreditação (FONTENELE JÚNIOR; FREIRE; CARNEIRO, 2018; DUCATTI, 2022). Diante disso, questiona-se: Quais são os desafios enfrentados pela Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado do estado do Pará?

1.4 Objetivos

1.4.1 Geral:

Compreender os desafios enfrentados pela Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado do estado do Pará.

1.4.2 Específicos:

- Descrever o perfil dos participantes da pesquisa.
- Conhecer as contribuições da Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente na instituição em estudo.
- Identificar estratégias educativas realizadas pela Educação Permanente com vistas à melhoria da qualidade e segurança do paciente na instituição em estudo.

CAPÍTULO II

2 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS

2.1 Histórico da Educação Permanente em Saúde

A ideia de aprendizagem ao longo da vida, conceituada atualmente como Educação Permanente (EP), apresenta-se como um conceito recente, porém, trata-se de uma preocupação antiga, de acordo com o filósofo chinês Lao-Tsé (1324-1408 A.C.) “todo estudo é interminável” (BRANDÃO, 2016; LAO-TSÉ, 1967, p. 84).

Desde a Grécia Antiga, há evidências quanto à preocupação com a educação integral do homem, onde foi adotado o termo “Paideia”, o que caracterizaria uma formação ética do homem voltada para os aspectos de vida na pólis. A partir do final do século XVIII e início do século XIX, surge o termo alemão “*Bildung*”, cujo significado seria uma formação ética e cultural, a qual conduzia a formação do indivíduo. No século XX, Adorno e Horkheimer, pensadores da Escola de Frankfurt, colocaram em questão o ideal de formação ética e cultural, e prosseguiram na crítica levantada por Engels e Marx, que contrariavam a visão de Hegel de trabalho como determinante da condição humana. Para Marx e Engels, o trabalho pode ser compreendido como deformador e alienador resultante das relações capitalistas. Assim, em uma visão ontológica da relação trabalho e formação cultural, percebe-se uma dicotomia entre a educação com potencial emancipatório ou como efeito de reprodução das formas de dominação (PASSONE, 2019).

Na França, com a Revolução de 1789, é apontado que a obtenção de uma educação ao longo da vida, que pudesse abranger todas as idades, seria fundamental para um momento de transição entre o regime monárquico e a consolidação do estado burguês, período em que se buscava construir o homem moderno, pautado nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade (GADOTTI, 2016; PASSONE, 2019).

A concepção teórica de EP surge a partir da Educação de Adultos e se apresenta em vertentes nacionais e internacionais. Deste modo, são apontadas três correntes, a americana, a europeia e a internacional. Na vertente americana, a Educação de Adultos se caracteriza como uma tradição de longa data, atende aos objetivos educativos dos países norte-americanos, e são utilizadas no inglês as seguintes expressões que substituem o termo “Educação Permanente”: “*continuous learning*”, “*continuing education*”, “*lifelong education*” ou “*recurrent education*” (AROUCA, 1996; CARDOSO, 2009)

O Canadá, por exemplo, desde 1857 possui um modelo teórico de EP, como o adotado na “*Université de Montreal*”, que em 1898 ofertava cursos noturnos nas áreas de pedagogia, artes, línguas modernas e teologia. Estes cursos eram voltados para a Educação de Adultos, cujos alunos eram membros de movimentos populares, sindicatos, cooperativas e serviços de extensão universitária. Assim, em 1968, a “*Université de Montreal*” organiza o Serviço de Educação Permanente, que posteriormente origina a Faculdade de Educação Permanente (AROUCA, 1996).

Enquanto isso, nos Estados Unidos, observou-se que a Educação de Adultos seguiu três tendências principais: a primeira, denominada de social reformista (1919 a 1929), a qual abrangeu o período após a Primeira Guerra Mundial, quando a Educação de Adultos foi utilizada como instrumento de crítica e de desenvolvimento social, por isso o caráter reformista; a segunda, de orientação profissional (1929 a 1946), que teve como a sua principal característica o período da depressão econômica e como objetivo estimular a formação profissional; e a terceira, chamada de eclética (1946 a 1964), durante o período pós-guerra, constituiu-se em uma Educação de Adultos voltada tanto para a profissionalização quanto para o investimento em educação como meio de transformação social (AROUCA, 1996; MELO; SENA, 2021).

Na Europa, a partir da revolução industrial, movimento em que uma grande massa de trabalhadores transita de oficinas artesanais para as fábricas, assim como do campo para a cidade, surge a necessidade de instruir o operariado, deste modo, originaram-se às escolas científicas, técnicas e profissionais para a população adulta. O fim da Segunda Guerra Mundial se constituiu em um marco na história da Educação de Adultos, pois a Europa enfrentava um contexto de reconstrução e de rápido desenvolvimento técnico e científico, assim, seria fundamental capacitar a mão-de-obra para a utilização de novas tecnologias. Desta forma, a Educação de Adultos se torna uma estratégia de desenvolvimento e regulação social. No período entre 1949 a 1985, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) impulsiona a realização de uma série de Conferências Internacionais de Educação de Adultos (CONFITEAS). A primeira delas foi realizada na Dinamarca em 1949, nessa conferência se discutia sobre uma educação que pudesse contribuir para o respeito aos direitos humanos, a fim de proporcionar a necessária paz (GUEDES; LOUREIRO, 2016)

Internacionalmente, observa-se que na década de 1960 o mundo experienciou uma crise educacional, a exemplo da revolta estudantil de 1968 em Paris e outros movimentos estudantis que se sucederam na Inglaterra, a fim de questionar o sistema de ensino formal. Além disso, o mundo passava por profundas transformações científicas, políticas e sociais, as profissões também enfrentaram um rápido processo de evolução. Tornava-se fundamental uma

modificação na maneira em se pensar a educação, logo, emergiu a necessidade de uma autoeducação permanente de adultos (MELO; SENA, 2021).

Na América Latina e no Brasil, a partir da década de 1960, observa-se que o conceito de EP por meio de incentivos da UNESCO se traduziu em ações voltadas para a alfabetização funcional e compensatória, principalmente de trabalhadores de setores petroquímico, elétrico e tecnológico, em virtude da lacuna na formação inicial, com o objetivo de atender as necessidades desenvolvimentistas do Estado brasileiro. Assim, o processo de EP na América Latina, onde se buscava preencher lacunas entre a formação formal e as demandas do mundo do trabalho, diferenciou-se do observado nos Estados Unidos, Canadá e Europa (PASSONE, 2019).

Em relação à origem do termo “Educação Permanente”, há registros quanto a sua utilização em um informe do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido em 1919 com o uso da expressão “*lifelong education*”, sendo traduzido para o francês como “*Éducation Permanente*” no relatório produzido por Edgar Faure e publicado pela UNESCO em 1972. Este relatório denominado “Aprender a Ser” tem como um dos eixos norteadores a EP e defende a importância de uma educação ao longo da vida, especialmente em virtude da rápida evolução das profissões (GADOTTI, 2016; LEMOS; SILVA, 2018; WERTHEIN; CUNHA, 2005).

O Relatório Faure estimulou a discussão sobre os sistemas educacionais, assim permitiu o rompimento de visões estreitas e fragmentadoras, e contribuiu para o avanço das políticas educativas em diversos países, especialmente, na implantação de uma educação para a vida toda, a exemplo do Brasil. Deste modo, a EP foi conceituada como um projeto em que o homem é o agente da sua própria educação, através da sua interação permanente, ações e reflexões, e a educação como um saber em constante evolução. Portanto, ao considerar o processo educativo, é necessário que o homem deve “aprender a ser” (LIMA; RIBEIRO, 2016; LEMOS; SILVA, 2018; WERTHEIN; CUNHA, 2005).

Para Lemos (2016) a EP surge baseada na teoria do capital humano, em que a qualificação dos indivíduos é considerada como elemento fundamental para o desenvolvimento dos países e alcance da produtividade econômica, deste modo, a EP pode ser caracterizada como um instrumento ideológico que incentive formas de trabalho que concedam maior autonomia e permitam a participação e utilização da capacidade criativa do trabalhador para que se alcancem melhores resultados, e sejam atendidas às necessidades do mundo capitalista.

2.1.1 A Educação Permanente aplicada à área da saúde

A ideia de EP para profissionais de saúde passa a ser discutida na década de 1980 por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual se apropriou do termo “Educação Permanente”, estimulou a renovação do debate sobre as ações educativas voltadas para os trabalhadores da saúde e indicou os sistemas de saúde como responsáveis pela formação de seus trabalhadores, bem como apresentou a aplicação da EP na área da saúde como elemento impulsionador de mudanças de práticas (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

Vale ressaltar que, no momento histórico em que a OPAS adota a EP para a área da saúde, o contexto econômico internacional é marcado pelo fim do modelo econômico keynesiano e fortalecimento do neoliberalismo, em que houve uma redução do envolvimento do Estado na economia; assim como, pelo abandono de modelos produtivos como o fordismo/taylorismo, que traziam uma rigidez ao processo de trabalho (taylorismo), e pela atividade produtiva mecanizada, com reduzida participação intelectual do trabalhador (fordismo). Desta forma, a OPAS reconhece que diante das transformações tecnológicas e econômicas que também afetam a produção do trabalho em saúde seria necessário estimular a EP dos trabalhadores, de modo a incentivar o maior envolvimento do trabalhador no processo produtivo em saúde, com fins a melhores resultados, assemelhando-se ao modelo produtivo toyotista, assim, supera-se o trabalho fragmentado, desumanizado e alienante (taylorismo/fordismo) (LEMOS, 2016).

Desta maneira, a EP atende as necessidades de criação e adaptação advindas com o processo de globalização que afetam diretamente as formas de trabalho. Parte do pressuposto de que o advento de novas tecnologias requer do capital humano mais competência técnica e científica, para que o homem se mantenha inserido no mundo do trabalho, portanto, deve apresentar maior capacidade intelectual, crítica e criativa (DELORS et al, 1998; CARDOSO, 2009).

A partir da década de 1970, a Reforma Sanitária Brasileira e as Conferências de Saúde também apontavam para a necessidade de uma política específica para a educação na saúde, combatiam às propostas tradicionais e que não atendiam às necessidades dos serviços de saúde, tais como as ofertas de capacitações e treinamentos, que apresentavam baixa efetividade. Com o advento do SUS em 1990, as ações e estratégias relativas à gestão do trabalho e à formação dos trabalhadores foram reorientadas, assim, foram produzidas experiências inovadoras na

gestão, no cuidado e na formação (CARDOSO et al, 2017; CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019).

A Constituição Federal de 1988 prevê em seu art. 200, inciso III, como competência do SUS ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 1988). A fim de atender a essa prerrogativa, em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, formação e regulação dos trabalhadores de saúde. Faziam parte da SGTES o Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), esse último responsável pela implantação da PNEPS em 2004 (OGATA et al, 2021).

Deste modo, a PNEPS surge como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área, com o intuito de adequar a formação dos trabalhadores da saúde às reais necessidades dos usuários. Através da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a política de EPS pretende aproximar a teoria de situações vivenciadas na prática, transformar as situações laborais em aprendizagem, valorizar o processo de trabalho e permitir a reflexão sobre os problemas vivenciados no cotidiano do trabalho em caráter multiprofissional. Assim, os profissionais são estimulados a pensarem criticamente o seu papel mediante as questões de saúde, como seres autônomos capazes de transformar a realidade do SUS e de promover a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários (FERNANDES et al, 2017).

A Portaria nº 198/GM/MS/2004, a qual implementa a PNEPS, criou os Polos de EPS, os quais se caracterizavam em instâncias interinstitucionais e loco regionais, para que fossem propostas mudanças na educação técnica, graduação, especializações em serviço, residências médicas e ações para o desenvolvimento de trabalhadores. Os Polos de EPS, portanto, eram espaços de mobilização do quadrilátero da EPS, isto é, de participação dos seus atores (população, trabalhadores, gestores do SUS e aparelho formador), em que, através das rodas de EPS, era possível que todos os atores participassem da construção da política, mapeamento de necessidades e definição de prioridades (CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019).

Em 2007, foi proposta uma nova revisão da Política, por meio da Portaria GM/MS nº 1996/2007, na qual foram publicadas as diretrizes de implementação da Política de EPS e foram substituídos os Polos de EPS por Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), implementadas junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que atuam na formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. A CIES apresenta composição plural, é constituída por

instituições formadoras públicas e privadas, gestores estaduais e municipais, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, unidades assistenciais e membros de sindicatos de trabalhadores do SUS (FRANÇA et al, 2017). Apesar disso, há estudos que evidenciam a desarticulação e baixa atuação da CIES na implantação da EPS, assim, sugerem a necessidade de melhoria da articulação macrorregional da CIES (FRANÇA et al, 2017; OGATA et al, 2021; GONÇALVES et al, 2019; CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019; CARDOSO et al, 2017).

Os desafios enfrentados para a consolidação da EPS em caráter nacional, como dificuldades de articulação entre gestores do SUS, trabalhadores, instâncias de controle social e Instituições de Ensino Superior (IES), participação dos gestores municipais e impasses na utilização dos recursos financeiros para a EPS, repercutiram na reduzida implantação e efetividade das CIES, além da indefinição de parâmetros para a construção de projetos e de avaliação das ações de mudanças de práticas na formação, gestão e atenção em saúde. Diante deste cenário, a fim de atender tecnicamente ao processo de planejamento e programação das ações de EPS, foi elaborado pelo Ministério da Saúde um manual intitulado “Orientações para o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde no SUS”, o qual foi encaminhado às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para auxiliar na organização dos Planos de Educação Permanente (GONÇALVES et al, 2019).

Além desse manual, foi produzida pelo Ministério da Saúde uma publicação específica sobre as ações relevantes que têm sido desenvolvidas para a implementação da EPS, intitulado “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?”. Nessa publicação são evidenciados eixos importantes como: integração ensino-serviço; contribuição dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) na organização das ações de EPS e na articulação ensino-serviço, também estão incluídas a negociação e relações com as instituições públicas e privadas; programa para fortalecimento da EPS; reconhecimento de experiências exitosas de EPS; utilização de novas abordagens de EPS como a educação interprofissional em saúde; e o incentivo ao planejamento participativo e regionalizado nas ações de EPS (BRASIL, 2018).

Destaca-se que o termo “em saúde” foi acrescentado no Brasil à expressão “Educação Permanente” como uma estratégia para a recomposição de práticas de cuidado, gestão, formação e participação da sociedade no SUS, a fim de desconstruir formas tradicionais de aprender, gerir e cuidar em saúde (OGATA, 2021). Na EPS a aprendizagem se dá no trabalho e para o trabalho em um processo contínuo, dinâmico e dialógico, que produz reflexão das ações cotidianas e, conseqüentemente, contribui para a qualificação do trabalho e melhoria da assistência (GERMANO et al, 2019).

Apesar disso, ressalta-se que o contexto nacional de congelamento de gastos públicos através da Emenda Constitucional nº 95 torna ainda pior o cenário de desfinanciamento do SUS. (OGATA, 2019). Além disso, o desconhecimento e desvalorização da EPS pelos gestores do SUS, a falta de compreensão dos princípios pedagógicos da EPS, a precarização do trabalho ocasionada pela terceirização, que influencia as atuais formas de obtenção de recursos humanos no SUS, em que um grande volume de trabalhadores são contratados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outras empresas prestadoras de serviço, aliado ao reduzido número de concursos públicos, aumento do quantitativo de contratos de trabalho temporários, repercutem nas instituições de saúde na descontinuidade das ações de EPS. Deste modo, afetam a qualificação do trabalhador e a qualidade dos serviços ofertados à população, conseqüentemente, impactam negativamente na implementação da PNEPS no país (FRANÇA et al, 2017; CARDOSO et al, 2017).

2.2 Distinção entre Educação Permanente e Educação Continuada

Desde 1978, a OPAS demonstrou preocupação com a formação dos profissionais de saúde, sendo então elaboradas as diretrizes para a formulação do Plano de Educação Continuada a ser adotado pelas instituições de saúde. A Educação Continuada apresenta um enfoque técnico, isto é, consiste em atividades educativas após a graduação, voltadas para a atualização, aperfeiçoamento, reciclagem e aquisição de novas informações e/ou atividades educativas com duração definida voltadas para uma categoria profissional específica. Na Educação Continuada são utilizadas metodologias tradicionais, fundamentadas na pedagogia da transmissão. Nesse sentido, a Educação Continuada consistiria em uma formação pontual com o objetivo de melhorar as práticas profissionais por meio de atualizações (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020; DONADUZZI et al, 2021).

Enquanto isso, a EPS busca a valorização do trabalho como espaço de aprendizagem e transformação, em que os trabalhadores aprendem a ser, a fazer, a viver junto e a conhecer (DELORS et al, 1998). Desse modo, a aprendizagem ocorre no trabalho em interação com a equipe de saúde, por meio de rodas de conversa, interações horizontais, troca e construção coletiva de conhecimento, de acordo com o perfil e a necessidade dos sujeitos. A EPS pretende desenvolver nos profissionais a consciência crítica, isto é, a práxis, para isso se baseia em estratégias criativas de ensino-aprendizagem, assim, torna-se capaz de produzir mudanças e transformar realidades (JACOBOVSKI; FERRO, 2021).

2.3- Educação Permanente sob a ótica de Paulo Freire

Paulo Freire, renomado educador e filósofo de amplo reconhecimento nacional e internacional, foi escolhido como suporte teórico para este estudo, no qual foram utilizadas as suas principais obras: “Pedagogia do Oprimido”, “Pedagogia da Autonomia” e “Educação como Prática da Liberdade”.

A EPS tem como principal teórico o educador Paulo Freire, devido à sua experiência inovadora com a Educação de Adultos, por meio da alfabetização em Angicos, Rio Grande do Norte, em comunidades populares e camponesas, onde desenvolveu uma metodologia de alfabetização revolucionária baseada em questionamentos e diálogos sobre as condições socioeconômicas, políticas e ambientais que os cercavam, assim, homens simples aprendiam a ler em um período de aproximadamente 40 dias, tornavam-se empoderados por meio da educação e reconheciam o valor do seu trabalho para a transformação do mundo (FREITAS et al, 2021; SILVA et al, 2020).

Desta maneira, Paulo Freire desenvolveu conceitos que alicerçam epistemologicamente a EPS, tais como o estímulo a uma Educação Problematizadora e Libertadora, em oposição à Educação Bancária; o ensino baseado na utilização de Metodologias Ativas para que o aluno se torne sujeito do processo de ensino-aprendizagem e seja capaz de compreender e aplicar o que é ensinado e não apenas memorizar conteúdos; e uma educação pautada no dialogismo, na troca de saberes entre educador e educando, e no reconhecimento do aluno como um ser com experiências e conhecimentos prévios que precisam ser valorizados durante o processo educativo (FREIRE, 1967).

Paulo Freire também defende uma educação fundamentada na práxis, isto é, ação e reflexão sobre a prática, deste modo, é preciso educar para a criticidade, para que os homens possam ser cada vez mais sujeitos na sua relação com o mundo, capazes de perceber criticamente a sua realidade, assim, tornam-se questionadores. Por meio da práxis, o homem se humaniza, passa por um processo denominado por Paulo Freire de “transitividade ingênua à transitividade crítica” (FREIRE, 1967, p. 86), somente assim, segundo o autor, é possível obter uma educação que estimule a tomada de decisão para a responsabilidade social e política. É pela práxis que o homem se torna capaz de transformar o mundo ao seu redor (FREIRE, 1967).

A EPS se alicerça na educação libertadora proposta por Paulo Freire, caracterizada por uma educação para o desenvolvimento do homem como sujeito, fundamentada na práxis, desfaz a contradição educador-educandos (o que sabe versus o que não sabe), assim educador e educando interagem dialogicamente na construção do conhecimento, o educando é induzido a

pensar criticamente, por meio de metodologias que permitam a sua participação ativa no processo de ensino-aprendizagem, sendo o educador um facilitador que conduz ao questionamento crítico-reflexivo do objeto de saber (conhecimento), assim o educando problematiza o mundo ao seu redor, a fim de encontrar estratégias para a solução dos problemas que o afligem, e deixa de ser apenas um receptor de ações prescritivas impostas sobre ele (FREIRE, 2021).

Essa educação se contrapõe à educação bancária, na qual os educandos são compreendidos como receptáculos vazios, “quase coisas” (FREIRE, 2021, p. 76), apenas o educador é sujeito, o único detentor de conhecimento. Na educação bancária a contradição educador-educandos é real, o educador apenas realiza uma transferência de valores e conhecimentos, cabe aos alunos realizar uma “memorização mecânica do conteúdo narrado” (FREIRE, 2021, p. 80), que muitas vezes é apenas guardado e arquivado. É uma educação antidialógica, que serve para a alienação, pois não desenvolve a criticidade, assim tem como objetivo a adaptação do homem ao mundo como ele é, para apassivá-los diante da realidade, impedindo educador e educandos de “ser mais” (FREIRE, 2021, p. 104). À medida que os educandos são vistos apenas como depositários, menos é desenvolvida a consciência crítica, que permitiria a sua inserção no mundo para transformá-lo (FREIRE, 2021).

Na EPS o processo educativo se baseia na aprendizagem significativa de Paulo Freire, isto é, para que o educando, de fato, mantenha-se engajado no processo de ensino-aprendizagem, é de extrema importância a seleção de temáticas significativas, que estejam relacionadas à realidade dos educandos, aos problemas enfrentados por ele no mundo do trabalho, no país e na sociedade (FREIRE, 2021; FREIRE, 1967).

Assim como para Paulo Freire “A Educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 2021, p. 96), a EPS fundamentada na educação libertadora e problematizadora, na aprendizagem significativa e por meio da utilização de metodologias ativas em que se permita o exercício da práxis para a libertação dos homens, pretende transformar a realidade da gestão e assistência em saúde, ao colocar os trabalhadores do SUS como protagonistas, sujeitos capazes de melhorar o seu processo de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços ofertados à população (JACOBOSKI; FERRO, 2021).

2.4 Protagonismo do enfermeiro na Educação Permanente em Saúde

Conforme exposto no Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta o exercício da Enfermagem, destaca-se que cabe ao enfermeiro como membro da equipe de saúde a

“participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada” (BRASIL, 1987, p.3).

Além disso, em relação à formação do profissional enfermeiro, a Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 03/2001, prevê que cabe ao enfermeiro competências e habilidades específicas, como: o desenvolvimento de formação técnico-científica que proporcione qualidade ao profissional; o planejamento, implementação e participação em programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; e atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos na área da saúde, dentre outras premissas (BRASIL, 2001).

Diante disso, observa-se a relevância explícita em aspectos legais que amparam a profissão quanto à participação e a atuação do enfermeiro enquanto protagonista nas ações de EPS a fim de garantir a segurança e qualidade das atividades assistenciais, especialmente ao considerar o enfermeiro como líder da equipe de enfermagem (OLIVEIRA et al, 2021).

Ao atuar na gestão das atividades de EPS, especialmente, frente aos Núcleos de Educação Permanente (NEP) cabe ao enfermeiro promover atividades que proporcionem a aprendizagem contínua no trabalho, a exemplo de instigar a equipe a reflexões sobre o processo de trabalho, reuniões para discussão e promover a sensibilização dos profissionais assistenciais, por meio de atividades educativas *in loco*, programadas dentro de um plano ou projeto institucional, tais como o plano de segurança do paciente ou projeto de certificação de qualidade (KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020; SADE et al, 2016).

2.5 Educação Permanente para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente

Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) divulgou o relatório *To Err is Human*, o qual apontou que aproximadamente 100 mil pacientes evoluíram a óbito em hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) vítimas de eventos adversos. No ano em que foi publicado esse relatório, a alta incidência de óbitos associados a eventos adversos nos EUA foi maior do que as atribuídas aos pacientes HIV positivo, câncer de mama ou atropelamento. Essa pesquisa representou o marco inicial para o Movimento Internacional para a Segurança do Paciente (KOHN et al, 2000).

Diante desses dados alarmantes, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2004, criou a *World Alliance for Patient Safety*, que posteriormente deu origem ao *Patient Safety Program* (Programa de Segurança do Paciente), com a proposta de organizar os conceitos

e definições sobre segurança do paciente e elaborar estratégias para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. No Brasil, foram realizadas algumas ações isoladas como a Rede Sentinela que, desde 2002, atuou com instituições que já realizavam gerenciamento de risco e, a partir de 2011, exigiu que os hospitais que desejassem fazer parte dessa Rede tivessem uma política de gestão de riscos. Posteriormente, ocorreu a implantação do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS) em 2009, que culminou com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS), por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013 (BRASIL, 2014).

O PNPS (2014) apresenta como um dos seus eixos norteadores o estímulo à prática assistencial segura, para isso, são necessárias a elaboração e a implementação de protocolos clínicos, assim como a criação de planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde; a criação de Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP); e o desenvolvimento de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.

É importante compreender alguns conceitos-chave relacionados ao tema segurança do paciente, que foram elaborados pela OMS, conforme apresentado no quadro abaixo (BRASIL, 2014):

Quadro 1 – Conceitos-chave em segurança do paciente

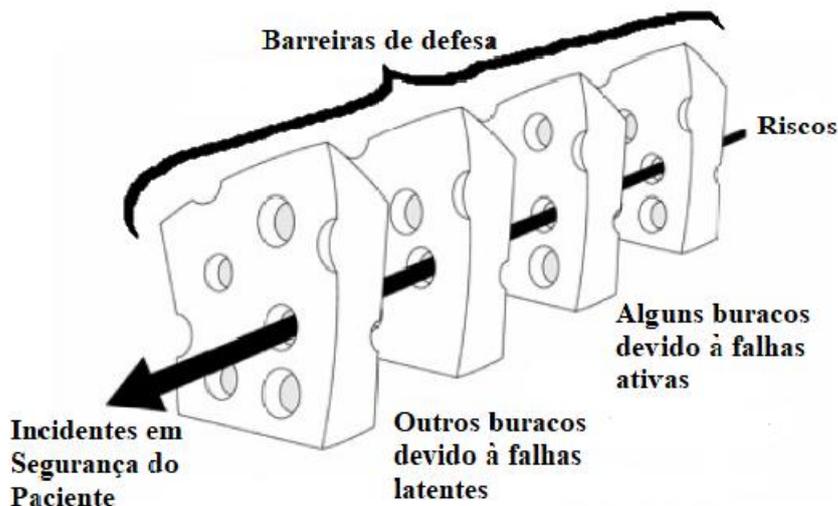
| Conceitos-chave | Descrição |
|----------------------------------|--|
| Dano | Prejuízo físico, social ou psicológico decorrente do comprometimento estrutural ou funcional do corpo, a exemplo de: doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e até mesmo a morte; |
| Risco | Chance de que um incidente aconteça; |
| Incidente | Evento ou circunstância que ocasionou ou poderia ter ocasionado dano ao usuário do serviço de saúde; |
| Circunstância Notificável | Incidente que pode causar dano ou lesão; |
| Near Miss | Incidente que não alcançou o paciente; |
| Incidente sem lesão | Incidente que alcançou o paciente, porém não causou dano; |
| Evento Adverso | Incidente que causou dano ao paciente. |

Fonte: Adaptado do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014).

A fim de que seja realizada uma prática assistencial segura, o PNSP em conformidade com a OMS, por meio da RDC nº 529/2013, estabelece os seguintes protocolos básicos de segurança do paciente: identificação correta do paciente; comunicação efetiva entre os profissionais de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; melhorar a segurança durante procedimentos cirúrgicos, sendo assegurado o local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higiene das mãos para a redução de infecção; e redução do risco de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2013).

Com o intuito de prevenir a ocorrência de erros na assistência à saúde, adotou-se o modelo do queijo suíço (Figura 02), proposto por James Reason, largamente utilizado em análise de erros e incidentes. O modelo do queijo suíço de James Reason destaca que podem haver erros ativos, caracterizados por atos inseguros realizados por quem está em contato direto com o paciente, como uma troca de administração de medicamentos, e erros latentes, os quais são atos ou falhas associadas ao sistema, que se originam a partir da gestão, a exemplo de falta de um medicamento na instituição de saúde. Demonstra que na ausência de camadas de queijo (barreiras), os buracos se interligam, permitindo que o evento adverso aconteça. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais capacitados; a implantação de protocolos clínicos; uso de *checklist* cirúrgico; protocolo de higiene das mãos, etc (ELSEHRAWY et al, 2021; BRASIL, 2014).

Figura 2 – Modelo do queijo suíço de James Reason



Fonte: Adaptado de Reason, Carthey e Leval (2001)

Assim, é possível afirmar que os erros não são ocasionados por pessoas ruins, mas por sistemas que foram organizados inadequadamente ou mal gerenciados, dessa maneira

produzem resultados desfavoráveis. O modelo do queijo suíço propõe uma abordagem sistêmica sobre o erro, logo, evita a culpabilização (SESHIA et al, 2018).

Para a implementação de ações de segurança do paciente, as instituições de saúde necessitaram implantar Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) com ações de gerenciamento de risco, as quais devem seguir três áreas prioritárias: a farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância, em que devem ser notificados os eventos adversos associados a estas três áreas prioritárias na instituição em que ocorreram e para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Salienta-se que a notificação de eventos adversos no Brasil é obrigatória (BRASIL, 2014).

Sendo assim, é fundamental que as instituições de saúde implantem sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos. Quando um incidente ou evento adverso é notificado, posteriormente é realizada a investigação. Uma das estratégias de investigação é a análise de causa-raiz, nela são listados os fatores contribuintes, que podem ser: humanos (profissionais envolvidos); sistêmicos, que envolvem questões gerenciais da organização de saúde; relacionados ao paciente; e fatores externos. Também são levantadas, durante a investigação, as possíveis estratégias que podem ser adotadas futuramente para prevenir eventos similares. Ressalta-se que a ausência de um sistema de monitoramento e avaliação é considerado um nó crítico para a segurança do paciente (MILANI; VANDRESEN, 2019).

Apesar dos esforços realizados em virtude da segurança do paciente, a OMS (2019) estima que 4 em cada 10 pacientes sofrem alguma forma de dano nos cuidados primários e ambulatoriais; 134 milhões de eventos adversos ocorrem a cada ano nos hospitais de países de rendimento médio reduzido, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anualmente devido a cuidado inseguro; e globalmente erros de medicação custam cerca de 42 bilhões de dólares por ano.

Diante desses dados alarmantes, é importante considerar que apenas o fortalecimento da cultura de segurança como uma questão transversal e multiprofissional será capaz de transformar esse cenário. Salienta-se que os erros em saúde ocorrem por causas multifatoriais, desde as pressões por produtividade, síndromes de esgotamento profissional (*burnout*), depressão e dependência de medicamentos, álcool ou drogas ilícitas entre profissionais de saúde. Todas estas situações podem representar um risco para o paciente (BRASIL, 2014). O PNSP (2014, p. 16) afirma que “não se pode organizar os serviços de Saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente”.

Destaca-se que por meio de atividades educativas como capacitações, cursos, oficinas e rodas de conversa é possível aprofundar a compreensão da equipe multiprofissional sobre as medidas de segurança do paciente, conseqüentemente, os profissionais se sentem mais seguros para a realização dos procedimentos e erros são evitados (FLORENCIO et al, 2021; MILANI; VANDRESEN, 2019).

2.6 A Educação Permanente em Saúde como estratégia para a garantia da melhoria da qualidade assistencial

A busca pelo processo de melhoria sempre fez parte da condição humana. Durante a Idade Média, os artesãos e artífices eram responsáveis pela qualidade dos produtos que desenvolviam, quanto maior a reputação do artesão, melhor era a qualidade do produto. No século XX, com o surgimento do modo de produção taylorista, o processo de trabalho se tornou compartimentalizado e mecanizado, ocorreu a separação entre planejamento e execução, que se estendeu desde o setor fabril à área de serviços. Como estratégia para a garantia da qualidade dos produtos, surge a Era da Inspeção, em que nasce a figura do supervisor a fim de inspecionar o processo de produção e verificar a qualidade dos produtos desenvolvidos (WECKENMANN; AKKASOGLU; WERNER, 2015).

A partir de 1920, o estatístico norte-americano Walter A. Shewhart utiliza técnicas estatísticas para o controle de processos, introduzindo importantes conceitos na área da qualidade, tais como Controle Estatístico de Processo (CEP) e o Ciclo Deming da Qualidade, também conhecido como Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), fundamental para a gestão da qualidade, assim, inicia-se a era do controle estatístico e surge, então, o setor de controle da qualidade. Desse modo, os Estados Unidos, a partir da década de 1930, e o Japão e outros países do mundo, desde a década de 1950, dão início ao amadurecimento dos sistemas de qualidade (MACHADO, 2012).

Após o término da II Guerra Mundial, com o avanço tecnológico houve um rápido desenvolvimento das indústrias, entretanto, havia pouco preparo da mão de obra, assim os níveis da qualidade de bens e serviços foram afetados, o que apontou para a necessidade de criação de programas formais de qualificação da mão-de-obra. Paralelamente, observa-se que a EP é impulsionada neste mesmo período pela urgência em se melhorar a qualidade da produção de bens e serviços, desse modo, destaca-se que o histórico da EP se interliga com a trajetória da qualidade na busca pela melhoria dos processos (RODRIGUES et al, 2011; GUEDES; LOUREIRO, 2016).

O Pós-guerra também representou a necessidade de novas dimensões para o planejamento das empresas, as quais precisaram adotar um planejamento estratégico a fim de melhorar a qualidade de seus produtos e atender às necessidades do mercado. Nas décadas de 1950-1960 surge no Japão o modelo de produção toyotista, influenciado pelos cientistas americanos Edward Deming e Joseph Juran, que ensinaram aos japoneses técnicas para produzir com mais qualidade e produtividade, por meio da eliminação dos erros no processo de produção, redução de desperdícios, otimização de recursos e economia de tempo (MARQUES, 2015).

Em 1966, Avedis Donabedian aplica à área da saúde técnicas e métodos da qualidade até então utilizados somente na área industrial. Posteriormente, apresentou os pilares para a avaliação da qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Além disso, sistematizou a avaliação qualitativa dos sistemas de saúde baseado em três aspectos: estrutura (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários ao cuidado em saúde); processo (atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes); e resultado (produto final da assistência prestada, considera a satisfação e expectativas do paciente) (DONABEDIAN, 2005; DONABEDIAN, 2003).

Apesar disso, o Modelo de Donabedian para a gestão da qualidade em saúde não considerou questões estruturais, nem a visão estratégica. Diante das modificações dos conceitos sociais e organizacionais e da modificação das relações entre estrutura, profissionais e usuários, tornou-se necessário adotar um novo modelo organizacional a fim de alcançar melhores resultados para todos os envolvidos com base na efetividade e na qualidade, assim, adotou-se na área da saúde o Modelo de Gestão Estratégica de Processos para a Qualidade (BURMESTER, 2018; RODRIGUES et al, 2011).

Nesse modelo é fundamental que as instituições estabeleçam os seus objetivos estratégicos que devem ser definidos pelo nível estratégico da organização. As instituições devem analisar o ambiente externo e interno, a construção dos cenários e identificação dos pontos fortes e fracos diante do estado em que se pretende atingir na organização. Assim, os objetivos estratégicos se desdobram em planos no nível tático e operacional, os quais devem operacionalizá-los por meio do estabelecimento de indicadores e metas, que orientam e sustentam o programa de melhoria da qualidade organizacional e permitem o alcance dos objetivos. Tais objetivos devem estar incluídos dentro do Planejamento Estratégico (PE) da empresa (AIDAR, 2015).

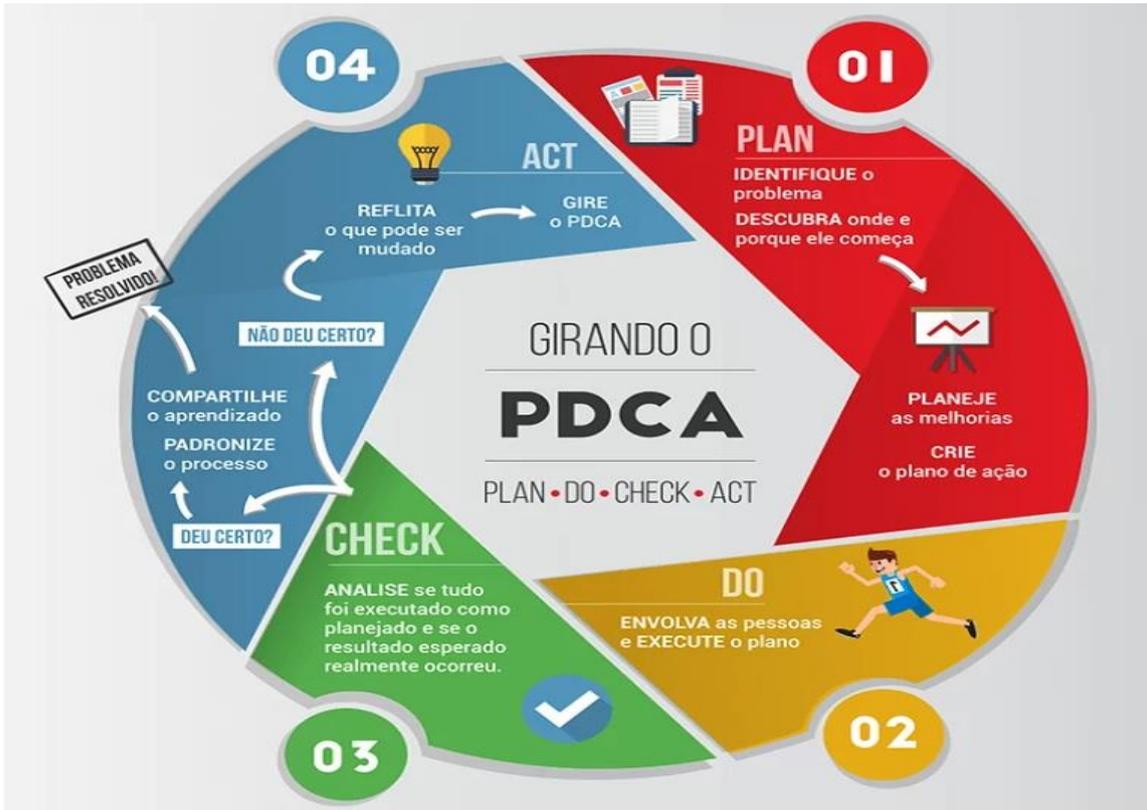
É fundamental compreender que o alcance dos objetivos estratégicos se dá por meio do cumprimento de processos organizacionais, caracterizados por ações sequenciais e estruturadas

para o alcance de um objetivo, sendo adotada uma metodologia de processamento (meios e procedimentos), que transforma recursos de entrada em recursos de saída com agregação de valor (produto - bens ou serviços) para a sociedade, clientes ou usuários. Podem ser considerados processos críticos, aqueles que apresentam relação direta com o objetivo a ser atingido. Deste modo, o resultado de um processo é o produto, que pode ser tanto um bem ou serviço (MACHADO, 2012).

A gestão estratégica por processos pretende alcançar a melhoria da qualidade, por meio da identificação e solução de problemas encontrados nos processos. Apenas é possível melhorar o que se pode medir, diante disso são adotadas algumas ferramentas para a identificação e solução de problemas da qualidade, assim como de controle e monitoramento de processos, tais como: fluxogramas; listas de verificação; histogramas; indicadores de desempenho; diagrama de Pareto; matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência); e os 5S (5 sentidos), processo educacional baseado nos termos japoneses: *Seiri* (senso de utilização), *Seiton* (senso de arrumação), *Seiso* (senso de limpeza), *Seiketsu* (senso de saúde e higiene) e *Shitsuke* (senso de autodisciplina) (LOBO, 2020; ALVES, 2012).

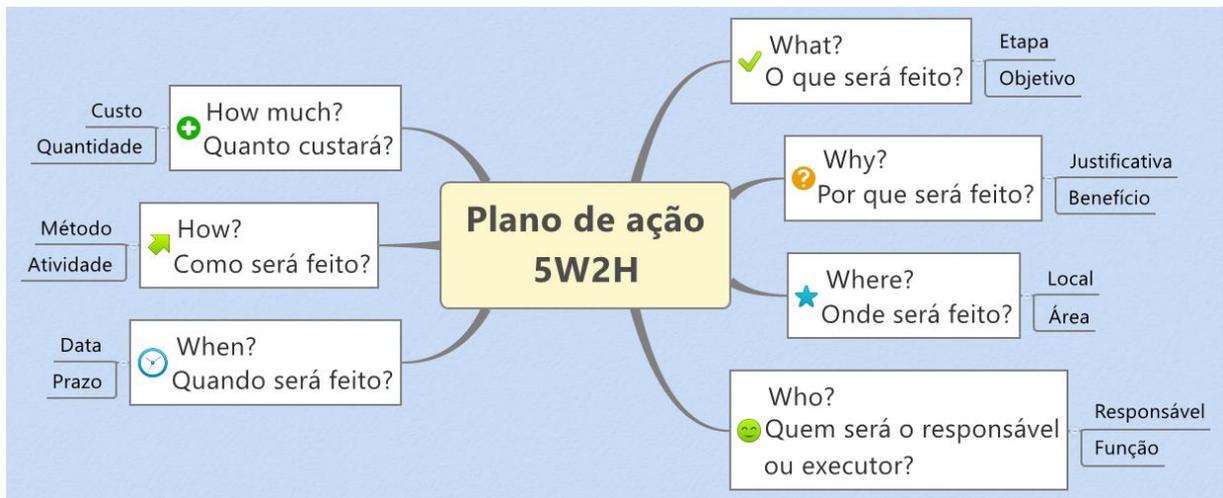
Também são utilizados outros métodos, como a técnica dos “por quês” aplicados três, quatro, cinco vezes, até a identificação da causa raiz; sistematização de processos através do ciclo de melhoria da qualidade *Plan, Do, Check, Act* (PDCA) (Figura 03); Plano de ação 5W2H, sendo *What* (o quê), *Who* (Quem), *When* (Quando), *Where* (Onde), *Why* (Por quê), *How* (Como) e *How Much* (Quanto), utilizado para o alcance de metas e ações planejadas (Figura 04); Diagrama de Ishikawa ou Espinha de Peixe, aplicado para identificar as relações entre causas e efeitos, ou seja, os caminhos (causas) que levaram para a ocorrência de um problema (efeito), são consideradas atualmente sete categorias para identificação das causas, conhecidas como 7Ms: método, mão de obra, material, máquina, meio ambiente, medição e *management* (LUONGO, 2011).

Figura 03 – Ciclo PDCA



Fonte: Siteware (2022).

Figura 04 – Ferramenta 5W2H



Fonte: Télios (2015).

Vale ressaltar a importância da utilização de indicadores de desempenho, os quais são definidos como formas quantificáveis da representação de produtos e processos a fim de melhorar a qualidade e o desempenho. Os indicadores medem características quantitativas e qualitativas relacionados ao meio ambiente, estrutura, processos e resultados da instituição, também podem ser indicativos de uma situação de saúde, por isso são subdivididos em

indicadores de estrutura, processo e resultado (ALVES, 2012; GALHARDI; ESCOBAR, 2015).

O monitoramento e controle dos indicadores é uma estratégia de grande relevância adotada na gestão de riscos em segurança do paciente, como exemplo se destacam os seguintes indicadores: Incidência de Queda de Paciente; Incidência de Lesão por Pressão; Incidência de Não-Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem; Incidência de Flebite; Índice de Infecção Hospitalar; Incidência de Extubação Acidental; Incidência de Perda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional; Satisfação do Paciente com o Gerenciamento da Dor; Satisfação do Paciente com o Cuidado Específico de Enfermagem; Total de Horas de Enfermagem Providas por Paciente/dia; Taxa de Absenteísmo de Enfermagem; Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem; Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem; e Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turnover*) (ALVES, 2012).

Os dados encontrados nos indicadores são representativos de situações que envolvem a assistência ao paciente direta ou indiretamente. Ao serem aplicadas as ferramentas de gestão da qualidade, é possível identificar a causa raiz e elaborar estratégias por meio da aplicação de planos de ação seguindo a metodologia 5W2H e aplicação do ciclo de melhorias PDCA para evitar a ocorrência futura de riscos que possam atingir o paciente (SILVA et al, 2020; MARQUES, 2015).

Nesse contexto, ao considerar que as estratégias para o gerenciamento de riscos são majoritariamente preventivas, a EPS se apresenta como uma estratégia de garantia e melhoria da qualidade a fim de auxiliar a equipe multiprofissional no conhecimento dos processos institucionais e fluxos de trabalho e na execução de suas funções adequadamente com foco na prevenção de riscos. Vale ressaltar que as atividades de EPS não devem ser direcionadas somente para o nível operacional, mas para os níveis tático e estratégico, que devem estar envolvidos frequentemente em atividades educativas voltadas para a gestão de riscos e melhoria da qualidade, com o objetivo de implementar medidas efetivas no âmbito da qualidade na instituição de saúde (LUONGO, 2011).

2.7 Melhoria contínua da qualidade e Educação Permanente: caminhos para a acreditação hospitalar

Na busca pela melhoria da qualidade, a realização de auditorias internas e externas são essenciais para que sejam evidenciadas falhas no sistema, conseqüentemente, possibilitam a

correção dos problemas encontrados. As auditorias externas, geralmente, estão relacionadas ao processo de certificação de qualidade, a exemplo da acreditação hospitalar. A acreditação hospitalar se trata de uma metodologia de padronização dos serviços de saúde, que apresenta caráter educativo, concomitantemente, é um método de avaliação da instituição quanto à segurança do paciente e dos profissionais, eficiência e gerenciamento. A acreditação hospitalar é comumente realizada por órgãos não-governamentais, através de um grupo de avaliadores. Destaca-se de maneira mais expressiva no Brasil o processo de certificação realizado pela *Joint Commission International* (JCI) e Organização Nacional de Acreditação (ONA) (MEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2021; BERTO; ERDMANN; UHLMANN, 2021).

A acreditação no Brasil, assim como em outros países como Canadá, Estados Unidos da América, Austrália e Alemanha, ocorre de maneira voluntária e busca reconhecer se a instituição de saúde está ou não em conformidade com os padrões estabelecidos e, assim, emite um certificado com o resultado. Cada certificado possui uma terminologia específica conforme a metodologia de acreditação escolhida. É necessária a reavaliação periódica, havendo a possibilidade de perda da certificação em casos de irregularidades ou mudanças expressivas nas instituições que se submeteram a avaliação (TOMASICH et al, 2020; FORTES, 2015).

A origem da acreditação hospitalar remonta aos anos de 1910, quando o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) implantou o Programa de Padronização Hospitalar (PPH), no qual foi identificado que dentre 692 hospitais americanos e canadenses avaliados pelo PPH, apenas 89 cumpriram os Padrões Mínimos (*Minimum Standards*) de qualidade no atendimento em saúde. Diante destes dados alarmantes, era evidente a necessidade de melhorar a qualidade da formação médica e dos hospitais, a partir desse momento nasce a acreditação hospitalar, como uma metodologia de padronização das atividades hospitalares com foco na melhoria da qualidade. Com o passar dos anos, o CAC passou a divulgar anualmente os resultados dos hospitais aprovados no programa. Tornou-se uma vantagem competitiva no mercado obter a aprovação. Em 1924, 831 de 961 hospitais que haviam se submetido à avaliação na América do Norte alcançaram os Padrões Mínimos exigidos (WRIGHT JUNIOR, 2017).

Em 1951, com o avanço tecnológico nos hospitais, era evidente a necessidade de reformular os padrões exigidos no PPH. Para dar continuidade ao trabalho iniciado pelo CAC, foi necessário realizar parcerias com outras entidades como o Colégio Americano de Médicos, a Associação Americana de Hospitais e a Associação Médica Canadense, por meio dessa associação, nasce a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Em 1987, devido à instituição haver expandido o seu leque de atividades, passa a ser chamada de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e, em 2007, o nome é

reduzido para *The Joint Commission* (TJC). A TJC é uma instituição acreditadora americana, não-governamental, independente e pioneira no processo de acreditação hospitalar (THE JOINT COMMISSION, 2022).

Nos Estados Unidos, a acreditação hospitalar recebeu um certo estímulo devido aos padrões de qualidade exigidos pelo governo americano para o financiamento de hospitais que desejassem participar dos programas de assistência social, assim a JCAH foi desafiada a aumentar os seus padrões de qualidade, como garantia de que os hospitais acreditados pela instituição estariam em conformidade com os requisitos exigidos. Desse modo, foram aprovadas em 1965 as Emendas da previdência Social nos EUA, contendo uma cláusula em que os hospitais que tivessem sido acreditados pela JCAH, automaticamente, já estariam cumprindo os padrões de qualidade exigidos pelo governo, portanto, poderiam participar dos programas *Medicaid* e *Medicare*, conseqüentemente, receberiam os recursos financeiros referentes à participação nesses programas (NOVAES, 2021; THE JOINT COMMISSION, 2022).

Dessa maneira, criou-se uma relação entre as certificações americanas da JCAH e a obtenção de financiamento dos serviços de saúde americano, em que as certificações passaram a ser utilizadas como elemento decisivo para o reembolso dos programas de assistência social do governo desse país. Pode-se dizer que, de certa forma, nos EUA o ambiente liberal com assistência privada, livre mercado e competitividade entre as instituições hospitalares, além da busca pelo financiamento do governo por parte das instituições de saúde, fundamental ao se considerar os altos custos da assistência hospitalar, caracterizaram-se em um ambiente ideal para a propagação da acreditação hospitalar no país (NOVAES, 2021).

Internacionalmente, os países anglofônicos se destacaram como pioneiros no processo de acreditação hospitalar, tais como EUA, Canadá e Austrália, cada um com especificidades e influências distintas, conforme as características que permeavam cada país. Por exemplo, no Canadá, o processo de acreditação esteve fundamentalmente ligado à implantação de um sistema de saúde nacional universal, o que levou o país a deixar a JCAHO e, em 1953, fundou o seu próprio programa de acreditação, o *Canadian Council on Hospital Accreditation* (CCHA), que em 1988 passou a ser denominado *Canadian Council on Health Facilities Accreditation* (CCHFA), nomeado em 1995 como *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) e, a partir de 2008, chamado de *Accreditation Canada*. No Canadá, a acreditação estava fortemente ligada ao Estado, com grande compromisso com o sistema público de saúde, e altamente regulador da atuação privada (MANSOUR; BOYD; WALSH, 2020; WOODS, 1974; HOJJATI; VAHDANI, 2010).

Somente a partir da década de 1980 é que se inicia a implantação dos processos de acreditação na Europa e Ásia. Na América Latina e no Caribe, deu-se a partir de 1990, através da OPAS, escritório da OMS na região da América Latina e Caribe (ALC). A fim de incentivar os países ao redor do mundo a cumprirem as metas estabelecidas no “Saúde Para Todos Até o Ano 2000”, a OMS passou a estimular as nações a fortalecerem os seus sistemas de saúde, por meio de investimentos na Atenção Primária à Saúde (APS) e da utilização de mecanismos de melhoria da qualidade da assistência aos pacientes (MENDES; MIRANDOLA, 2015; WHO, 1981; ARYANKHESAL, 2016; WARDHANI; DIJK; UTARINI, 2019).

Vale ressaltar que durante as décadas de 1980 e 1990 não havia nenhum registro na ALC sobre a aplicação da metodologia de acreditação hospitalar, assim como não existiam índices de controle de infecção hospitalar, e ainda se buscavam evidências da utilização de indicadores como uma ferramenta de gestão na região. Diante disso, tornava-se claro para a OPAS que disseminar a proposta da acreditação hospitalar na ALC era uma alternativa para melhoria dos sistemas de saúde dos países dessa região, considerando a expressividade do número de hospitais na ALC, na época haviam 15 mil hospitais, com 1 milhão de leitos e 65 mil unidades laboratoriais, a maioria destes hospitais estavam localizados no Brasil, cerca de 6 mil hospitais com 400 mil leitos (FORTES, 2015).

A fim de atender a este novo mercado da acreditação hospitalar, que surge na ALC, em 1997 a JCAHO expande internacionalmente o seu trabalho, assim, é originada a *Joint Commission International* (JCI). Em 1998, na busca pela criação de um manual brasileiro de acreditação hospitalar, por meio da união do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), Associação Nacional de Medicina (ANM), Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e Cesgranrio, surge o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que atua em parceria com a JCI (MAIA; ROQUETE, 2014).

Ainda em 1998, é lançado pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, inspirado em padrões preconizados pela OPAS no manual intitulado “Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe”, elaborado em 1992. Em 1999, é instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) e assinado o termo de compromisso pelas entidades fundadoras, assim, surge a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em 2001, a ONA foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como realizadora e promotora do PBAH (TOMASICH et al, 2020; ONA 2019).

Posteriormente, o CBA e a ONA se distanciaram e, atualmente, cada uma adota uma metodologia específica. O CBA consiste em uma instituição acreditadora independente, sem

fins lucrativos, a qual representa a JCI com exclusividade no Brasil, segue os padrões da acreditação americana, caracterizado como de excelência. Destaca-se que o manual adotado pela JCI se tornou padrão para vários sistemas de acreditação pelo mundo, a sua versão mais atual é de 2021, intitulada “Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais” (CBA, 2022; CBA, 2022).

A ONA é uma organização não-governamental que credencia Instituições Acreditoras (IAC), ou seja, a ONA em si não é uma instituição acreditadora, e sim é formada por diversos outros organismos acreditadores no Brasil, tais como o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), Instituto Qualisa de Gestão (IQG), *Det Norske Veritas* (DNV) e a Fundação Vanzolini (ONA, 2019).

Enquanto a JCI fornece uma acreditação categórica pautada no padrão de excelência, baseado no modelo de acreditação americano, em que a instituição é intitulada acreditada ou tem a acreditação negada, a ONA fornece um sistema de acreditação hospitalar, chamado de Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), no qual a acreditação é organizada em níveis que as instituições devem buscar atingir. Essa característica foi adotada a fim de permitir que instituições em diversos estágios de desenvolvimento de melhoria da qualidade tivessem condições mínimas para se submeterem ao processo de acreditação hospitalar, além disso, a ONA propõe a realização de uma avaliação sistêmica dos serviços de saúde ao considerar a relação dinâmica entre estrutura, processo e resultados (FORTES, 2015).

Assim, a acreditação fornecida pela ONA é baseada em um manual desenvolvido a partir da experiência de acreditação em 17 hospitais brasileiros de diversas regiões do país, portanto, é um manual abrangente voltado para a realidade nacional e suas idiossincrasias regionais, que pode ser aplicado de modo coerente nas instituições de saúde brasileiras. A sua versão mais atual é denominada “Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – Versão 2022”, disponível em versão digital e impressa (NOVAES, 2015; ONA, 2022; ONA, 2019).

Na metodologia proposta pela ONA, ao final de cada avaliação são obtidas certificações, nas quais a instituição pode ser avaliada em não acreditada ou acreditada, esta última classificada em três níveis alcançados gradualmente. No nível 01, é considerada “Acreditada”, isto é, atende a padrões básicos de qualidade na assistência e segurança do paciente; no nível 02, “Acreditada Plena”, significa que a instituição hospitalar adota planejamento em sua organização; e no nível 03 “Acreditada com Excelência em Gestão”, ou seja, a instituição faz uso de indicadores para realizar a avaliação contínua dos resultados e melhoria dos processos, assim, atende aos padrões de excelência. Destaca-se que os três níveis de acreditação da ONA

possuem reconhecimento internacional e são certificados *pela International Society for Quality in Health Care (ISQua)* (SIMAN et al, 2017; ONA, 2019).

Ao considerar o processo de acreditação hospitalar, ressalta-se que o enfermeiro consiste em um balizador das estratégias para o alcance da acreditação, conforme exposto por Oliveira et al (2017):

As mudanças nos modelos de assistência e a forma de inserção da enfermagem nos processos de gestão hospitalar fazem com que o enfermeiro seja o ator ativo das atividades assistenciais e gerenciais, assumindo, com isso, posição de destaque. Ademais, sabe-se que o enfermeiro tem assumido funções gerenciais nos níveis estratégico, intermediário e operacional, que lhe conferem mais autonomia (o que pode ressaltar sua valorização profissional) e inserção na Acreditação hospitalar, destacando-se com potencial para a implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de qualidade, embasados na sua capacidade gerencial (OLIVEIRA et al, 2017, p. 7).

Dessa maneira, o enfermeiro apresenta papel central no desenvolvimento do processo de acreditação. Em virtude de sua atuação direta na supervisão da equipe de enfermagem para a manutenção da qualidade da assistência hospitalar, garante contínua e diariamente a execução adequada dos protocolos assistenciais, educação do paciente e da família, além de ser um veículo de comunicação entre todos os membros da equipe multiprofissional, assim possibilita que sejam realizadas as adequações necessárias no plano terapêutico para a obtenção da recuperação e promoção da saúde do usuário. Também cabe ao enfermeiro, enquanto líder de sua equipe, promover e incentivar as ações de EPS voltadas para a melhoria da qualidade, fundamentais para o alcance da certificação (MASCARENHAS et al, 2020).

Salienta-se a importância das atividades educativas para o alcance dos padrões estabelecidos no processo de acreditação hospitalar. As atividades de EPS permitem que a equipe multiprofissional melhore a percepção sobre o tema segurança do paciente, como consequência, tornam-se mais capazes de notificar não-conformidades e incidentes, assim como, de evitar a ocorrência de novos incidentes (WANDERLEI; MONTAGNA, 2018).

A acreditação hospitalar também é uma estratégia educativa que busca promover melhorias nos processos de trabalho através da padronização de rotinas hospitalares, desse modo, as equipes precisam se adaptar às novas rotinas, caracteriza-se, assim, uma oportunidade de aprendizagem no trabalho. Nesse sentido, a acreditação hospitalar colabora para a aprendizagem organizacional e desenvolvimento da cultura de qualidade e segurança do paciente, de modo que o ambiente se torna mais seguro para pacientes e profissionais. Portanto,

a EPS se apresenta como facilitadora da aprendizagem dos novos saberes e competências para o alcance das melhorias necessárias à obtenção da acreditação (FERREIRA, 2017).

CAPÍTULO III

3 BASES METODOLÓGICAS

Este capítulo tem por objetivo apresentar a metodologia que será utilizada no estudo, que pretende compreender os desafios da EPS para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado. Sendo assim, será apresentado o percurso metodológico deste estudo, que será composto pelas seguintes etapas: natureza da pesquisa; explorando o cenário e apresentando os participantes da investigação; técnica de coleta e registro dos dados; análise dos dados; e considerações éticas do estudo. Nesse sentido, propõe-se o desenvolvimento de um estudo de caso único integrado, de caráter descritivo, transversal, com abordagem qualitativa.

3.1 Natureza da pesquisa

O termo “pesquisa” se refere à busca pelo conhecimento científico, que envolve operações e trabalhos de forma intelectual e prática, busca de verdades e descoberta de novos conhecimentos. A fim de que uma pesquisa alcance os seus objetivos e responda ao problema de pesquisa, é possível que seja necessária a utilização de modo isolado ou conjugado de métodos qualitativos ou quantitativos (PROETTI, 2017).

O estudo qualitativo está fundamentado na percepção e na compreensão humana. São considerados estudos qualitativos aqueles que têm como objetivo descrever experiências pessoais em situações específicas, a fim de analisar fenômenos sociais, comportamentos humanos, funcionamento de organizações, etc. (STAKE, 2011).

Esse tipo de estudo não se limita a uma mera descrição da realidade, e sim pretende explicar os fatos, através de conceitos já existentes ou emergentes. É de extrema importância no desenvolvimento do estudo qualitativo considerar o processo de validade dos dados, isto é, para que um estudo seja considerado válido é necessário que os dados sejam coletados e interpretados adequadamente, de modo que o estudo obtenha uma conclusão concisa e coesa quanto à realidade estudada. Nesse aspecto, os estudos qualitativos se utilizam de diversas estratégias, tais como: triangulação; comparação; envolvimento de campo intensivo a longo prazo; dados “ricos”; equivalentes estatísticos; busca de evidências discrepantes e casos negativos; e validação do respondente (YIN, 2016).

Os estudos descritivos pretendem primordialmente descrever características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis e se utilizam de técnicas padronizadas para coleta de dados (GIL, 2019).

Estudos transversais são considerados um tipo de estudo observacional. Nesse tipo de estudo, o pesquisador mede a exposição e o desfecho nos participantes ao mesmo tempo inseridos em um momento histórico, isto é, recorte temporal. Os participantes de estudos transversais são selecionados apenas baseados nos critérios de inclusão e exclusão (SETIA, 2016).

Em relação à estratégia de pesquisa, optou-se em utilizar a metodologia Estudo de Caso proposta por Robert K. Yin, que permite o estudo profundo e exaustivo de poucos objetos ou fenômenos sociais, levando à construção de um conhecimento amplo e detalhado (GIL, 2019).

O Estudo de Caso se caracteriza como um delineamento metodológico que tem sido amplamente utilizado na área das Ciências Sociais, quando se busca compreender os fenômenos sociais complexos, os quais consistem em um “caso”. Deste modo, representa uma forma de organizar, coletar, apresentar e analisar dados empíricos, preservando as características do objeto estudado, assim, vale-se de técnicas quantitativas e/ou qualitativas para mapear, descrever e analisar o caso considerando o seu contexto real, e as relações e percepções que permeiam o fenômeno estudado (BRITO et al, 2019; ANDRADE et al, 2017).

De acordo com Yin (2018) os Estudos de Casos podem ser categorizados como estudos explicativos, exploratórios, descritivos ou avaliativos. Os estudos explicativos têm como objetivo identificar relações de causa-efeito, para isso desenvolvem categorias a fim de ilustrar, corroborar ou refutar teorias; enquanto os exploratórios se concentram em obter uma visão mais acurada do problema, sem buscar necessariamente uma resposta definitiva; já os descritivos se dedicam à ampla descrição do fenômeno estudado inserido em seu contexto; e os avaliativos buscam descrever e explicar informações com o intuito de produzir julgamentos (NOVÔA; SILVA; PAIVA, 2016).

Conforme a quantidade de casos que se pretende analisar, pode-se ter Estudos de Casos únicos ou múltiplos. Os primeiros se concentram em analisar um único caso, considerado decisivo, raro ou que tenha um propósito revelador, pode, ainda, ser um caso com características peculiares que merecem ser analisadas para que se permita compreender o fenômeno investigado, ou pode ser um caso comum, crítico ou longitudinal. Enquanto que os estudos de casos múltiplos se dedicam a analisar mais de um caso, desse modo, permitem o estabelecimento de comparações, assim produzem replicações literais (similares) ou

replicações teóricas (contrastantes). A escolha entre a realização de um Estudo de Caso clássico (único) ou múltiplo dependerá do projeto de pesquisa (YIN, 2018).

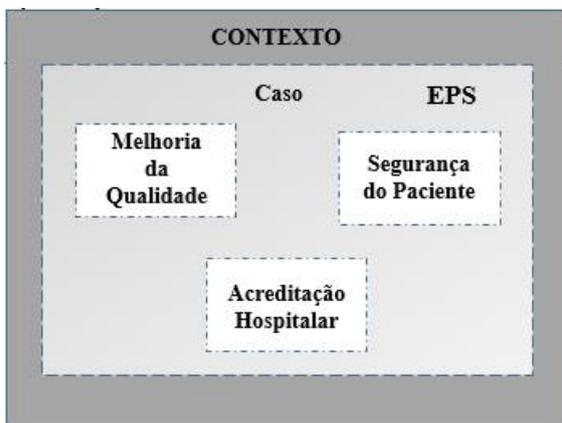
Os Estudos de Casos únicos ou múltiplos também podem ser classificados em integrados ou holísticos. Serão considerados integrados ou incorporados quando apresentarem unidades de análise em mais de um nível, possuem assim unidades de análise maiores e menores (subunidades), as quais permitem analisar diversos aspectos específicos em relação ao caso. São considerados holísticos aqueles que apresentam uma única unidade de análise, como consequência, tem-se uma visão global a respeito do caso (NOVÔA; SILVA; PAIVA, 2016; YIN, 2018).

A metodologia estudo de caso se constitui em uma estratégia de pesquisa científica de grande valia que tem sido utilizada em diversos campos do conhecimento como na psicologia, antropologia, assistência social, administração, educação, enfermagem e planejamento comunitário. Permite compreender fenômenos sociais complexos, a exemplo de ciclos individuais de vida, comportamentos de pequenos grupos, processos administrativos, relações internacionais e maturação de indústrias (YIN, 2018).

Destaca-se aqui a contribuição desta metodologia para a pesquisa em Enfermagem, pois permite a investigação de fenômenos no contexto real da enfermagem, utilizando-se de diversas fontes de evidências, que conduzem a reflexões e busca de alternativas para solução de problemas, por essa razão contribui diretamente para o desenvolvimento do conhecimento científico (SILVA; MERCÊS, 2018).

Será considerada como unidade de análise maior deste Estudo de Caso a EPS, cujas subunidades de análise serão a melhoria da qualidade, segurança do paciente e a acreditação hospitalar, conforme a imagem abaixo (figura 5):

Figura 5: Estudo de Caso único integrado:



Fonte: Adaptado de Yin (2018).

3.2 Explorando o cenário e apresentando os participantes da investigação

Neste estudo, optou-se pela realização de um Estudo de Caso clássico (único), em virtude de considerar que o caso escolhido é revelador e peculiar, dessa maneira, permite conhecer com profundidade os aspectos relacionados ao fenômeno estudado que anteriormente eram inacessíveis e possibilita a geração de *insights* sobre este fenômeno (YIN, 2018).

A fim de selecionar a instituição participante no estudo, foram estabelecidos os seguintes critérios para definição do caso:

- Ser hospital público, Acreditado com Excelência (ONA 03), conforme os padrões da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no período de 2012 a 2022. Optou-se pelo modelo de acreditação da ONA, por ser a metodologia acreditadora predominante no Brasil, isto é, adotada com mais frequência pelas instituições que pretendem se submeter ao processo de acreditação. Atualmente há cerca de 1.013 instituições de saúde acreditadas por esta metodologia. Dentre as instituições de saúde acreditadas no Brasil, mais de 80% escolhem o padrão ONA (OLIVEIRA et al, 2019; FREIRE et al, 2019; ONA, 2022; ONA, 2020).
- Estar localizado na Região Metropolitana I do estado do Pará, Brasil.
- Não ser hospital administrado por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Optou-se por este critério, pois os hospitais geridos por essas organizações são submetidos frequentemente a troca de Contratos de Gestão por OSS distintas através de processos de licitação com os governos estaduais, como consequência, ocorrem mudanças significativas na administração hospitalar, o que impacta em alterações no quadro de profissionais, nos processos de trabalho e leva a perdas de informações importantes, que poderiam comprometer os resultados da pesquisa.
- Ter serviço de Educação Permanente ativo.

Conforme os critérios acima citados, permitiu-se a identificação de um hospital.

3.2.1- Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), localizada na cidade de Belém/PA. A FSCMPA consiste em um órgão da administração indireta, ligado à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. Trata-se da instituição de saúde mais antiga do Norte do Brasil, fundada em 24 de fevereiro de 1650 (FSCMPA, 2019; FSCMPA, 2019).

É um hospital de referência no cuidado à gestante de alto risco e ao recém-nascido. O atendimento é 100% SUS. Atualmente, o hospital conta com 2.772 servidores, 513 leitos, sendo 483 em funcionamento. As finalidades principais da FSCMPA são: a assistência, o ensino e a pesquisa, conforme o perfil da instituição (FSCMPA, 2021; FSCMPA, 2019).

Diante disso, a instituição foi certificada como Hospital de Ensino, através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378/2004. Em 2017, o hospital se tornou Acreditado (ONA 01) por meio de avaliação realizada pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), em 2018 foi reconhecido como Acreditado Pleno (ONA 02), recertificado em 2021, e em 2022 alcançou o nível máximo de avaliação, assim, passou a Acreditado com Excelência (ONA 03) (FSCMPA, 2019; SECOM, 2017; FSCMPA, 2021; SECOM, 2022).

3.2.2 Participantes do estudo

Foram entrevistados 22 profissionais, sendo 10 gerentes de enfermagem, um psicólogo e dois pedagogos atuantes na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CEDP), cinco enfermeiros assistenciais (três do turno da manhã, um do turno vespertino e um do noturno); dois enfermeiros da Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança (AGQS), um gerente da AGQS e um diretor técnico-assistencial.

3.2.2.1 Critérios de inclusão

Profissionais de nível superior que atuavam em serviços de Educação Continuada ou em Núcleos de Educação Permanente (NEP), coordenadores ou gerentes de enfermagem, enfermeiros que atuavam na Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança (AGQS), profissionais que atuavam como gerente, coordenador ou supervisor da Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança (AGQS), enfermeiros assistenciais e diretor assistencial de hospital público Acreditado com Excelência (ONA 03) da Região Metropolitana I, do Estado do Pará, que recebeu a certificação no período de 2012 a 2022.

3.2.2.2 Critérios de exclusão

Profissionais afastados de suas atividades por licença ou férias no período da coleta de dados e/ou que, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não aceitaram participar da pesquisa.

3.3 Técnica de coleta e registro dos dados

A fim de compreender os desafios enfrentados pela EPS para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público submetido ao processo de acreditação hospitalar, o procedimento escolhido que subsidiou o estudo na coleta de dados foi a entrevista semiestruturada.

Para Yin (2018), a entrevista constitui uma das fontes de informação mais importantes para o desenvolvimento de um Estudo de Caso. As entrevistas possibilitam o acesso a participantes do estudo considerados “informantes-chave”, ou seja, pessoas que proporcionarão *insights* sobre o fenômeno estudado, além disso podem apontar outras fontes importantes para obter evidências sobre o tema, como outras pessoas que podem ser entrevistadas, documentos, registros de arquivos, etc.

A entrevista consiste em uma conversa a dois, que busca obter informações contidas nas falas de diferentes atores sociais de uma determinada realidade que está sendo estudada, por meio dela, é possível obter dados objetivos e subjetivos. Em relação aos dados subjetivos, destacam-se a captação dos valores, atitudes e opiniões dos entrevistados. As entrevistas semiestruturadas articulam uma mistura das duas modalidades de entrevistas: estruturadas e não-estruturadas. Sendo assim, as entrevistas semiestruturadas contêm tanto perguntas abertas ou não-estruturadas, isto é, onde o participante aborda livremente o tema proposto, quanto perguntas estruturadas, ou seja, que possuem perguntas previamente formuladas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016)

A coleta de dados ocorreu em junho de 2022, após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará e da FSCMPA, com posterior assinatura dos participantes do TCLE (APÊNDICE A) e Termo de Autorização de Gravação de Voz (APÊNDICE B) a fim de garantir a proteção e o sigilo das informações colhidas, bem como a interrupção da participação a qualquer etapa do estudo, sem ônus ao participante, com a devolução do TCLE e instrumento de coleta. Todos os participantes foram selecionados por conveniência, não havendo recusa para participação.

Na entrevista semiestruturada foi utilizado um único modelo de roteiro (APÊNDICE C), que foi aplicado para todos os profissionais entrevistados. No roteiro (APÊNDICE C), para que fosse protegido o anonimato dos participantes foi adotado um código alfanumérico, em que os profissionais entrevistados foram codificados utilizando a inicial P, seguida de números sequenciais. Na segunda parte, constaram perguntas que embasaram a entrevista. A entrevista

foi áudio-gravada em smartfone, com duração média de 22 minutos e 40 segundos cada, em seguida, foram transcritas e analisadas.

O Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE C) compreendeu quatro tópicos principais: 1- Dados gerais do estudo; 2- Procedimentos de coleta de dados; 3- Dados do entrevistado; e 4- Questões centrais da entrevista. Esse roteiro apresentou sete questões centrais que se encontravam subdivididas em três estruturas principais: as questões de 01 a 02 buscavam identificar a relação do profissional com o processo de acreditação hospitalar, assim como, o nível de aproximação e envolvimento com a temática; as questões de 03 a 07 tinham como objetivo depreender como o profissional compreende a correlação entre a EPS e o processo de melhoria da qualidade e segurança do paciente e seus desafios, conhecer a rotina de atividades da EPS na instituição, identificar as estratégias utilizadas para a realização do Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e Avaliação de Eficácia, além de captar o ponto de vista do profissional quanto às possibilidades de melhoria das ações educativas.

As entrevistas com os participantes do estudo foram realizadas individualmente e agendadas antecipadamente, em data e local de preferência dos participantes. Antes de dar início à coleta de dados, foi solicitado à Gerência Geral de Enfermagem uma lista com os nomes dos coordenadores ou gerentes ativos no momento da coleta de dados, os gerentes participantes da pesquisa disponibilizaram a lista de enfermeiros assistenciais que estavam ativos.

Foram agendadas as datas, locais e horários para as entrevistas por meio de contato telefônico com os participantes, conforme a disponibilidade dos mesmos. Permitiu-se aos participantes que tivessem acesso ao Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE C) antes da entrevista.

As entrevistas foram realizadas até atingir a saturação teórica dos dados, a qual foi alcançada após a realização de 22 entrevistas, posteriormente, a coleta de dados foi encerrada. Na pesquisa qualitativa, a coleta de dados é considerada saturada no momento em que nenhum dado significativo para o fenômeno estudado é encontrado, portanto, não se torna mais necessário se acrescentar novas informações (NASCIMENTO et al, 2018).

Foi adotado durante o estudo o Diário de Campo, a fim de que fossem registradas as anotações referentes as informações ouvidas, vistas, sentidas e experienciadas em campo (OLIVEIRA, 2014). As anotações foram realizadas no cenário da pesquisa, registradas em um bloco de notas com folhas em branco, que acompanhou a pesquisadora durante toda a coleta de dados, posteriormente, após cada dia de coleta, as notas foram revisadas e transcritas para um

documento no Programa Microsoft Word. As informações registradas no Diário de Campo somente foram utilizadas durante a coleta de dados, o que permitiu aumentar a compreensão da pesquisadora a respeito do cenário estudado, desta maneira, facilitou a condução das entrevistas.

3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados a partir de uma estratégia analítica geral conduzida pelos pressupostos de Yin (2018) e, posteriormente, para ajudar na análise dos dados qualitativos, foi aplicada a análise de conteúdo temática de Laurence Bardin com auxílio do *software* de análise textual IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) (Versão R 3.1.2).

A estratégia analítica geral tem como objetivo orientar a análise dos dados, de tal modo que ligue dados do estudo a conceitos, padrões ou *insights*. São sugeridos quatro tipos de estratégias gerais: contar com proposições teóricas, tratamento dos dados “a partir do zero”, desenvolvimento da descrição dos casos, e examinar explicações rivais plausíveis. É possível que o pesquisador adote a sua própria estratégia analítica, escolha uma das quatro estratégias analíticas, ou as utilize mutuamente. A escolha de uma estratégia analítica geral dependerá dos dados coletados e dos critérios adotados pelo pesquisador para a coleta de dados (YIN, 2018).

A análise de conteúdo consiste em técnicas destinadas à análise das comunicações. Apresenta um amplo campo de aplicação, diz-se que qualquer forma de comunicação, sendo escrita ou falada, que se dê entre um emissor e um receptor, pode ser submetida às técnicas de análise de conteúdo. Ao realizar o tratamento da informação, por meio da descrição sistemática, objetiva e quantitativa do conteúdo, torna-se possível interpretar a mensagem, assim, consiste na primeira fase do procedimento (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo também possui como objetivo realizar inferências ou deduções lógicas, por meio da identificação de indicadores, sejam eles quantitativos ou não. A inferência permite identificar os significados implícitos ou explícitos na mensagem, assim como as condições, contexto e as razões que influenciaram a sua produção e qual o efeito que a mensagem pretende causar no receptor (BARDIN, 2016).

Quando se dedica à análise dos significados, tem-se a análise de conteúdo temática, cujo foco está na compreensão dos núcleos de sentidos da palavra, que conforme a frequência de aparição tende a produzir significados dentro de um contexto analítico escolhido (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo proposta neste estudo seguiu três etapas principais, conforme proposto por Bardin (2016): 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, foram escutadas as falas dos entrevistados e posteriormente, digitalizadas na íntegra para o programa *Microsoft Word*.

Em seguida, foi estruturado um *corpus* textual único para realização da segunda etapa de análise, a exploração do material utilizando o *software* IRAMUTEQ. Utilizaram-se as seguintes análises: Nuvem de palavras, análise de similitude e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O uso de *softwares* na pesquisa qualitativa melhora a eficiência e gerenciamento dos dados, pois permite variadas formas de análises estatísticas de textos, elaborados a partir de entrevistas, documentos, etc. (SOUZA et al, 2018).

Durante a etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, as informações encontradas na análise foram colocadas em evidência. Nessa etapa, também foi realizada a interpretação a partir das dimensões teóricas observadas durante a leitura do material (BARDIN, 2016). Por fim, após a etapa de exploração e tratamento, os dados obtidos foram classificados e agrupados em categorias temáticas.

Foram elaboradas tabelas para a apresentação dos resultados, com valores absolutos, percentuais e desvio padrão (nas variáveis numéricas). Para analisar o perfil sociodemográfico dos participantes, foi aplicada estatística descritiva por meio do *software* BioEstat 5.3. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados na instituição em estudo em data a ser agendada logo após a defesa como *feedback* para a instituição e profissionais participantes.

3.5 Considerações éticas do estudo

Diante disso, este estudo se embasou na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa com seres humanos e orienta quanto ao seu desenvolvimento. Também se tomou como base a Resolução nº 510/2016, que assegura o direito do participante de ser informado sobre a pesquisa, assim como, a Resolução nº 580/2018, a qual determina que durante o desenvolvimento da pesquisa não deverá haver interferência na rotina dos serviços de assistência à saúde, nem interrupção nas atividades dos trabalhadores do serviço, exceto quando justificada a necessidade e com autorização expressa do dirigente da instituição.

Para sua realização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da FSCMPA,

obtendo aprovação sob os pareceres nº 5.396.289 e nº 5.461.508, respectivamente. Conforme os aspectos éticos da resolução, os participantes devem ser esclarecidos quanto aos procedimentos adotados durante todo o estudo, assim como cientes quanto a todos os riscos e benefícios.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

Observou-se que a maioria dos entrevistados eram mulheres (90,9%). Dos profissionais participantes, 50% atuavam no turno matutino. Em relação à formação profissional, 81,8% eram enfermeiros; quanto ao tipo de pós-graduação, 77,3% possuíam pós-graduação lato sensu. Dentre os participantes, 59,1% tinham outro vínculo empregatício, conforme se observa na tabela 01 abaixo:

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo em valores absolutos (N) e percentuais (%), Belém-PA, 2022

(continua)

| Variáveis | N | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Estado Civil | | |
| Casado | 10 | 45,5 |
| Solteiro | 7 | 31,8 |
| Divorciado | 3 | 13,6 |
| União Estável | 2 | 9,1 |
| Sexo | | |
| Feminino | 20 | 90,9 |
| Masculino | 2 | 9,1 |
| Faixa Etária (anos) | | |
| 20-29 | 2 | 9,1 |
| 30-40 | 6 | 27,3 |
| >40 | 14 | 63,6 |
| Turno de Trabalho | | |
| Manhã | 11 | 50,0 |
| Tarde | 1 | 4,5 |
| Noite | 1 | 4,5 |
| Diurno | 9 | 40,9 |
| Graduação | | |
| Enfermagem | 18 | 81,8 |
| Medicina | 1 | 4,5 |
| Pedagogia | 2 | 9,1 |
| Psicologia | 1 | 4,5 |
| Pós-graduação | | |
| Especialização/Residência | 17 | 77,3 |
| Mestrado | 1 | 4,5 |
| Especialização/Residência e Mestrado | 4 | 18,2 |
| Outro Vínculo Empregatício | | |
| Possui outro vínculo | 13 | 59,1 |
| Não possui | 9 | 40,9 |

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos participantes em valores absolutos (N) e percentuais (%), Belém-PA, 2022

(conclusão)

| Variáveis | N | % |
|--|----|------|
| Carga Horária de Trabalho | | |
| 30h | 12 | 54,5 |
| 40h | 4 | 18,2 |
| >40h | 6 | 27,3 |
| Tempo de experiência (anos) | | |
| <10 | 5 | 22,7 |
| 10 a 20 | 7 | 31,8 |
| >20 | 10 | 45,5 |
| Tempo de Atuação na Instituição | | |
| <5 | 7 | 31,8 |
| 05 a 10 | 4 | 18,2 |
| 11 a 20 | 8 | 36,4 |
| >20 | 3 | 13,6 |

Fonte: Elaborada pela autora

Ao proceder a análise estatística descritiva, observou-se que a média da faixa etária dos profissionais participantes foi de 43,7 anos; em relação ao tempo de experiência profissional, alcançou-se uma média de 18,1 anos; e quanto ao tempo de atuação na instituição, a média entre os participantes foi de 11,4 anos (Tabela 02):

Tabela 2 – Análise descritiva dos entrevistados, Belém-PA, 2022

| Variável | Média | Mínimo | Máximo | Desvio Padrão |
|---|-------|--------|--------|---------------|
| Faixa Etária (anos) | 43.7 | 26 | 60 | 9.6 |
| Tempo de Experiência (anos) | 18.1 | 5.0 | 37 | 8.2 |
| Tempo de Atuação na Instituição (anos) | 11.4 | 2.0 | 27.0 | 8.0 |

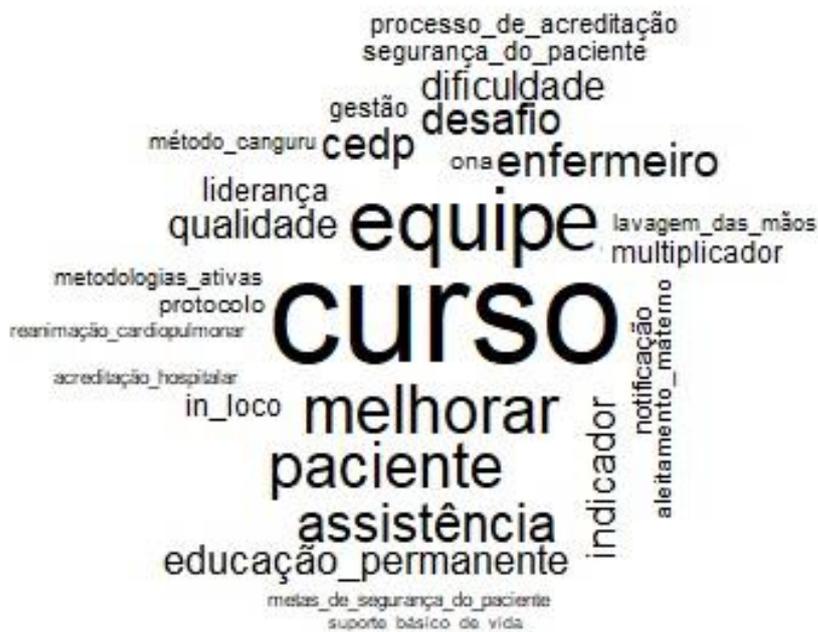
Fonte: Elaborada pela autora com auxílio do software Bioestat 5.3

Após a transcrição das entrevistas dos 22 profissionais foi gerado um *corpus* textual para ser analisado pelo *software* IRAMUTEQ.

4.2 Nuvem de Palavras

A primeira análise foi a Nuvem de Palavras. Para compô-la, foi adotado, como ponto de corte, a frequência média de formas ativas (palavras distintas) do *corpus*. Diante disso, a imagem gráfica (Figura 6) apresenta um panorama do conteúdo das entrevistas, e teve como palavras mais evocadas “Curso” ($f=254$), “Equipe” ($f=139$), “Melhorar” ($f=99$), “Paciente” ($f=95$) e “Assistência” ($f=76$), “Educação Permanente” ($f=50$), “Desafio” ($f=58$), “Enfermeiro” ($f=59$), “CEDP” ($f=56$), “*In loco*” ($f=30$).

Figura 6 – Nuvem de palavras



Fonte: Elaborada pela autora. Organizada com auxílio do *software* IRAMUTEQ.

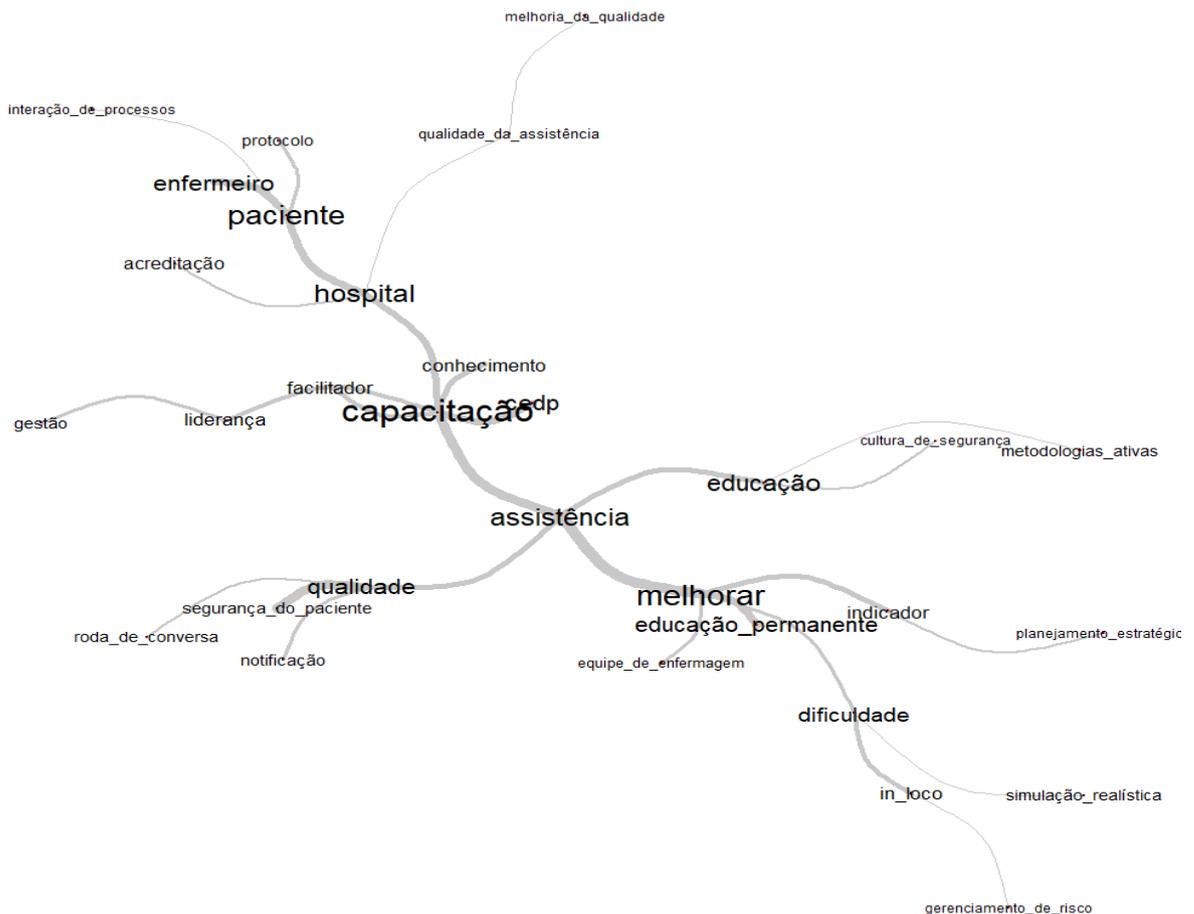
Observa-se que a palavra “Curso” surge no centro da nuvem de palavras, justifica-se pela principal atividade educativa adotada dentro da instituição em estudo. Além desta, apresentaram destaque as palavras “equipe”, “melhorar”, “paciente” e “assistência”. As atividades educativas realizadas se centralizavam em promover a qualificação da equipe multiprofissional, a fim de melhorar a assistência ao paciente, foram promovidas capacitações sobre os seguintes temas: “segurança do paciente”, “lavagem das mãos”, “aleitamento

materno”, “método canguru”, “suporte básico de vida” e “reanimação cardiopulmonar”, que também se encontram na Nuvem de Palavras.

Nessa análise, as palavras “Educação Permanente”, “desafio”, “enfermeiro”, “CEDP” e “*in loco*” foram ressaltadas. Depreende-se que a realização de atividades de EPS pela Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CEDP), setor da instituição em estudo responsável pela execução das atividades educativas, é considerado um desafio, especialmente quando realizadas *in loco*.

4.3 Análise de Similitude

Figura 7 – Análise de similitude



Fonte: Elaborado pela autora. Organizado com auxílio do *software* IRAMUTEQ.

A segunda análise gerada foi a Análise de Similitude, na qual se evidenciam as principais coocorrências entre as palavras e a conexidade entre os termos presentes no *corpus*.

Deve-se observar o tamanho da fonte, a espessura das linhas que conectam as palavras e o polígono a que pertencem (KLAMT; SANTOS, 2021).

Desse modo, na figura 7 se observa uma forte relação entre os termos “capacitação”, “assistência”, “melhorar”, “hospital” e “paciente”, assim como demonstrado na Nuvem de Palavras, em ambas a partir das falas dos profissionais emergem o alinhamento entre as atividades educativas e a melhoria da assistência ao paciente.

A palavra central “capacitação” correlaciona-se com as palavras “CEDP”, “conhecimento”, “facilitador”, “liderança”, “hospital” e “assistência”, sinaliza que as atividades educativas promovidas pela CEDP se destinam à promoção do conhecimento na instituição em estudo, além disso, a gestão imediata e alta gestão fornecem o apoio necessário para que as capacitações aconteçam. Destaca-se também o papel do facilitador, como elemento que intermedia o processo de ensino aprendizagem.

O termo “assistência” se associa fortemente à “capacitação”, “educação”, “qualidade” e “melhorar”, assim por meio das entrevistas dos participantes da pesquisa, depreende-se que a principal estratégia para a melhoria da qualidade da assistência são as atividades educativas. A palavra “educação” se correlaciona com “cultura de segurança” e “metodologias ativas”, assim, evidencia-se que a educação é fundamental para a promoção da “cultura de segurança”, e se apoia especialmente na realização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

O termo “qualidade” se conecta intensamente com “segurança do paciente”, posteriormente “notificação” e “roda de conversa”, dessa maneira, demonstra que a segurança do paciente é o elemento central para a promoção da qualidade. As notificações de incidentes e não-conformidades são fundamentais para o alcance da melhoria contínua dos processos, além da realização de “rodas de conversa”, como estratégia da EPS para a gestão participativa e troca de conhecimentos entre os profissionais.

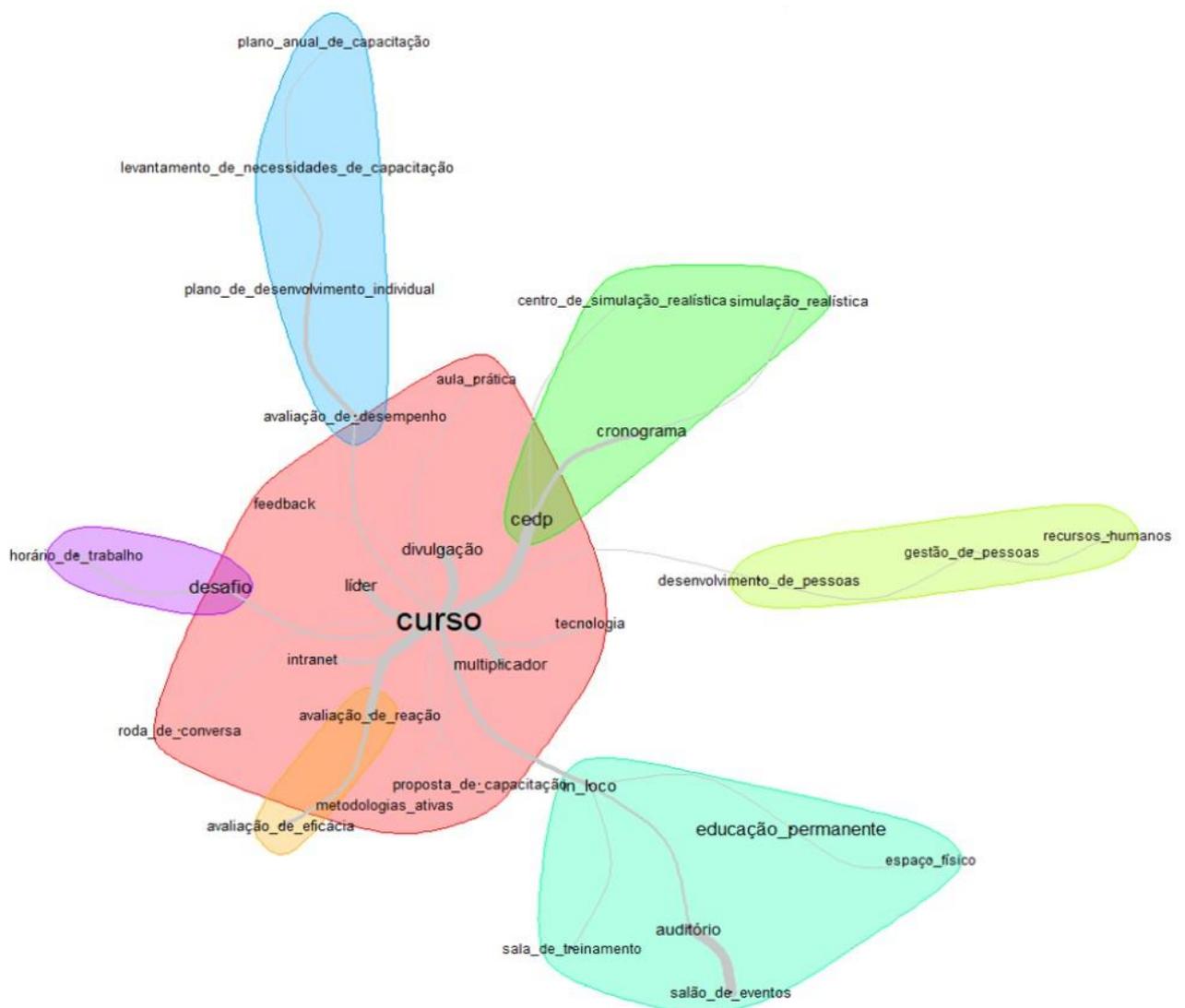
A palavra “melhorar” se interliga com “Educação Permanente”, “indicador” e “equipe de enfermagem”. O processo de melhoria contínua se encontra intimamente ligado ao monitoramento de indicadores, essencial para o gerenciamento de riscos e para o alcance de metas estabelecidas no Planejamento Estratégico da instituição. O investimento na educação da equipe de enfermagem também é essencial no processo de melhoria contínua, no contexto da equipe de saúde são eles que se dedicam continuamente à assistência ao paciente.

O termo “Educação Permanente” se encontra associado a “dificuldade”, evidencia a árdua tarefa em se desenvolver atividades de EPS, sobretudo ao se considerar o uso de metodologias ativas, tal como a “simulação realística” e o desenvolvimento de atividade educativas “*in loco*”.

À palavra “hospital”, conectam-se os termos “acreditação”, “paciente”, “qualidade da assistência” e “capacitação”. A “acreditação” é uma ferramenta que estimula a melhoria da qualidade da assistência hospitalar e promove mais segurança para os pacientes e profissionais. O termo “paciente” se encontra fortemente correlacionado com “enfermeiro”, em seguida, “protocolo” e “interação de processos”, assim, evidencia-se a atuação do enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem e profissional que intermedia a relação entre os demais membros da equipe multiprofissional, garante o cumprimento dos protocolos assistenciais e interações de processos entre as áreas assistenciais e de apoio às atividades hospitalares, bem como realiza o processo de notificação de incidentes e falhas nas interações de processos.

4.4 Análise de Similitude (divisão em comunidades)

Figura 8 – Análise de similitude (divisão em comunidades)



Fonte: Elaborado pela autora. Organizado com auxílio do *software* IRAMUTEQ.

A partir da Análise de Similitude foi gerado um segundo grafo, no qual se observa uma síntese ilustrativa dos termos mais evocados nas entrevistas e as correlações entre eles, deste modo, foram geradas sete comunidades temáticas (figura 8). Nesse grafo, a palavra “curso” se apresenta como o termo de maior centralidade, a partir dela se originam ramificações interessantes para o desenvolvimento das atividades educativas nas instituições de saúde. Assim, os principais pares de associação entre os elementos foram: curso – CEDP; curso – *in loco*; curso – avaliação de reação; curso – desafio; curso – avaliação de desempenho; curso – divulgação; curso – líder; curso – multiplicador; auditório – salão de eventos; avaliação de reação – avaliação de eficácia; CEDP – cronograma; e avaliação de desempenho – plano de desenvolvimento individual.

A comunidade temática de cor rosa, a qual apresenta a palavra central “curso”, possui o maior número de palavras com elementos que remetem à execução das atividades educativas, tais como a “divulgação”, essencial para que a equipe multiprofissional possa participar das atividades programadas. Observa-se também o papel do facilitador na EPS, representado pela palavra “multiplicador”, o qual deve ser alguém que permita o compartilhamento de experiências e realize a intermediação do processo de ensino-aprendizagem. Destaca-se também a utilização de recursos tecnológicos que facilitam o processo educativo, tais como o Datashow, computador, sistemas operacionais, etc. Na relação curso – líder, depreende-se a importância da liderança no processo educativo dentro das instituições de saúde, representada pelos gestores imediatos.

Na comunidade de azul claro, observa-se fortemente a correlação curso – *in loco* e auditório – salão de eventos. Nessa comunidade, encontram-se os principais locais em que as atividades de EPS ocorrem na instituição de saúde participante da pesquisa, conforme emergiram nas entrevistas, desta maneira, destacam-se: “sala de treinamento”, “auditório”, “salão de eventos” e “*in loco*”.

Na fronteira com a comunidade cor de rosa, encontra-se a comunidade temática de cor laranja, em que há relação significativa entre Avaliação de Reação – Avaliação de Eficácia, os quais são ferramentas avaliativas de atividades educativas adotadas na instituição. A comunidade de cor lilás traz a relação entre desafio – horário de trabalho, deste modo, emergiu como principal desafio para a execução das atividades de EPS a realização durante o horário de trabalho.

É possível observar na comunidade temática de cor azul forte correlação entre os elementos Avaliação de Desempenho – Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). Observou-

se que na instituição em estudo a Avaliação de Desempenho e o PDI contribuem indiretamente para o Levantamento de Necessidades de Capacitação (LNC) e posteriormente para o Plano Anual de Capacitação (PAC), pois os temas de atividades educativas emergidos durante o PDI podem ser acrescentados ao PAC. Ressalta-se que na FSCMPA, até então, a Avaliação de Desempenho tem sido realizada com a liderança e o operacional, já o PDI ainda não alcançou a equipe operacional, no momento, é feito apenas com a liderança.

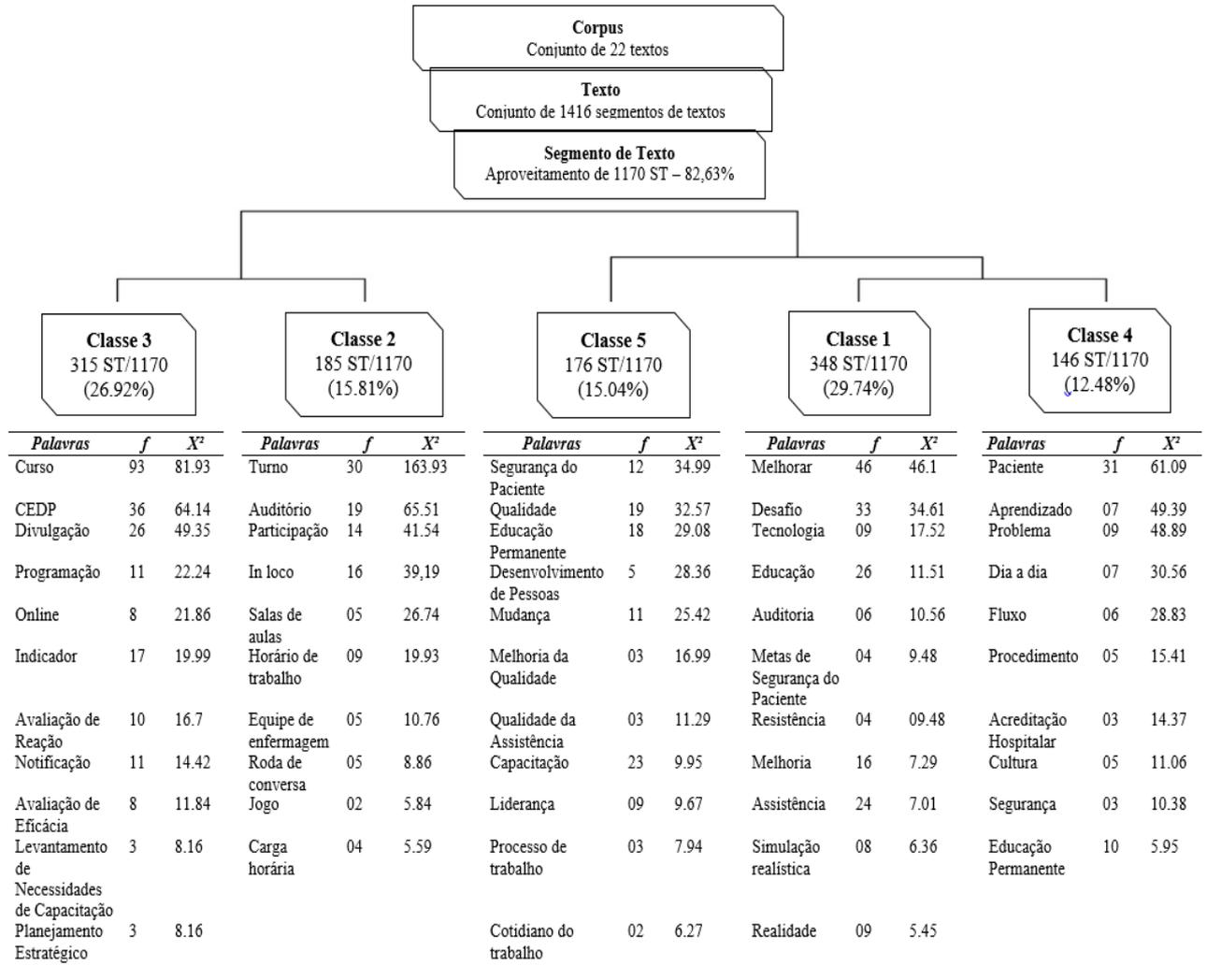
As palavras CEDP – cronograma também apresentaram forte correlação na comunidade de cor verde. Percebe-se a importância da elaboração pelo CEDP de um cronograma de atividades educativas, o qual facilita a organização de gestores e da equipe multiprofissional para adesão às atividades programadas. Nessa comunidade, emergiram os termos “simulação realística” e “centro de simulação realística”, vale destacar que a simulação realística foi mencionada como uma das principais metodologias ativas adotadas na instituição em estudo.

Já na comunidade temática verde claro emergiram as palavras “Gestão de Pessoas” e “Recursos Humanos” associadas ao “desenvolvimento de pessoas”. Na instituição em estudo o CEDP faz parte da Gerência de Gestão de Pessoas, em virtude de a realização de atividades educativas nas instituições de saúde ter como objetivo proporcionar o crescimento e desenvolvimento profissional dos trabalhadores.

4.5 Classificação Hierárquica Descendente/caracterização das classes/categorias

A última análise elaborada pela ferramenta IRAMUTEQ foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O processamento de dados pelo *software* durou 01 minuto e 11 segundos e gerou um *corpus* textual constituído por 22 textos, separados em 1.416 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 1.170 STs (82,63%). Como parâmetro de análise, foi utilizado como ponto de corte o qui-quadrado ≥ 5 e com significância estatística $p \leq 0,01$, gerando o dendograma a seguir (figura 9):

Figura 9 – Dendograma gerado pelo *software* IRAMUTEQ



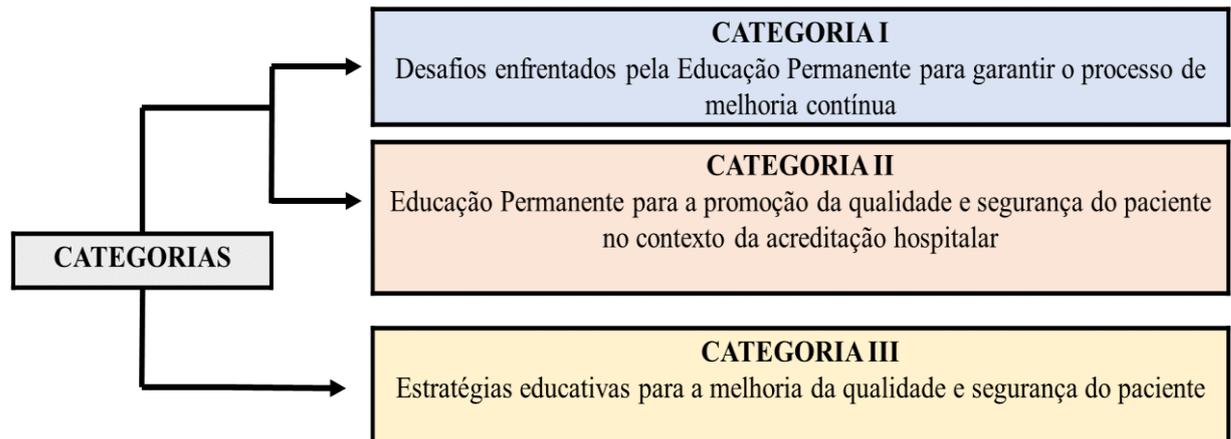
Fonte: Elaborado pela autora. Organizado a partir da análise do *software* IRAMUTEQ.
ST= Segmento de Texto
f= frequência
X²= qui-quadrado

A partir do dendograma de Classificação Hierárquica Descendente, o conteúdo foi dividido em cinco classes: Classe 01 com 348 ST (29,74%); Classe 02 com 185 ST (15,81%); Classe 03 com 315 ST (26,92%); Classe 04 com 146 ST (12,48%); e Classe 05 com 176 ST (15,04%). Ao observar a figura 9 é possível visualizar duas ramificações, uma formada pelas classes 3 e 2 e a outra pelas classes 5, 1 e 4.

Por meio da análise das cinco classes, emergiram três categorias. A classe 01 originou a categoria I, denominada de “Desafios enfrentados pela Educação Permanente para garantir o processo de melhoria contínua”. Devido à semelhança entre os temas abordados, algumas classes foram unidas, assim se originou uma só categoria, tal como, ocorreu com as classes 04 e 05 que originaram a categoria II, intitulada “Educação Permanente para a promoção da

qualidade e segurança do paciente no contexto da acreditação hospitalar”. As classes 03 e 02 também foram unificadas, dessa maneira, surgiu a categoria III, nomeada “Estratégias educativas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente”. A seguir, são descritas as categorias emergentes (Figura 10):

Figura 10 – Categorias emergentes das classes originadas pelo *software* IRAMUTEQ



Fonte: Elaborado pela autora. Organizado a partir da análise do *software* IRAMUTEQ.

4.6 Análise interpretativa das categorias

4.6.1 Categoria I – Desafios enfrentados pela Educação Permanente para garantir o processo de melhoria contínua

A categoria I, formada pela classe 01, apresentou as seguintes palavras com maior expressividade: “melhorar” ($f=46$), “desafio” ($f=33$), “educação” ($f=26$), “assistência” ($f=24$), “melhoria” ($f=16$), “tecnologia” ($f=9$), “realidade” ($f=9$) e “simulação realística” ($f=8$). Nessa categoria foram apontados os principais obstáculos para a realização das atividades de EPS ao se considerar o processo de melhoria contínua da qualidade.

Os gestores mencionaram que um dos principais desafios enfrentados pela EPS é educar pessoas adultas. Diante disso, é preciso dedicar um esforço maior com vistas à sensibilização desse profissional, para que ele participe das atividades educativas e, conseqüentemente, seja facilitada à adesão aos protocolos de segurança do paciente e políticas institucionais, que contribuem diretamente para a melhoria contínua da qualidade:

“[...] a andragogia... não é fácil [...] então esse é um dos principais desafios [...] envolver e de fato ganhar esse adulto para seguir a linha de qualidade e segurança [...]” P1, P13, P14

“[...] às vezes, o servidor ele não quer ir [...] ele não quer passar por esse processo [...] e, às vezes, eles estão ali naquela zona de conforto e ele não quer mudar [...]” P22, P10

A FSCMPA é uma instituição centenária, fundada em 1650, em virtude disso, passou por diversos processos de mudança, entretanto, de acordo com os gestores, um dos principais desafios ainda se encontra em modificar pensamentos e atitudes contrários à cultura de segurança do paciente:

“[...] porque você imagina num hospital tricentenário que é a Santa Casa de Misericórdia do Pará, nós ainda temos muitos processos arraigados [...] que são costume mesmo [...] então nós precisamos o tempo todo estar resgatando [...] coisas simples tipo o não uso do brinco, o uso do sapato fechado [...]” P20

“[...] eu acho que esse é um dos principais desafios que nós ainda encontramos... é principalmente a cultura [...]” P16, P10

Foi mencionada a dificuldade em retirar os profissionais da assistência para participarem das atividades de EPS, em virtude da demanda de trabalho e do quantitativo de profissionais, dificultando a liberação para que participem das atividades:

“[...] olha eu acredito que o maior desafio é você conseguir alcançar a todos, às vezes, também pela atividade, às vezes, pela correria do plantão [...]” P12

“[...] é bem desafiador fazer Educação Permanente, porque nós não temos um contingente que possa estar substituindo essa equipe para poder liberar [...]” P22, P8, P3

A FSCMPA possui servidores concursados e contratados, tanto na área assistencial quanto gerencial. Os contratos de trabalho temporários ocasionam em rotatividade, que impacta diretamente no processo de melhoria contínua, sendo necessário treinar constantemente novas equipes:

“[...] isso é algo da nossa cultura aqui da Santa Casa, os cargos aqui são políticos e aí nós temos esse desafio de treinar de novo e se mudar... treinar de novo... [...]” P3

“[...] nós temos servidores que não são concursados [...] então esses que entram pelo contrato [...] eles teriam que entrar num período já de Educação Permanente [...] precisam ser treinados, fazer treinamentos in loco [...]” P17, P6

Os gestores ressaltaram a necessidade de aumentar a equipe de profissionais que fazem parte da CEDP, pois atualmente é composta por apenas uma psicóloga, dois pedagogos e assistentes administrativos, não havendo enfermeiros na equipe. Os gestores também apontam que existe uma sobrecarga, pois são responsáveis pelas atividades gerenciais e ao mesmo tempo precisam constantemente prover facilitadores para a realização das atividades educativas:

“[...] na neonatologia, eu acho um desafio nós não termos uma Comissão de Educação, só fica a cargo da coordenação... organizar, se adequar [...] são 300 funcionários, então eu acho que deveria ter uma programação, um núcleo, que fosse específico e que fosse o tempo todo contínuo na neonatologia [...]” P17

“[...] fortalecer a equipe da CEDP [...] pouca gente! [...]” P13

“[...] eu não posso tirar um enfermeiro da assistência para ele dar uma aula, então falta exatamente isso... um enfermeiro lotado lá no CEDP [...]” P19

4.6.2 Categoria II - Educação Permanente para a promoção da qualidade e segurança do paciente no contexto da acreditação hospitalar

A categoria II, formada pelas classes 04 e 05, apresentou as seguintes palavras com maior expressividade: “paciente” ($f=31$), “Educação Permanente” ($f=28$), “capacitação” ($f=23$), “qualidade” ($f=19$), “Segurança do Paciente” ($f=12$), “mudança” ($f=11$), “liderança” ($f=09$), “problema” ($f=9$) e “aprendizado” ($f=7$). Nesta categoria emergiram discursos sobre a contribuição da EPS para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente ao se considerar o contexto da instituição, a qual é Acreditada com Excelência (ONA 03).

Foi destacada a importância da EPS para a sustentação do processo de melhoria da qualidade, além de ter sido apontada como a base deste processo. Relatou-se que a EPS tem como fim a realização de assistência segura ao paciente:

“[...]o processo educacional está intimamente ligado ao processo de [...] qualidade e segurança [...] se nós não desenvolvermos pessoas, não tem como desenvolvermos um processo de construção de melhoria [...]” P1, P12

“[...] eu acho que ele é fundamental [...] não tem como melhorarmos se não tivermos Educação Permanente [...] o benefício é a qualidade da assistência, o resultado para o paciente, a melhoria da qualidade [...]” P9, P10

Outro ponto destacado pelos participantes, foi como a EPS auxilia para que os profissionais possam se manter constantemente atualizados especialmente ao se considerar que o conhecimento na área da saúde evolui rapidamente. Também se observou nos discursos que a EPS facilita a aplicação dos protocolos de segurança do paciente e a execução dos procedimentos adequadamente:

“[...] as palestras... tudo nos faz lembrar o que é o correto a fazer, porque tem profissionais que acabam ficando na rotina [...]” P11, P21, P18

“[...] eu acredito que ela é de fundamental importância, porque o servidor [...] precisa ter um conhecimento científico, precisa ter um

conhecimento técnico, melhorar... se atualizar para que ele possa prestar uma assistência adequada [...]” P17

“[...] a partir do momento que eu sento 10 minutos com uma equipe e falo para eles da importância de conferir a pulseira do paciente, é um aprendizado e isso são processos que não se faz uma vez [...]” P19

Também emergiu nas falas dos entrevistados que a EPS, por se fundamentar em um ensino problematizador, gera questionamentos e reflexões a fim de encontrar soluções:

“[...] o benefício da Educação Permanente é justamente trazer... a visão para uma questão problema e não trazer o problema para as pessoas, nós saímos daquela responsabilização da culpa [...] então a Educação Permanente ela tem esse benefício de fazer com que haja um ensino problematizador [...]” P5

“[...] quando você vem mostrando com uma orientação, uma roda de conversa sobre determinado assunto [...] você vai ver onde é que estão os problemas, e encontrar soluções juntos [...] para que o atendimento seja feito com excelência [...]” P16

O ensino dialógico, que estimula a constante troca de conhecimentos entre educador e educando, com a participação ativa do educando por meio de metodologias que facilitem essa interação, também foi mencionado pelos entrevistados:

“[...] então foi feito uma roda de conversa, foi colocado o passo a passo se desconfiar que é uma seps e nós começamos a ouvir o que eles achavam... então foi uma troca de conhecimentos [...]” P16

“[...] e eu acho que é bem enriquecedor a forma de aprendizado, você aprende com a experiência do outro, com a vivência do outro [...] essa troca é muito rica [...]” P22

“[...] porque desenvolver uma pessoa [...] é você se preparar para o procedimento de forma teórica [...] simular esse procedimento [...] dentro de uma sala de aula, é você discutir com os seus pares como é que faz o procedimento [...]” P13

A aprendizagem em serviço foi ressaltada como característica precípua da EPS. A aproximação do cenário de ensino com a realidade vivenciada tende a produzir resultados positivos no processo de ensino-aprendizagem:

“[...] a Educação Permanente é o aprendizado no serviço, então todo aquele cotidiano do trabalho é essencial para trabalharmos com qualidade e segurança do paciente [...]” P5, P7

“[...] todos os dias é necessário fazer isso... conversa informal... sem levar para uma sala, é esse processo aqui corpo a corpo, porque assim nós aprendemos melhor [...]” P20

Foi destacado o caráter transformador da educação, isto é, a capacidade de mudar realidades, assim, a educação foi mencionada como elemento motriz para melhorias no processo de trabalho e assistência ao paciente:

“[...] é a base de tudo... toda e qualquer mudança que você queira implementar dentro de uma instituição, passa pelo processo educacional [...] até porque a educação muda comportamento, muda a assistência, muda o pensamento das pessoas, muda tudo... então ela é de fundamental importância! [...]” P13

O desenvolvimento de líderes foi apontado como fator primordial no processo de melhoria contínua da qualidade, como descrito nas falas abaixo:

“[...] o processo educacional... ele é fundamental [...] principalmente, o desenvolvimento das lideranças [...] porque o responsável pela implantação do processo de qualidade [...] vai ser o líder da área [...] ele que vai ter que desenvolver [...] o processo de qualidade e segurança dentro daquela área que ele está liderando [...]” P1

“[...] nós temos feito várias capacitações para os líderes [...] é fundamental para você ser um líder... para você comandar uma equipe toda... você tem que ter um preparo muito grande para isso [...]” P13

Sobre a acreditação hospitalar, em 2022, a instituição se tornou Acreditada com Excelência (ONA 03) para isso foi necessária a implementação de mudanças no processo de trabalho. O comprometimento de gestores e da equipe assistencial resultou em melhorias na qualidade da assistência na instituição:

“[...] além de ter um grande impacto para o paciente [...] de mudanças mesmo positivas... tendo um reflexo interno e externo, a Santa Casa virou uma referência para a própria ONA [...]” P1, P13

“[...] então quando nós fomos desafiados, nós não pensamos em ter uma acreditação hospitalar visando apenas ter [...] o título [...] nós pensamos no que o processo poderia trazer de segurança para a assistência, de crescimento para a equipe [...]” P22, P16, P19

Na trajetória da acreditação hospitalar na instituição, foi destacada a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, que atualmente é denominado Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS), setor responsável pelo gerenciamento das ações de melhoria contínua da qualidade e que se tornou fundamental no processo de certificação:

“[...] então nós fomos formar o primeiro Núcleo de Segurança do Paciente [...] depois a gestão decidiu e viu que era melhor que esse setor fosse inserido na Qualidade [...] o setor que mudou de nome e ficou Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS) e esse

setor passou a ser responsável pela implementação dos protocolos, as auditorias e os gerenciamentos de risco [...]”P3

Também foi ressaltada a contribuição da EPS para a realização das mudanças necessárias a fim de alcançar a acreditação, assim como para a sustentação das melhorias:

“[...] desde o começo do processo de acreditação[...] poderia ter piorado [...] pelo contrário, nós conseguimos realmente manter o nível de aprendizado, de conhecimento [...] você não pode querer mudar, fazer uma mudança de cultura, sem capacitar, qualificar [...]” P14

“[...] para mim não existe acreditação hospitalar sem educação, são coisas que caminham permanentemente juntas [...]” P20

“[...] o processo de acreditação... requer esse conhecimento aprofundado, então a Educação Permanente ela vem aí como um aliado [...]” P22

4.6.3 Categoria III - Estratégias educativas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente

A categoria III, formada pelas classes 03 e 02, apresentou as seguintes palavras com maior expressividade: “curso” ($f=93$), “CEDP” ($f=36$), “turno” ($f=30$), “divulgação” ($f=26$), “auditório” ($f=19$), “indicador” ($f=17$), “*in loco*” ($f=16$), “participação” ($f=14$), “programação” ($f=11$), “notificação” ($f=11$), “horário de trabalho” ($f=09$) “avaliação de eficácia” ($f=8$), “avaliação de reação” ($f=10$) e “*online*” ($f=8$).

Nessa categoria, foram destacadas as principais estratégias educativas adotadas para a efetivação das atividades de EPS na instituição em estudo. Os profissionais referem o uso ainda de metodologias tradicionais de ensino, como aulas teórico-expositivas e palestras, entretanto, observam-se tentativas de utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com destaque para o uso da simulação realística, rodas de conversa, oficinas e aulas práticas:

“[...] as formas de treinamentos... elas são diversificadas... vai do teórico nas salas de aula, no auditório, in loco nas unidades, como eu falei a simulação realística, a prática, a oficina [...]” (P1, P11, P18, P20).

“[...] a metodologia normalmente é em formato de palestra, nós utilizamos o datashow ou fazemos roda de conversa [...]” (P8).

Os profissionais, que também atuaram como facilitadores relataram dificuldades em aplicar metodologias ativas, em virtude, inclusive, do despreparo ou do pouco envolvimento do público-alvo na temática, o que demonstra o desestímulo da equipe em participar dos momentos de aprendizagem:

“ [...] poucas vezes eu vi usarem metodologias ativas de ensino-aprendizagem [...] quando me propuseram uma vez... de fazer um curso aqui... de Reanimação Cardiopulmonar, eu disse ‘eu vou jogar o tema para eles, vou indicar alguns artigos para eles lerem, certo, e quando for no dia do curso nós fazemos uma roda de conversa, e aí eles vão me dar aula, entendeu’. O que que aconteceu? Ninguém leu os artigos que eu indiquei! [...]” (P13)

Alguns participantes mencionaram os principais locais na instituição para realização de atividades educativas como o salão de eventos, auditório e salas de treinamento. Foi ressaltada a realização de atividades *in loco* a fim de otimizar a adesão da equipe:

“[...] in loco nós conseguimos abranger melhor. Então nós tentamos fazer 15 a 20 minutos, procuramos pegar um horário assim que esteja mais calma a enfermaria [...]” P16, P18, P5

“[...] eles têm feito também in loco, isso também tem facilitado, é um ponto positivo [...]. Tem uma sala de treinamento que fica no prédio centenário [...]” P12

“ [...] quando é muitas pessoas que nós convocamos, sempre destinamos para um desses espaços usando o terceiro andar, o auditório ou o salão de eventos[...]” P13

Em relação aos turnos, em que têm sido realizadas as atividades educativas, foi destacado pelos participantes a tentativa de realizar nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) para que todas as equipes possam estar capacitadas, desta maneira, possibilita-se a existência de uma continuidade das ações educativas, que reflete diretamente na melhoria das práticas em todos os turnos:

“[...] nós temos sempre procurado abranger todos os turnos, até porque o noturno antes reclamava que eles eram um pouco esquecidos [...]” P1, P15

“[...] olha o padrão mesmo são de manhã e de tarde, mas existem alguns cursos que eles solicitam para o pessoal da noite e aí nós temos cursos noturnos também” P2

“ [...] procura trabalhar dentro do horário de trabalho para facilitar a adesão deles aos eventos [...]” P14

Apesar disso, foi relatada a dificuldade em se realizar capacitação para a equipe do noturno, em virtude da baixa oferta ou pelo dimensionamento de enfermagem reduzido, logo, há dificuldades para liberação dos profissionais para participação nas atividades:

“[...]o turno da noite sempre é o mais prejudicado, porque de manhã de alguma forma ou outra ainda dá para tirar 01 ou 02, o noturno, às vezes, eles não têm condições de retirar ninguém [...]” P9

“[...] porque muitas das vezes você alcança aqueles servidores que são dos turnos da manhã, da tarde, você não consegue muito alcançar os que são do noturno [...]” P12, P18, P20

“[...] nós não conseguimos que o funcionário do noturno participe de manhã, tirar ele do horário de trabalho para vir ou até mesmo nós irmos à noite, porque na verdade você só tem 06 horas de aproveitamento, de fato, do noturno, porque quando você entra na madrugada, a equipe fica reduzida [...]” P21

Os entrevistados ressaltaram que um fator facilitador da adesão às atividades educativas seria realizar atividades mais curtas e dentro do horário de trabalho, também mencionaram estratégias de divisão da equipe para que todos pudessem participar:

“[...] vir em outra data fora do horário de trabalho é um desafio muito maior [...] eles vão para outras instituições, então poucos vão aderir [...] eu acho que treinamentos mais curtos no horário de trabalho facilita muito [...]” P17

“[...] nós reorganizamos, são seis técnicos por turno, então nós tentamos organizar dois por etapa, vão dois, participam, volta, vai mais dois [...]” P21, P19, P16, P22

Os entrevistados falaram sobre a realização de capacitações institucionais, caracterizadas como capacitações obrigatórias para todos os profissionais da instituição, especialmente, por se tratar de um hospital materno-infantil, possui temas específicos para a assistência a este público. Destaca-se, também, que são temas cobrados durante as auditorias de acreditação hospitalar, por essa razão, deve-se ter cuidado para manter as evidências para comprovação destas atividades:

“[...] nós fazemos muitos cursos institucionais [...] esses cursos são as nossas maiores demandas [...] que são o curso do Método Canguru, do Aleitamento Materno e da Brigada de Incêndio, então esses cursos são os mais cobrados na ONA [...]” P2, P1

“[...] nós vemos a necessidade, por exemplo, de cumprir o nosso cronograma de cursos institucionais de Suporte Básico de Vida, do Método Canguru, Aleitamento Materno [...]” P8

Quanto à organização das atividades educativas, foi mencionado o preenchimento de um formulário específico, denominado “Proposta de Capacitação”, em que todos os servidores que pretendem dar uma capacitação na instituição precisam procurar o CEDP para realizar o preenchimento desse documento. Dessa maneira, permite que o CEDP forneça apoio operacional, como a provisão de recursos didáticos, local para realização da atividade, divulgação, facilitadores e fornecimento de certificados, sendo assim, uma importante etapa para o planejamento das atividades:

“[...] a Proposta de Capacitação é feita em conjunto, a equipe da CEDP ela dá todo apoio operacional para essas capacitações [...]” P5

“ [...] tem uma ferramenta, que nós utilizamos sempre para isso, que é a Proposta de Capacitação, onde pode preencher, quem é o público-alvo, quantas pessoas, quem são os multiplicadores e consegue organizar direitinho... a data do curso, como é que vai ser feita a divulgação, se vai ter certificação ou não, onde vai ser o curso, quais os recursos para isso [...]” P8, P2

Os profissionais mencionaram as diversas maneiras utilizadas para a identificação dos temas das capacitações, a exemplo de: reunião entre gestores e a equipe assistencial; reuniões de liderança; notificação de eventos adversos; reclamações de usuários e acompanhantes sobre a assistência prestada; percepção do gestor das necessidades de aprendizagem da equipe assistencial; e avaliação pelo CEDP dos temas mais recorrentes.

Dessa maneira, é originado o Levantamento de Necessidades de Capacitação (LNC), documento que precede o Plano Anual de Capacitação (PAC), o qual contém uma programação anual das atividades educativas. A CEDP é responsável por realizar tanto o LNC quanto o PAC, desde o contato com os gestores para o recebimento das solicitações de capacitação até a organização de um consolidado de temas de capacitação com informações específicas a respeito de cada capacitação, assim, origina o PAC. Conforme destacado, a LNC é baseada nas necessidades de aprendizagem das equipes, para que se alcance a aprendizagem significativa:

“[...] nós fazemos um levantamento, consideramos essas solicitações, consideramos essas reuniões, mas também nós fazemos uma revisão do ano passado [...]” P5, P8

“[...] os levantamentos são baseados nas visitas nas alas [...] até nas nossas próprias notificações que nós temos... [...] as reuniões que ocorrem in loco, as demandas que vem até nós, às vezes algumas

queixas das mães, porque elas são o nosso termômetro da assistência [...]” P17

“[...] essa escuta dos próprios servidores locais, saber qual é realmente a dificuldade... a necessidade deles [...] nós fazemos mais ou menos uma programação, mas se ocorre algum evento, nós também fazemos em cima desse evento [...]” P18

Foi mencionado que a Avaliação de Desempenho e o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) são utilizados como geradores de temas para as atividades educativas, deste modo, contribuem para a elaboração do LNC e PNC. Além disso, observa-se que o PNC utilizado na instituição em estudo é de caráter flexível, pois são acrescentados temas conforme a demanda ou necessidades de aprendizagem percebidas no decorrer do ano vigente, ou seja, o PNC adotado na referida instituição não se baseia somente em capacitações obrigatórias (institucionais):

“[...] no Plano [Anual de Capacitação], o Plano de Desenvolvimento Individual, a Avaliação de Desempenho operacional e de liderança entram, porque quando chegar no final do ano eu vou olhar o que foi planejado e o que está realmente no nosso calendário e eu faço um contraponto de tudo que foi realizado [...]” P5

“ [...] nós temos a Avaliação de Desempenho e a avaliação do gestor, lá você detecta quais são as necessidades de treinamento para esse grupo e aí é feito os cursos para atender essa demanda [...]” P14

Alguns gestores apontaram falhas na divulgação do PAC. É necessário que o CEDP realize uma divulgação mensal, trimestral ou anual desse documento, para que a liderança possa se programar antecipadamente junto com as equipes assistenciais a fim de aumentar a adesão:

“[...] precisa que esse cronograma... seja amplamente divulgado e antecipado para todos os profissionais [...]. Nós temos aqui na Santa Casa um grupo de Whatsapp, tem o grupo de líderes da Santa Casa e que a CEDP [...] ela divulga os cursos [...], mas é uma coisa assim, às vezes, muito em cima da hora [...]” P13

“[...] eu acho que precisa de um cronograma de treinamento bem efetivo pela CEDP, porque aí nós já iremos nos organizar a nível de escala [...] com isso nós teríamos chance de estar aumentando a participação nas capacitações [...]” P19

Durante as entrevistas foram observadas fragilidades a respeito da Avaliação de Eficácia e Avaliação de Reação. Tratam-se de duas ferramentas distintas, porém, na instituição em estudo o uso dos termos se confundem, foi observado que se aplica uma Avaliação de Reação,

porém, é chamada erroneamente de Avaliação de Eficácia. Também foi apontada a necessidade de dar o *feedback* da avaliação de reação para os facilitadores.

“[...] nós não chamamos de Avaliação de Eficácia, nós chamamos de Avaliação de Reação, eu sei que é diferente [...]. As pessoas fazem a avaliação e nós fazemos [...] um relatório dessa avaliação e enviamos para o multiplicador e pra quem solicitou o curso [...]” P5, P2

“[...] o que que eu me recinto desta Avaliação de Reação é o feedback, eu preciso saber que aquele curso que eu programei, que eu facilitei, se ele foi bom ou não foi, qual foi a reação da equipe e esse feedback ainda tá faltando [...]” P13

A Avaliação de Eficácia no hospital em estudo ainda não possui um indicador específico, como o “Percentual de Treinamentos Eficazes” adotado em algumas instituições, apesar disso, alguns participantes mencionam que a Avaliação de Eficácia tem sido realizada relacionada aos indicadores de maneira indireta, pois no momento ainda não há registros em formulários que evidenciem esta relação:

“[...] nós temos um indicador que é o de Mortalidade Materna, quanto menor melhor, então como é que se faz isso, o setor que tem esse indicador, como é que eu reduzo o Índice de Mortalidade Materna ou de Morte Evitável, eu vou precisar capacitar a equipe, eu vou precisar fazer curso de Suporte Básico de vida [...]” P5

“[...]principalmente avaliação de indicadores, nós fazemos a análise dos indicadores [...] tem planilhas e aí nós avaliamos, todo final de mês, nós temos que avaliar os indicadores de entrega [...]” P1, P18, P20

Os profissionais apontaram as diversas estratégias utilizadas pela CEDP em parceria com a Assessoria de Comunicação (ASCOM) para divulgação das atividades educativas, tais como, sistemas de comunicação eletrônica institucionais (*intranet*), divulgação em grupos de Whatsapp, mídias sociais e impressos em quadros de avisos, além disso, destaca-se o papel do gestor imediato em estimular a equipe a participar:

“[...] a divulgação sempre a ASCOM tá junto [...] e nada melhor [...] que a divulgação [...] dos líderes estimularem os seus a participarem e melhor ainda os servidores que participam falando bem do treinamento [...]” P1

“[...] temos também [...] o Instagram oficial da Santa Casa [...] e nós temos a Intranet, que tem uma aba ‘Eventos’, onde nós preenchemos com todos os cursos que vão ter no mês [...]” P2, P14

“[...] nós temos a divulgação via PAAE e temos um grupo mesmo de Whatsapp chamado ‘Líderes’ [...]” P3, P8

“[...] normalmente já tem essa divulgação na própria área de trabalho de qualquer computador [...]” P20

Os profissionais entrevistados também mencionaram a respeito dos facilitadores, observou-se que os facilitadores podem ser internos à instituição e externos, membros da equipe multiprofissional, gestores e alunos dos Programas de Residência, e são escolhidos conforme a expertise no tema. Destaca-se a importância dos membros de comissões hospitalares, que auxiliam efetivamente na realização de atividades educativas:

“[...]é sempre bom ressaltar a ativa participação dos membros do Comitê de Segurança do Paciente em conjunto com a Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança nesse processo de treinamento e capacitação, eles sempre estão disponíveis e dispostos a ajudar [...]” P1

“[...]nós temos a participação de enfermeiros que trabalham na instituição, de médicos, de residentes tanto de enfermagem quanto médicos, nós temos a participação deles sendo facilitador [...]” P16

“[...]quando possível os facilitadores hoje são os enfermeiros assistenciais alguns... e a Coordenação de Enfermagem [...]” P17

“[...] depende das habilidades... assim que são escolhidos [...]” P20, P2

“[...] a última que eu participei [...] foi uma facilitadora da Escola de Governo do Pará [...]” P22

Os profissionais também destacaram a realização de atividades educativas *online*, especialmente durante a pandemia de COVID-19, estratégia adotada para que as atividades não fossem interrompidas. Mesmo após a pandemia, algumas atividades ainda continuaram sendo realizadas remotamente, inclusive as que visam atender ao público externo, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e maternidades de municípios do interior do estado do Pará:

“[...]nós não paramos na pandemia, nós atendemos todas as maternidades do interior do estado, agora voltou a ser presencial, porém nós continuamos atendendo online [...] e estamos atendendo também [...] as Unidades Básicas de Saúde [...]” P2, P18

“[...] teve agora a Semana de Enfermagem, nós fizemos umas ‘lives’ online e assim foi uma adesão muito boa, foi bem bacana! [...] e nós vamos fazer esse tipo de capacitação agora [...]. Nós fizemos muito online, alguns pontuais, mas a maioria foi online [...]” P10, P9

Foi relatado o uso de indicadores para a avaliação e monitoramento das ações de EPS, o que contribuiu para a melhoria contínua dos processos. São adotados os indicadores Horas-Homem e Taxa de Adesão às atividades educativas:

“[...] nós temos o Hora-Homem treinado que é para nós avaliarmos o quanto de hora por mês essa pessoa está participando de capacitação [...] nós temos um indicador também que é o quantitativo de pessoas que se inscreveram e o quantitativo de pessoas que foram para o curso, o nosso indicador de Taxa de Adesão às nossas capacitações... nós temos esses dois indicadores [...]” P5

CAPÍTULO V

5 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos participantes demonstrou que 90,9% eram mulheres, esse dado coaduna com resultados de um estudo realizado em uma instituição de saúde da rede municipal de Recife, Pernambuco, em que 78% dos profissionais também eram do sexo feminino, assim, aponta para a feminilização da força de trabalho na área da saúde (OLIVEIRA; CEBALLOS, 2022).

Dos profissionais participantes da pesquisa, 81,8% eram enfermeiros. Atualmente, a enfermagem corresponde a 70% da força de trabalho na área da saúde no Brasil (MENDES et al, 2022). De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem (2022), há cerca de 678.486 enfermeiros, 1.634.224 técnicos de enfermagem, 450.230 auxiliares de enfermagem e 359 obstetritzas, com um total de 2.763.299 profissionais de Enfermagem com inscrições ativas.

Em relação à pós-graduação, 77,3% referiram ter realizado pós-graduação lato sensu ou Programa de Residência. Ao considerar que a maioria (81,8%) da amostra eram enfermeiros, conforme dados da pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 72,8% (N=300.792) dos profissionais de Enfermagem possuem especialização na modalidade lato sensu e 7,5% (N=31.173) participaram de Programa de Residência (MACHADO et al, 2017).

Quando questionados se possuíam outro vínculo empregatício, 59,1% afirmaram possuir mais de um vínculo. Em estudo realizado por Cabral, Silva e Souza (2021) a existência de mais de um vínculo laboral para os trabalhadores da saúde, especialmente de enfermeiros, como estratégia para aumento da renda diante de baixas remunerações, foi apontada como fator contribuinte para a precarização do trabalho e saúde do trabalhador.

Os participantes do estudo tiveram uma média de 18,1 anos de experiência profissional. Em pesquisa realizada com 23 enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição privada do Rio de Janeiro, sobre o manejo da hemodiálise contínua e suas influências para a segurança do paciente, apontou-se que o maior tempo de experiência na profissão (entre 05 a 10 anos), torna-se um fator favorável para a não ocorrência de eventos adversos (ANDRADE et al, 2019).

Na nuvem de palavras, o termo “Curso” se apresenta em destaque. As atividades educativas denominadas como cursos, capacitações e treinamentos, quando realizadas de maneira pontual, descontextualizada, com único objetivo de transmitir informações para

atualização, com a utilização de metodologias tradicionais de ensino, remetem geralmente às atividades de Educação Continuada e se assemelham à educação bancária (SESPA, 2019).

De acordo com as ideias de Freire (2021), a educação bancária é contestada, pois os conteúdos são ensinados como retalhos desconectados da realidade, foca na memorização mecânica de conteúdos a fim de fazer dos homens meros repetidores de ações prescritas: o “homem autômato”. Desse modo, a educação bancária tira do educador e educando a capacidade criativa de repensar o mundo, impede a busca do conhecimento em conjunto. Assim, impossibilita a transformação da realidade e mantém os homens no estado de “quase coisas”.

A PNEPS destaca que nem toda capacitação pode ser considerada atividade de EPS, entretanto, as atividades de EPS podem se utilizar da capacitação, desde que sejam adotadas metodologias ativas e que ocorra a aprendizagem no trabalho, em que os profissionais são protagonistas e atuam em conjunto para a solução de problemas do cotidiano (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018).

Ainda a respeito da discussão conflituosa entre Educação Continuada e Educação Permanente, para Cavalcanti e Guizardi (2018) os conceitos e aplicação das duas modalidades educativas por vezes se confundiram na trajetória histórica da educação de adultos, somente a partir de 1990 se apresenta a noção de EPS como se tem hoje, distinta do conceito de Educação Continuada. A transição entre um modelo de ensino fundamentado na pedagogia da transmissão para a pedagogia problematizadora se deu de maneira lenta e gradual. Deve-se atentar mais a como se executam as atividades de EPS do que às terminologias adotadas para que não se caia em discussões conflituosas.

Neste estudo, elencaram-se três categorias, sendo a primeira intitulada “Desafios da Educação Permanente mediante o processo de melhoria contínua”. Nessa categoria foi apontada a dificuldade em sensibilizar o profissional para aderir às atividades. Em estudo realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Rio Grande do Sul, foram identificados como entraves para a realização das atividades de EPS a falta de interesse e a não adesão de alguns membros da equipe multiprofissional, houve a participação comumente de enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, com baixa participação de médicos e farmacêuticos. O estudo aponta para a necessidade de criar estratégias que estimulem a participação de todos a fim de não prejudicar a interprofissionalidade inerente à EPS (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Corroborando com os achados desta pesquisa, Macêdo et al (2019) evidenciaram que o desinteresse, desmotivação aliada à sobrecarga de trabalho nas atividades assistenciais, falta de liberação dos profissionais pelo gestor para participação nas ações de EPS e ausência de

recursos humanos para substituírem os profissionais quando se ausentam para participar de atividades educativas, foram apontadas como as principais causas que dificultaram a adesão da equipe de enfermagem às práticas educativas.

A resistência à mudança de cultura emergiu nesta pesquisa, entretanto, em estudo realizado com a equipe de enfermagem de dois hospitais no norte do Paraná, mostrou-se que alguns fatores contribuem desfavoravelmente para a cultura de segurança do paciente: quantidade de profissionais insuficientes para atender à demanda de trabalho; cultura punitiva; cobranças imediatas para atender a uma maior carga de trabalho; o descrédito de supervisores/gerentes; a insegurança dos profissionais em questionar ações de seus superiores; falhas na comunicação sobre as mudanças implementadas sem comunicar a equipe; e o baixo número de notificações de eventos adversos (COSTA et al, 2018).

Outro estudo realizado pelas autoras Siman et al (2019), em um hospital do estado de Minas Gerais, apontou como fatores que dificultam a cultura de segurança do paciente: a desvalorização profissional evidenciada pelos baixos salários e a alta rotatividade da equipe; infraestrutura inadequada; recursos materiais insuficientes como falta de equipamentos e medicações essenciais para a assistência ao paciente; e a sobrecarga de trabalho, em virtude da quantidade de profissionais de Enfermagem e médicos insuficientes.

Assim, percebe-se que os fatores relacionados à adesão dos profissionais a cultura de segurança do paciente não se limitam somente a uma resistência individual, pois é fundamental que mudanças a nível organizacional ocorram a fim de consolidar a cultura de segurança (HEIDMANN et al, 2019).

Outro desafio enfrentado pela EPS diz respeito à rotatividade de profissionais, ocasionada pela presença de vínculos empregatícios fragilizados na instituição em estudo. Esse fato decorre da precarização do trabalho, característica ímpar do atual período neoliberal da economia, em que se observa a redução no número de concursos públicos, aumento de contratos de trabalho temporários e a crescente terceirização dos serviços, que afetam diretamente os profissionais de saúde e decorrem em baixos salários e ausência de estabilidade (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Desse modo, o trabalho precário representa um entrave significativo para o desenvolvimento da EPS, pois ocasiona constantes perdas de profissionais qualificados e a necessidade de capacitar os novos profissionais (PRALON; GARCIA; IGLESIAS, 2021). Em estudo realizado por Koerich; Erdmann; Lanzoni (2020) em três hospitais de um estado no Sul do Brasil, identificou-se que a alta rotatividade de gestores da EPS leva à descontinuidade de projetos e à desmotivação de profissionais.

Sobre as relações hegemônicas de trabalho e poder, na perspectiva de Freire (2021) há homens oprimidos e opressores, os homens em condição de opressão, inseridos em um sistema exploratório, precisam libertar-se e se reconstruírem como homens. Entretanto, para alcançar esta libertação é necessária a reflexão crítica sobre o seu estado de opressão, conduzindo assim à ação. Nesse aspecto, somente a pedagogia humanizadora permite o reconhecimento do homem na realidade em que está inserido, tornando-o capaz de alcançar a sua libertação.

No contexto da precarização do trabalho o pensamento de Freire se insere na busca por atividades de EPS em que se estimule o pensamento crítico dos trabalhadores da saúde com fins à transformação de suas condições de trabalho, melhoria dos serviços ofertados e da qualidade de vida de usuários e trabalhadores do SUS (LEMOS; SILVA, 2018).

A ausência de enfermeiros na CEDP se apresenta como um ponto a ser melhorado na instituição, nesse aspecto, o estudo de Arnemann et al (2018) destaca a atuação de enfermeiros como facilitadores integrantes do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE) de um hospital de ensino público do Rio Grande do Sul. Além disso, demonstra que o enfermeiro é o profissional mais preparado para assumir os processos educativos, sejam de educação em saúde ou de educação em serviço com a finalidade de transformar o cenário da saúde.

Na segunda categoria, nomeada “Educação Permanente para a promoção da qualidade e segurança do paciente no contexto da acreditação hospitalar”, ao tratar das contribuições da EPS para o fortalecimento da cultura de qualidade e segurança do paciente, o estudo de Barros, Guedes e Ribeiro (2020) evidencia que a EPS se mostra como uma estratégia favorável, assim como viabiliza o alcance da acreditação hospitalar, pois a realização de atividades educativas é critério obrigatório para a obtenção de certificações. Aponta, ainda, que investir nos recursos humanos facilita a implementação de mudanças, consequentemente, aumenta-se a eficiência dos serviços ofertados no SUS.

Assim, no presente estudo emergiu das entrevistas a preocupação em fazer atividades de EPS pautadas na educação libertadora e problematizadora, com o objetivo de alcançar uma aprendizagem efetiva. Nessa esteira, para Freire (2021) a educação se fundamenta na práxis, isto é, leva o homem a pensar e repensar criticamente a sua prática, conduzindo-o à ação, para isso é necessário estimular a problematização e, consequentemente, superar a contradição educador-educando.

No que se refere à educação problematizadora, Freire (2021) ressalta que a libertação dos homens somente pode ser alcançada através do ensino dialógico, no qual os homens são vistos como iguais. É preciso que o educador esteja aberto ao diálogo e busque conhecer a

realidade do educando e discuta temas que despertem o interesse pelo conhecimento. Também, é fundamental que no processo de ensino-aprendizagem se utilize de metodologias que estimulem a participação ativa do aluno, provoquem a discussão e a reflexão, e despertem a capacidade criativa do educador e educando na busca por soluções sobre os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho.

Neste estudo, foi ressaltado o caráter transformador da educação como fundamental para realizar as mudanças, que possibilitam o alcance da acreditação hospitalar. Nessa tessitura, Freire (2021, p. 77) afirma que o processo educativo deve orientar-se pela máxima “mudar é difícil, mas é possível”, ressalta categoricamente a educação como uma forma de intervir no mundo, pois ao estimular o raciocínio crítico reflexivo, permite que os homens se posicionem como agentes transformadores da realidade.

Na terceira categoria, chamada “Estratégias educativas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente”, com relação às metodologias ativas, evidenciou-se o uso da simulação realística. Uma pesquisa realizada por Cogo et al (2019) em um Hospital Universitário da região Sul do Brasil, sobre o desenvolvimento de cenários de simulação realística para o ensino da administração segura de medicamentos, demonstrou que esta estratégia metodológica favorece a elaboração de cenários semelhantes aos vivenciados no ambiente de trabalho. Dessa maneira, essa metodologia propicia a reflexão dialógica sobre os protocolos implantados na instituição, a problematização da realidade e a identificação em conjunto das situações que precisam ser melhoradas.

Outro estudo, sobre a aplicação da simulação realística no ensino de profissionais de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais, identificou que a simulação realística é inovadora na EPS em enfermagem por possibilitar que os profissionais interajam de maneira mais proveitosa e participativa durante a atividade educativa (RODRIGUES et al, 2021).

Sobre os locais para a realização de atividades de EPS, a presente pesquisa demonstrou que, na instituição estudada, existem espaços específicos para esse fim e que também as ações são realizadas nos serviços (*in loco*). Para tanto, os autores Gabatz et al (2020) referem que a existência de um espaço físico adequado com recursos didáticos e materiais necessários para a realização de ações de EPS se mostra como um fator favorável, por possibilitar a realização de atividades mais organizadas e adequadas.

Conforme apontado por Pereira et al (2018), a realização de atividades *in loco* nos serviços também estimula a aproximação com a realidade. Nesse contexto, a aprendizagem ao ser pautada nas dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho tende a produzir mais

significados para o aluno, que se identifica com os temas abordados, dessa maneira, facilita o aprendizado.

A respeito das estratégias para a identificação dos temas a serem abordados nas atividades educativas na instituição em estudo, foram realizadas reuniões entre gestores, equipe multiprofissional, notificação de eventos adversos e reclamações de usuários. Sobre esses resultados, o estudo de Figueiredo et al (2018) apontou que a realização de rodas de EPS no município de Resende, Rio de Janeiro, com a participação dos trabalhadores e gestores do SUS, pautava-se na metodologia da problematização, assim, permitiu a emergência das necessidades de formação e de melhorias dos serviços.

Para Freire (2021), a educação problematizadora e libertadora deve identificar os “temas geradores”, que nada mais são do que temáticas significativas, que devem ser buscadas na relação educadores-educandos, por meio de encontros formais e informais com o objetivo de decodificar a realidade.

Ainda para Freire (2021), o educador pode se valer da observação do cenário e de situações vivenciadas pelos educandos para, posteriormente, depreender o que seria importante a ser ensinado, mas não somente isso, é fundamental que seja captada a visão de mundo do educando. Dessa maneira, os “temas geradores” nascem da inquietação e dos questionamentos dos alunos em relação ao mundo. Assim, a investigação da temática significativa se faz dialogicamente e possibilita maior engajamento do aluno no processo de ensino-aprendizagem.

Além dos “temas geradores”, Freire (2021) afirma que os educadores podem elencar “temas dobradiças”, que atuam como elos entre “temas geradores”, amplia-se, então, o entendimento dos educandos. Para esse autor, diferentemente da educação bancária, os conteúdos não são prescritos pelo educador ou por um programa educativo, eles surgem da relação homem-mundo e promovem a compreensão da totalidade.

Em relação às metodologias ativas, foram identificadas neste estudo dificuldades na aplicação dessa estratégia pedagógica, relacionadas à desmotivação dos profissionais com a sua própria aprendizagem. Nesse quesito, Freire (1967) ressalta que a aprendizagem somente alcança o seu objetivo maior de libertar o homem, levando-o a transformação para o “ser mais”, quando os homens desejam verdadeiramente aprender. Desse modo, a aprendizagem significativa depende também da vontade do homem em se tornar mais ativo e autêntico nas esferas sociais, políticas, educacionais, ambientais, dentre outros aspectos que permeiam a vida humana.

Sobre esse assunto, um estudo das autoras Mello et al (2018) demonstra que para se alcançar a aprendizagem significativa é necessário que o conteúdo ensinado considere as

experiências e vivências prévias do aluno. Nesse sentido, o encontro entre o novo conhecimento e as experiências prévias produz novos significados, que serão únicos para o educando e farão sentido dentro da sua prática.

Para se mensurar o nível de aprendizagem, de acordo com Guizardi, Dutra e Passos (2021), faz-se necessária a avaliação educacional, considerada uma importante etapa no processo de ensino-aprendizagem, pois permite a identificação de pontos de melhorias e o alinhamento das atividades aos objetivos educacionais, bem como avalia a satisfação dos alunos. Para esses autores, atualmente, os principais modelos de avaliação se fundamentam na avaliação educacional de Kirkpatrick, subdividida em quatro níveis: reação; aprendizagem, comportamento e resultados. Os instrumentos para a avaliação são variados, tais como: portfólios, questionários, entrevistas, pesquisa de opinião, etc. Destacam-se como as mais adotadas as autoavaliações, avaliações somativas e formativas.

Em nosso estudo, observou-se a adoção da Avaliação de Reação e Avaliação de Eficácia, essa última associada indiretamente aos indicadores da instituição, conforme mencionado nas entrevistas, assemelha-se, assim, à avaliação de resultados. Para as autoras Ferreira et al (2019), utilizou-se a Avaliação de Reação e de Comportamento para verificar os efeitos após a aplicação de atividades educativas com enfermeiras, foi evidenciado por meio da Avaliação de Reação que as participantes estavam satisfeitas com a atividade educativa realizada, assim como a Avaliação de Comportamento demonstrou melhoria das habilidades e atitudes das enfermeiras frente à aplicação de estratégias educativas que promovem a segurança alimentar infantil.

Corroborando com os dados encontrados no presente estudo, através das falas dos participantes sobre a adoção de atividades virtuais durante a pandemia de COVID-19, uma pesquisa realizada por Silva et al (2020) apontou que o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tais como as plataformas *Moodle*, Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), *Lives*, *WhatsApp*, *Google Classroom* e *Google Meet* para a realização de atividades de EPS na modalidade de Educação à Distância (EAD) durante a pandemia de COVID-19, apresentou-se como uma estratégia importante para a execução contínua das atividades de EPS.

Ainda sobre o uso das TIC, o estudo de Teixeira, Ferreira e Silva (2020) apontou que as estratégias educativas remotas (*online*) surgem como alternativas para facilitar o acesso ao conhecimento para profissionais de saúde que atuam em regiões longínquas do país. Diante disso, a realização de atividades remotas, a exemplo de videoaulas, desde que aprovadas no processo de validação tecnológica, são consideradas como estratégias viáveis com fins à melhoria das práticas em saúde.

Em relação ao uso de indicadores para monitoramento das atividades de EPS, de acordo com as autoras Bitencourt et al (2021), os indicadores de qualidade na EPS possibilitam uma análise cíclica das atividades, auxiliam com o diagnóstico situacional no planejamento de ações futuras e proporcionam a avaliação das atividades. O impacto das ações de EPS nas atitudes dos profissionais pode ser refletido em indicadores adotados em outros setores, como Comissão de Controle de Infecção (CCIH), Setor de Qualidade, Saúde do Trabalhador, etc., dessa maneira, demonstram a importância da EPS ser articulada intersetorialmente nas instituições de saúde e a sua contribuição para a melhoria da qualidade da assistência.

CAPÍTULO VI

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa demonstrou que a execução de atividades de EPS nas instituições de saúde, especialmente quando pautada nos preceitos da melhoria da qualidade, mostra-se desafiadora. Os desafios perpassam desde fatores humanos, como a necessidade de superar a resistência à mudança e de sensibilizar o profissional de saúde quanto à importância de participar dos processos educativos, aos aspectos gerenciais, a exemplo da dificuldade em liberar os profissionais para participarem das atividades educativas, influenciada pelo dimensionamento de enfermagem, o qual impacta diretamente na adesão às ações de EPS.

A alta rotatividade de profissionais na instituição, evidenciada nesta pesquisa, ocasionada pela existência de vínculos empregatícios fragilizados, pois há aproximadamente 15 anos não houve renovação da força de trabalho via concurso público, leva a necessidade de contratação temporária de profissionais, ocasiona a perda constante de trabalhadores qualificados, conseqüentemente, sobrecarrega a equipe que permanece na instituição. Além da necessidade frequente de capacitar os profissionais admitidos, que recai sobre o serviço de Educação Permanente. Ressalta-se que os impactos ocasionados pela alta rotatividade são situações que influenciam na qualidade e segurança da assistência ofertada.

Apesar disso, observou-se que os profissionais participantes possuíam em média 11,4 anos de atuação na instituição e 18,1 anos de experiência profissional, diante disso, percebe-se a sua expertise para lidar com cenários desafiadores ocasionados pela alta rotatividade e mudanças na Presidência da instituição. O alinhamento entre os esforços da Educação Permanente com a equipe assistencial, à luz dos protocolos institucionais, culminou com a melhoria da assistência na instituição e o reconhecimento de hospital Acreditado com Excelência (ONA 03) em 2022.

Este estudo também apontou as estratégias para a execução de atividades de EPS, tais como: uso da simulação realística; realização de atividades educativas no serviço (*in loco*) e em todos os turnos de trabalho; execução do Levantamento de Necessidades de Capacitação (LNC); Plano Anual de Capacitação (PAC); Avaliação de Eficácia e de Reação; Divulgação das Atividades via Redes Sociais e nos Sistemas de Comunicação Eletrônica Interna; e a Promoção de Atividades Educativas Remotas (*online*).

A ausência de enfermeiros na composição da equipe da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CEDP) se mostrou como um fator preocupante, pois a equipe de

enfermagem representa o maior corpo de profissionais da instituição com extensa participação nas atividades de EPS. É fundamental haver enfermeiros para gerir, planejar e executar as ações educativas alinhadas às necessidades de aprendizagem da enfermagem.

Salienta-se que a adoção do método Estudo de Caso de Robert K. Yin viabilizou a compreensão da articulação entre a EPS com o trabalho assistencial e gerencial na instituição e permitiu perceber as evidências sobre as ações de EPS associadas à melhoria da qualidade e segurança do paciente, inseridas no contexto da acreditação hospitalar. Além disso, a escolha do suporte teórico sob as ideias de Paulo Freire, também se mostrou essencial para a análise dos dados, em virtude da atualidade e pertinência de suas reflexões sobre a Educação Libertadora e Problematizadora, que se faz cada vez mais necessária para o alcance das transformações no contexto do SUS.

Como limitações deste estudo, em virtude do perfil da amostra, predominou a análise da EPS nos aspectos gerenciais. Sugerem-se estudos futuros com foco na equipe assistencial para compreender a EPS sob a ótica dos profissionais participantes nas atividades.

REFERÊNCIAS

AIDAR, M. M. **Planejamento estratégico e competitividade na saúde**. 1 ed. São Paulo: Saraiva. 2015. 200 p.

ALGUNMEEYN, A.; ALRAWASHDEH, M.; ALHABASHNEH, H. Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. **J Nurs Manag**, v. 28, p. 1233–1240. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.13066>> . Acesso em: 27 fev. 2023.

ALVES, V. L. S. **Gestão da Qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. 2 ed. São Paulo: Martinari. 2012. 200 p.

ANDRADE, S. R. et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto contexto – enferm**, v. 26, n. 4. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/8fLRLYFMZLVwT3BxBHCJRSs/?lang=pt>>. Acesso em: 04 set. 2021.

ANDRADE, B. R. P. et al. Experiência de enfermeiros no manejo da hemodiálise contínua e suas influências na segurança do paciente. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28: e20180046. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/bH9jz59pYBygFwgcblpCfwJ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 dez. 2022.

ARNEMANN, C. T. et al. Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. **Rev baiana enferm**, v. 32, p. e24719. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24719/16130>> . Acesso em: 15 dez. 2022.

ARYANKHESAL, A. Strategic Faults in Implementation of Hospital Accreditation Programs in Developing Countries: Reflections on the Iranian Experience. **Int J Health Policy Manag** . v. 5, n. 9, p. 515–517, set. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27694677/>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

AROUCA, L. S. O Discurso sobre a Educação Permanente (1960-1983). **Pro-Posições**, Campinas, v.7, n. 2, p. 65-78, jul. 1996. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644229>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, F. F.; GUEDES, J.; RIBEIRO, E. R. Educação Permanente como estratégia de promoção da cultura de qualidade e segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Thêma et Scientia**, v. 10, n. 2. 2020. Disponível em: <<https://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1108/1145>> . Acesso em: 15 dez. 2022.

BERTO, A. M.; ERDMANN, R. H.; UHLMANN, V. O. Proposição de uma teoria substantiva para o processo de acreditação hospitalar: o modelo “comprometimento com o

cuidado”. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 19, nº 4, Out./Dez. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cebape/a/tcD9Yp6x5Pf8cm44ccDzmMt/>> . Acesso em: 22 jul. 2022.

BITENCOURT, G. R. et al. Uso de indicadores na avaliação do serviço de educação permanente: reflexão dos pilares da qualidade. *Rev. Baiana Enferm*, v. 35, e36844. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2009.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018.

BRASIL. **DATASUS**. 2021. CNES – Estabelecimentos por tipo – Pará. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=15 > Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. **DATASUS**. 2023. CNES – Estabelecimentos por tipo – Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em: 27 fev. 2023.

BRASIL. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, Brasília. 2014.

BRASIL. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. **Ministério da Saúde**. 3. ed. Brasília. 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> . Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Ministério da Saúde**. 2013. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> . Acesso em: 24 mai. 2022.

BRASIL. Decreto Nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Seção 1, p. 8.853-8.855.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p.37.

BRANDÃO, C. R. Conversas de/com Carlos Rodrigues Brandão uma educação por toda a vida: fragmentos de uma leitura visionária. **Rev. Educ. Públ**, Cuiabá, vol, 25, n. 60, p. 841-853, set./dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/4104/2847>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRITO, M. J. M. et al. O Estudo de Caso como método de investigação na pesquisa qualitativa em Enfermagem. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2. 2019. Disponível em:

< <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2047/1983>>. Acesso em: 04 set. 2021.

BURMESTER, H. Gestão da qualidade em saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70. 2018. Disponível em: < <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/78/95>> . Acesso em: 15 jun. 2022.

CABRAL, I. B. V.; SILVA, P. H. N.; SOUZA, D. O. Precarização do trabalho e saúde do trabalhador: revisão e perspectivas. **Trabalho & Educação**, v. 30, n. 3, p.51-64. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/25729/29587>. Acesso em: 13 dez. 2022.

CARDOSO, A. L. T. A educação de jovens e adultos e a educação permanente. *In: Congresso de Leitura do Brasil, 17, 2009, Campinas, SP. Anais do 17º Congresso de Leitura do Brasil.* Disponível em: < https://alb.org.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais17/txtcompletos/sem02/COLE_3375.pdf> . Acesso em: 15 mar. 2022.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500. 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. 1-12. 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/icse/a/Kk4Tc9WFTzmn8NY5rhYqXDP/?lang=pt>> . Acesso em: 20 mar. 2022.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-americana da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tes/a/xYKgpBn66KMdGT5B8HtWfKs/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CEZAR, V. S. et al. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 11, n. esp., p. 324-332. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-969513>>. Acesso em 07 fev. 2022.

COGO, A. L. P. et al. Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40(esp):e20180175. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/fgZtHzCdSYTYgFYC9HpvFZL/?format=pdf&lang=pt1>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem em Números. 2022. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **O CBA**. 2022. Disponível em: <<https://cbacred.org.br/site/o-cba/>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Manuais**. 2022. Disponível em: <<https://cbacred.org.br/site/manuais/>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

COSTA, D. B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 3, p. e2670016. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

CUNHA, S. G. S. et al. Atuação do enfermeiro no contexto da acreditação hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Electrónica Enfermería Actual**, n. 40. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n40/1409-4568-enfermeria-40-41724.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2023.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 1998. 288 p.

DOMINGUES, A. L.; MARTINEZ, M. R. Educação Permanente e Acreditação Hospitalar: Um estudo de caso na visão da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, PE, v. 11, n. 5, p. 2208-16, maio. 2017.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729. 2005. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University Press. 2003. 233 p.

DONADUZZI, D. S. S. et al. Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e12010514648. 2021. Disponível em: <https://redib.org/Record/oai_articulo3188350-educa%C3%A7%C3%A3o-permanente-em-sa%C3%BAde-como-dispositivo-para-transforma%C3%A7%C3%A3o-das-pr%C3%A1ticas-em-sa%C3%BAde-na-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica>. Acesso em: 11 mai. 2022.

DUCATTI, M. R. C. Educação Permanente: desafios e reestruturação de uma prática. **Rev Recien**, São Paulo, SP, v. 12, n. 40, p. 45-52. 2022. Disponível em: <<http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/707/704>>. Acesso em: 27 fev. 2023.

ELSEHRAWY, M. et al. Effect of Modified Swiss Cheese Model on Patient Safety, Patient Safety Culture, and Medication Errors among Nursing Students. **Assiut Scientific Nursing Journal**, v. 9, n. 27, p. 1-10, dez. 2021. Disponível em: <https://asnj.journals.ekb.eg/article_202418_87135b7b0b2739e66c7f1560e05da7af.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FERNANDES, F. C. et al. Educação permanente em saúde sob a perspectiva de Agostinho de Hipona. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 3, p. 684-9, mai-jun. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/9Z73jQJx6MWhDHdd6pgCrbM/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

FERREIRA, A. M. D. et al. Acreditação internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 12, p.5177-85, dez., 2017.

FERREIRA, A. M. V. et al. Avaliação de reação e comportamento de enfermeiras após treinamento sobre alimentação infantil. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 72, Suppl 1, p. 206-12. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/rPFFNGTdp5MyxhQS89Kq9jr/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

FIGUEIREDO, E. B. L. et al. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, Suppl 4, p. 1872-7. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/xf7B8pfGTKwtYfRRVBnrnnF/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

FLORENCIO, L. V. M. et al. A cultura de segurança do paciente em um hospital privado do Sul do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e326101422206. 2021.

FORTES, Maria Thereza Ribeiro. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Monte Castelo Ideias, 2015. v. 1. 207 p.

FONTENELE JÚNIOR, A. A. M.; FREIRE, M. T. J.; CARNEIRO, M. S. M. Avaliação da gestão hospitalar: contribuições do processo de acreditação na visão de gestores. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 10, n. 4. 2018. Disponível em: <<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Avalia%C3%A7%C3%A3o-da-gest%C3%A3o-hospitalar-contribui%C3%A7%C3%B5es-do-processo-deacredita%C3%A7%C3%A3o-na-vis%C3%A3o-de-gestores.pdf>> . Acesso em: 27 fev. 2023

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/gxPVCCx7x83PrSJ5yvppYXz/abstract/?lang=pt>> . Acesso em: 20 mar. 2022.

FRAGOSO, C. M.; QUEMEL, F. S.; PETERLINI, O. L. G. Estruturação de um Núcleo de Educação Permanente: expectativa de promover transformação na assistência hospitalar. **R. Saúde Públ. Paraná**, v. 2, n. 1, p. 54-61. 2019. Disponível em: <<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/231/62>> . Acesso em: 27 fev. 2023.

FREITAS, K. S. et al. Paulo Freire: Para além das fronteiras. **Revista Internacional de Educação de Jovens e Adultos**, v. 04, n. 07, p. 153-167, jan./jun. 2021. Disponível em: <<file:///C:/Users/Angeline%20Parente/Documents/Mestrado-UFPA/Projeto/livros/12820-Texto%20do%20artigo-36588-1-10-20210917.pdf>> . Acesso em: 20 mai. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 78 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021. 256 p.

- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 69 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021. 143 p.
- FREIRE, Paulo. **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967. 149 p.
- FREIRE, E. M. R. et al. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180224. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-975224>>. Acesso em: 07 fev. 2022.
- FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão (DPOG). **Relatório de Gestão 2020**. Belém, PA, 2021.
- FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Apresentação**. 2019. Disponível em: <<https://santacasa.pa.gov.br/apresentacao/>>. Acesso em: 21 dez. 2022.
- FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **História**. 2019. Disponível em: <<https://santacasa.pa.gov.br/historia/>>. Acesso em: 21 dez. 2022.
- GABATZ, R. I. B. et al. Atualização dos profissionais e atuação do núcleo de educação permanente no serviço de urgência. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 22, n. 3, p.88-97, jul-set. 2020. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/view/25889/23351>> . Acesso em: 19 dez. 2022.
- GADOTTI, M. Educação popular e educação ao longo da vida. **Acervo Educador Paulo Freire**, Jan. 2016. Disponível em: <<http://www.acervo.paulofreire.org/handle/7891/10020>>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- GALHARDI, N. M.; ESCOBAR, E. M. A. Indicadores de qualidade de enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 24, n. 2, p.75-83, maio/ago. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/2639/2251>> . Acesso em: 15 jun. 2022.
- GERMANO, J. M. et al. A Educação Permanente em Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde.Com**, v. 15, n. 3, p. 1589-1595. 2019. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4785/4315>> . Acesso em: 20 mar. 2022.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 248 p.
- GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 12-23, Ago. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwznxb/?lang=pt>> . Acesso em: 20 mar. 2022.
- GUEDES, C. S.; LOUREIRO, A. P. F. Educação de adultos: de onde viemos e para onde vamos?. **Laplage em Revista**, v. 2, n. 1, p. 7-19, jan-abr. 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/5527/552756514003/552756514003.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. B.; PASSOS, M. F. D. **Em Mar Aberto: Perspectivas e desafios para o uso de tecnologias digitais na Educação Permanente em Saúde**. 1. ed. Porto

- Alegre: Rede Unida. 2021. Disponível em: <
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/47849/TECNOLOGIAS%20DIGITAIS%20PARA%20A%20EDUCA%C7%C3O.pdf?sequence=2>> . Acesso em: 19 dez. 2022.
- HEIDMANN, A. et al. Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1. 2019. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/ean/a/7yVPCnBjTG66pLxn7xfPjzN/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 14 dez. 2022.
- HOJJATI, A.; VAHDANI, A. Health Care Accreditation: The Past, Present, and Future in the Middle East. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 12, n. 1, p. 80-81, jan. 2010. Disponível em: <
<https://www.proquest.com/openview/7e5f57a9056ec397700e228e669d1f18/1?pq-origsite=gscholar&cbl=105757>> . Acesso em: 21 jul. 2022.
- JACOBOVSKI, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e39910313391. 2021. Disponível em: <
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13391/12115>> . Acesso em: 11 mai. 2022.
- KLAMT, L. M.; SANTOS, V. S. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e8210413786. 2021.
- KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, p. e3379. 2020. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/j8tf6FjjXzWD3JSbssf7XXf/abstract/?lang=pt>> . Acesso em: 26 jul. 2022.
- KOHN, L. T. et al. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press; 2000. Disponível em: <
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.
- LAO-TSÉ. **Tao to King**. Paris: Gallimard, 1967, p. 84
- LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L. Q. Educação Permanente em Saúde: reprodução ou contra- hegemonia?. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, s1, e0025082. 2020. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/tes/a/4BZcBgr5mXVpkqQygzM9hrG/?lang=pt>>. Acesso em: 11 mai. 2022.
- LEMOS, F. M.; SILVA, G. G. A. Educação Permanente em Saúde: o estado da arte. **Revista interdisciplinar de promoção da saúde**, v. 1, n. 3. p. 208-213, Jul/Set. 2018. Disponível em: <
<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12867>> . Acesso em: 15 mar. 2022.
- LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922. 2016. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/fjKYMRN6cVdt3SrJqrPhwJr/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 15 mar. 2022.

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/yg4myRzHrD3dFdFP7pFZdsy/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 15 mar. 2022.

LOBO, R. N. **Gestão da Qualidade**. 2 ed. São Paulo: Érica. 2020. 216 p.

LUONGO, J. **Gestão de Qualidade em Saúde**. 1 ed. São Paulo: Rideel. 2011. 317 p.

MACHADO, S. S. **Gestão da Qualidade**. Inhumas: IFG; Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2012. 92 p. Disponível em: <http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/386/gestao_da_qualidade.pdf?seq> . Acesso em: 15 jun. 2022.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971-1980. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLNtFYmP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 dez. 2022

MACHADO, M. H. et al (Coord.). Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: **ENSP/FIOCRUZ**; Brasília, DF: **COFEN**. 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

MACÊDO, W. T. P. et al. Adesão dos profissionais de enfermagem às práticas educacionais. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, v. 11, n. 4, p. 1058-1064. 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6923/pdf_1> . Acesso em: 14 dez. 2022.

MAIA, T. P.; ROQUETE, F. F. Um Olhar sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil: a Experiência da Joint Commission International (jci). In: XI SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, Resende: Associação Educacional Dom Bosco, 2014. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/44420507.pdf>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

MANSOUR, W.; BOYD, A.; WALSH, K. The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: a literature review. **Health Policy and Planning**, v. 35, n. 6, p. 684–700, jul. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32268354/>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

MARQUES, S. M. F. **Implantação de programa de acreditação de serviços de saúde: a qualidade como vantagem competitiva**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2015. 208 p.

MASCARENHAS, A. P. F. Papel do enfermeiro na acreditação hospitalar: Uma revisão integrativa da literatura. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 50647-50657, jul. 2020.

MEIRA, S. R. C.; OLIVEIRA, A. S. SANTOS, C. O. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. **Braz. J. of Bus.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1021-1033, jan. /mar. 2021.

MELO, A. P. S.; SENA, J. G. B. Educação permanente de assistentes sociais: uma dimensão necessária para o fortalecimento do projeto ético-político. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 2, p. 5-32, jul. 2021. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/etico-politico>> . Acesso em: 15 mar. 2022.

MELLO, A. L. et al. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. e20170192. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/x9CZqW6Yxd4WWNzzDnsrQHh/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

MENDES, M. et al. Força de trabalho de enfermagem: cenário e tendências. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 12, p. 1-13. 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67928/46237>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod.**, v. 22, n. 3, Jul-Sep. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/gp/a/vYk5yKTqSLvSHJMDb65x7hk/abstract/?lang=pt>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

MILANI, M. L.; VANDRESEN, F. O Programa Nacional de Segurança do Paciente e as implicações nos serviços de saúde como aspecto relevante ao desenvolvimento regional. **DRd – Desenvolvimento Regional em debate**, v. 9, p. 478-505. 2019. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/2089>> . Acesso em: 24 mai. 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2016. 96 p.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 243-248. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2022.

NOVAES, H. M. História da acreditação hospitalar na América Latina – o caso Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 12, n. 4, p. 49-61, out. 2015. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2693>>. Acesso em: 28 out. 2019.

NOVAES, H. M. Acreditação hospitalar e o enfrentamento ao covid-19. **Rev. Adm. Saúde (On-line)**, São Paulo, v. 21, n. 82: e278, jan./mar. 2021. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/278>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

NOVÔA, N. F.; SILVA, H. A.; PAIVA, W. C. Estudo de Caso à Luz da Fenomenologia: Novas Possibilidades Epistemológicas nas Teorias Organizacionais. In: 5º CONGRESSO

IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. **Atas CIAQ Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v.3, p. 736-745, 2016.

OGATA, M. N. et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55:e03733. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

OLIVEIRA, D.; WALTER, S. A.; BACH, T. M. Critérios de validade em pesquisas em estratégia: uma análise em artigos publicados no ENANPAD de 1997 a 2010. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, SP, v. 13, n. 6, Edição Especial, p. 225-254, nov./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ram/a/5VL6pnQTNH7X9qWJmktNv3L/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 out. 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Influence of hospital Accreditation on professional satisfaction of the nursing team: mixed method study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. e3109. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-985660>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. e17394. 2017. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v31n2/1984-0446-rbaen-rbev31i2i17394.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

OLIVEIRA, J. C.; CEBALLOS, A. G. C. A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, e219111032645. 2022.

OLIVEIRA, R. C. M. (Entre)linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, vol. 2, nº 4, p. 69-87. 2014.

OLIVEIRA, A. C. D. C. et al. Os sentidos da educação permanente em saúde para enfermeiras de um hospital infantil. **Revista Nursing**, v. 24, n. 275, p. 5582-5586. 2021. Disponível em: <<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/984/1667>> . Acesso em: 26 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Mapa de Acreditações**. 2022. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manuais**. 2022. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/loja/produto/e-book-manual-brasileiro-de-acreditacao-organizacoes-prestadoras-de-servico-de-saude-versao-2022>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Mapa de Acreditações**. 2022. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/eyJlc3RhYmVsZWNPbWVudG90aXBvIjoiIiwicXVhbGlmaWNhY2FvIjoiIiwicXN0YWVvIjoiUEEiLCJjaWRhZGUiOiIiLCJub211IjoiIiwidGlwb2dlc3RhbyI6IiJ9>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Brasil chega a 900 organizações acreditadas com padrão ONA**. 2020. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/noticias/brasil-chega-a-900-organizacoes-acreditadas-com-padroaona#:~:text=Brasil%20chega%20a%20900%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20acreditadas%20com%20padr%C3%A3o%20ONA&text=Esse%20marco%20para%20a%20sa%C3%BAde,Brasil%20adotam%20os%20padr%C3%B5es%20ONA.>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **ONA – 20 ANOS**. 2019. No Princípio: Da Colaboração à Fundação. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/20anos/no-principio/>>. Acesso em: 28 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O papel da ONA na construção do sistema de saúde brasileiro**. [S. l.: s. n.]. 2019. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/wp-content/uploads/2019/05/O-papel-da-ONA-na-constru%C3%A7%C3%A3o-do-sistema-de-sa%C3%BAde-brasileiro.pdf>> Acesso em: 21 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. **Organização Nacional de Acreditação**. São Paulo. 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Mapa de Acreditações**. 2023. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/eyJlc3RhYmVsZWNPbWVudG90aXBvIjoiSG9zcGl0YWwiLCJxdWFsaWZpY2FjYW8iOiIiLCJlc3RhZG8iOiIiLCJjaWRhZGUiOiIiLCJub21lIjoiIiwidGlwb2dlc3RhbyI6IiJ9>>. Acesso em: 27 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Organization**. 2019. Patient Safety. Disponível em: <<https://www.who.int/patientsafety/en/#>> . Acesso em: 28 out. 2019

PAIVA, C. F. et al. Reconfiguração dos cuidados paliativos de enfermagem oncológica: contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. :e20190384. 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190384.pdf> . Acesso em: 02 fev. 2022.

PASSONE, E. F. K. Uma perspectiva educacional histórico-crítica na Educação Permanente em Saúde. **Revista @mbienteeducação**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 132-153, set/dez. 2019. Disponível em: <<https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/773#:~:text=A%20partir%20de%20uma%20leitura,de%20recursos%20humanos%20e%20desenvolvimento>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

PEREIRA, L. Á. et al. Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 5, p.1469-79. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231116/29010>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 187-197. 2018. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fxDM8Km9jhC3wpz59nQZJxM/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 14 dez. 2022.

PRALON, J. A.; GARCIA, D. C.; IGLESIAS, A. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e355101422015. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22015/19662>> . Acesso em: 14 dez. 2022.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>> . Acesso em: 23 ago. 2021.

REASON, J. T.; CARTHEY, J.; LEVAL, M. R. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. **Quality in Health Care**, v. 10, Suppl II, p. ii21–ii25. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765747/pdf/v010p0ii21.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2022.

RODRIGUES, M. V. et al. **Qualidade e acreditação em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. 152 p.

RODRIGUES, S. B. et al. Simulação realística na capacitação de profissionais de enfermagem em sala de vacinação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e20810313314. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13314/11900>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

SADE, P. M. C. et al. Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare enferm**. 24: e57130, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/57130/pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

SADE, P. M. C. et al. Núcleo de enfermeiros de Educação Permanente do Paraná: Trajetória e contribuições. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p.01-08, abr/jun. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44335>> . Acesso em: 26 jul. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: manual de orientações para projetos de formação em saúde. 2 ed. **Secretaria de Estado de Saúde Pública**. Belém, 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde: PEEPS 2019-2022**. Belém: SESPA, 2018. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PA.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2019.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO. Santa Casa do Pará conquista nível máximo de certificação da ONA. **Agência Pará**, Belém, mar. 2022. Disponível em: <<https://agenciapara.com.br/noticia/35282/santa-casa-do-para-conquista-nivel-maximo-de-certificacao-da-ona>> . Acesso em: 21 dez. 2022.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO. Santa Casa do Pará é certificada com selo de acreditação ONA 1. **Agência Pará**, Belém, dez. 2017. Disponível em: <

<https://agenciapara.com.br/noticia/109/santa-casa-do-para-e-certificada-com-selo-de-acreditacao-ona-1>>. Acesso em: 21 dez. 2022.

SESHIA, S. S. et al. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. **J Eval Clin Pract**, v. 24, p. 187–197. 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jep.12847>> . Acesso em: 16 mar. 2022.

SETIA, M. S. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, v. 61, n. 3, p. 261-264, Mai-jun, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885177/>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

SILVA, L. A. G. P.; MERCÊS, N. N. A. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. 3, p. 1263-7. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/tcfhx6kLfxjg9MDGMnLFc4n/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 set. 2021.

SILVA, G. W. S. et al. Educação Permanente em Saúde em dissertações e teses da enfermagem brasileira. **Enferm. Foco**, v. 11, n.5, p.78-85. 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3691/1028>> . Acesso em: 18 mai. 2022.

SILVA, K.T. et al. Protótipo para monitoramento dos incidentes nos serviços de saúde: inovação para a segurança do paciente. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29: e20190185. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/dtPYFPFQbQrSVdYTDWFFLWb/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, G. F. et al. Educação Permanente em Saúde aliada ao uso de tecnologias digitais para o enfrentamento da COVID-19 em Cascavel/PR. **FAG Journal of Health**, v.4, p. 483-485. 2020.

SIMAN, A. G. et al. Desafios da prática na segurança do paciente. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1581-8. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5yty3BHTy3f/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 14 dez. 2022.

SIMAN, A. G. et al. Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e.1480. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1480>> . Acesso em: 22 jul. 2022.

SITWARE. **O que é ciclo PDCA e como ele pode melhorar seus processos**. 2022. Disponível em: <<https://www.siteware.com.br/metodologias/ciclo-pdca/>> . Acesso em: 26 jul. 2022.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03353. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt>>. Acesso em: 28 set. 2021.

SOUSA, A. O. B. et al. O processo de acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade: como ele acontece? **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, e2012340431. 2023. Disponível em: <
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40431/33003>> . Acesso em: 27 fev. 2023.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011. 263 p.

TEIXEIRA, E.; FERREIRA, D. S.; SILVA, L. P. R. Processo de trabalho de profissionais de saúde no contexto do diabetes mellitus: educação permanente on line como possibilidade. **REH-Revista Educação e Humanidades**, v. 1, n. 1, p. 279-290, Jan-Jun. 2020. pág.279-290. Disponível em: <
<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/7509/5270>> . Acesso em: 19 dez. 2022.

TÉLIOS. **Planos de ação 5W2H com priorização GUT**. 2015. Disponível em: <
<https://www.telios.eng.br/site/plano-de-acao-5w2h-com-priorizacao-gut/>> . Acesso em: 26 jul. 2022.

THE JOINT COMMISSION. **History of The Joint Commission**. 2022. Disponível em: <
<https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/history-of-the-joint-commission/>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

TIBOLA, T. S. A. et al. fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. *Enferm Foco [Internet]*, v.10, n.2, p.11-16. 2019. Disponível em:
<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2044>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

TOMASICH, F. et al. Evolução da história da qualidade e segurança do paciente cirúrgico: desde os padrões iniciais até aos dias de hoje. **Rev Col Bras Cir**, n. 47, 2020. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/WytLBmcx7S3z8bP8NnqdsyM/?lang=pt>> . Acesso em: 22 jul. 2022.

TRENTIN, K. M. et al. Segurança do paciente no uso de antibiótico hospitalar: uma revisão da literatura. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç. Santa Cruz do Sul**, v. 9, n. 4, p. 338-347, Out-Dez. 2019. Disponível em:
<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/13445>> . Acesso em: 07 fev. 2022.

WANDERLEI, P. N.; MONTAGNA, E. Formulação, desenvolvimento e avaliação de um curso a distância para acreditação em segurança do paciente. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.1-8. 2018. Disponível em: <
<https://journal.einstein.br/pt-br/article/formulacao-desenvolvimento-e-avaliacao-de-um-curso-a-distancia-para-acreditacao-em-seguranca-do-paciente/#:~:text=Conclus%C3%A3o,cultura%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente.>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

WARDHANI, V.; DIJK, J. P. V.; UTARINI, A. Hospitals accreditation status in Indonesia: associated with hospital characteristics, market competition intensity, and hospital performance?. **BMC Health Serv Res.**, v. 19, n. 372. 2019. Disponível em: <

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6560753/pdf/12913_2019_Article_4187.pdf
> . Acesso em: 21 jul. 2022.

WECKENMANN, A.; AKKASOGLU, G.; WERNER, T. Quality management – history and trends. **The TQM Journal**, v. 27, n. 3, p. 281-293. 2015. Disponível em: <<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/TQM-11-2013-0125/full/html>> . Acesso em: 15 jun. 2022.

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. **Fundamentos da Nova Educação**. Brasília: UNESCO, 2005. 81 p.

WOODS, D. Canadian Council on Hospital Accreditation Part I: history and philosophy of the council. **CMA JOURNAL**, v. 110, p. 851-855, abr.1974. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1947443/pdf/canmedaj01579-0113.pdf>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Health for All by the Year 2000**. Suíça: World Health Organization, 1981. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9241800038>> . Acesso em: 21 jul. 2022.

WRIGHT JUNIOR, J. R. The American College of Surgeons, Minimum Standards for Hospitals, and the Provision of High-Quality Laboratory Services. **Arch Pathol Lab Med**, v. 141, n. 5, p. 704-717, mai. 2017. Disponível em: <<https://meridian.allenpress.com/aplm/article/141/5/704/194242/The-American-College-of-Surgeons-Minimum-Standards>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa: do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. 286 p.

YIN, R. K. **Case Study Research and Applications: Design and Methods**. 6. ed. Los Angeles: Sage Publications, Incorporated. 2018. 352 p.

APÊNDICE A



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado nas Resoluções N°466 de 12/12/2012 e N° 580 de 22/03/2018 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado (a) participante:

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado: **“Educação Permanente para a Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente em Hospital Público Acreditado”**. Este estudo está sendo realizado por **Angeline do Nascimento Parente**, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFGPA) como Dissertação de Mestrado, sob a orientação da professora **Dr^a Márcia Simão Carneiro**.

Este estudo tem como objetivo compreender os desafios enfrentados pela Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público do Estado do Pará submetido à acreditação hospitalar. Sua participação é de suma importância, e consistirá em responder as perguntas por meio de uma entrevista semi-estruturada, mediante um roteiro semi-estruturado e será registrada por meio do aplicativo de gravação de voz “Voice Memos”, desde que haja a sua autorização para a gravação de voz. Seu nome não será identificado, pois será utilizado apenas um código alfa-numérico, em que os profissionais entrevistados serão codificados utilizando a inicial P, seguida de números sequenciais, assim será preservado o anonimato e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação.

Os procedimentos adotados neste estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão de uso exclusivo das pesquisadoras, o material coletado será estudado e analisado, sendo guardado em absoluto sigilo.

Sua participação é voluntária, não havendo pagamento pela mesma, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas da entrevista e a se desvincular da mesma a qualquer momento. Você não terá custo ou qualquer compensação financeira. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha e todo material coletado/registrado lhe será devolvido. As informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa, guardadas pelos pesquisadores por cinco anos e depois incinerados. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas científicas da área da saúde, mantendo o sigilo dos participantes.

Neste estudo não será realizado nenhum procedimento que traga risco à sua vida, contudo pode causar algum desconforto durante a entrevista, que pode ser minimizado respeitando e entendendo suas dificuldades e limitações, além disso, pode existir o risco do estudo, relacionados à quebra de sigilo de suas respostas, bem como exposição e constrangimento. Porém os pesquisadores comprometem-se em utilizar as informações somente para o estudo, assim como guardar sigilo absoluto das informações obtidas e preservar seu anonimato.

O benefício relacionado a sua participação será de contribuir para a construção do conhecimento sobre os impasses e possíveis estratégias que possam ser adotadas futuramente para a realização de Educação Permanente com foco na Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente inseridas no contexto da Acreditação Hospitalar.

A sua participação no estudo não irá interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, portanto não causará prejuízo às suas atividades funcionais, conforme preconiza a **Res. CNS 580/2018**.

O participante do estudo, caso haja necessidade, terá direito a indenização, conforme o item 2.7 da **Res. CNS 466/12**, e cabe cobertura material para reparação ao dano causado pelo estudo ao participante; sendo de responsabilidade dos pesquisadores assegurar os direitos pertinentes aos participantes.

Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre o estudo ou mesmo sobre os seus direitos poderá fazer contato com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu _____ declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo. Conversei com os pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos do estudo, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos ao meu trabalho. Concordo voluntariamente em participar desse estudo assinando este documento em todas as páginas junto com o pesquisador. Estou ciente que uma cópia ficará comigo e a outra com o pesquisador.

() Desejo conhecer os resultados deste estudo.

() Não desejo conhecer os resultados deste estudo.

Local: _____ Data ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

CONTATO DOS PESQUISADORES

Nome do Pesquisador Responsável: Angeline do Nascimento Parente

Função/ Formação: Enfermeira

Conselho de Classe/CPF: COREN-PA 530.482-ENF

Endereço: Tv. Humaitá, Nº 967, Residencial Vitória, Torre 01, Apto 1605, Pedreira, Belém-PA, CEP: 66083-340

Telefone: (91) 983491768

E-mail: angelineparente@gmail.com

Nome do Orientador: Márcia Simão Carneiro

Função/ Formação: Enfermeira/Docente

Conselho de Classe/CPF: COREN-PA 114.800-ENF

Endereço: Conjunto Crispim de Almeida, Casa 07 – altos, Pedreira, Belém-PA, CEP: 66085-090

Telefone: (91) 981883532

E-mail: marsimao13@gmail.com

APÊNDICE B



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____,
autorizo a utilização de meus sons de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Educação Permanente para a Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente em Hospital Público Acreditado**”, sob responsabilidade de **Angeline do Nascimento Parente e Márcia Simão Carneiro**, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFPA).

Autorizo meus sons de voz a serem gravados através do aplicativo de gravação de voz “Voice Memos”, assim como, a serem reproduzidos, publicados ou exibidos apenas pelos materiais produzidos pela referida pesquisa científica, após aprovação no Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha identidade, imagem, nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto aos dados codificados nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade das pesquisadoras responsáveis pela referida pesquisa e, após o período de 5 anos a contar a partir da data de publicação da pesquisa, os mesmos serão inutilizados.

Serei livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, dos meus sons de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pelo estudo e a outra com o participante.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Nome do Pesquisador Responsável: Angeline do Nascimento Parente

Função/ Formação: Enfermeira

Conselho de Classe/CPF: COREN-PA 530.482-ENF

Endereço: Tv. Humaitá, Nº 967, Residencial Vitória, Torre 01, Apto 1605, Pedreira, Belém-PA, CEP: 66083-340

Telefone: (91) 983491768

E-mail: angelineparente@gmail.com

Nome do Orientador: Márcia Simão Carneiro

Função/ Formação: Enfermeira/Docente

Conselho de Classe/CPF: COREN-PA 114.800-ENF

Endereço: Conjunto Crispim de Almeida, Casa 07 – altos, Pedreira, Belém-PA, CEP: 66085-090

Telefone: (91) 981883532

E-mail: marsimao13@gmail.com

APÊNDICE C

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Código do
Participante:

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRURADA

Projeto de Pesquisa: Educação Permanente para a Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente em Hospital Público Acreditado

Pesquisadora Principal: Angeline do Nascimento Parente

Pesquisadora Orientadora: Prof^ª Dr^ª Márcia Simão Carneiro

1. DADOS GERAIS DO ESTUDO

- Questão Norteadora: Quais são os desafios enfrentados pela educação permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado do estado do Pará?
- Objetivo do Estudo: Compreender os desafios enfrentados pela Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público acreditado do estado do Pará.

2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS DE CAMPO

- Local:
- Data:
- Tempo de Entrevista:
- Observações:

3. DADOS DO ENTREVISTADO

- Idade: _____
- Sexo: _____
- Estado Civil: _____
- E-mail: _____
- Fone: _____
- Formação: () Graduação () Especialização/Residência () Mestrado () Doutorado
- Turno de trabalho: () Diurno () Manhã () Tarde (2) Noturno (3) Misto
- Tempo de experiência profissional (em anos): _____
- Outro vínculo empregatício: () Sim () Não
- Carga horária de trabalho semanal: () 20h () 30h () 36 h () 40h () >40h
- Tempo de atuação na instituição: _____

4. QUESTÕES CENTRAIS DA ENTREVISTA

- 1- Você acompanhou o processo de acreditação hospitalar na instituição? Qual a sua percepção sobre este processo?
- 2- Como você contribuiu para este processo?
- 3- Como você compreende a relação entre as atividades de Educação Permanente e o processo de melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente na instituição (contribuições da EPS)?
- 4- Quais os desafios enfrentados pela Educação Permanente para a Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente?
- 5- Como ocorrem as atividades de Educação Permanente em Saúde na instituição (participação, turno, locais, facilitadores, metodologia, tipos de atividades, divulgação)?
- 6- Como é realizado o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e a Avaliação de Eficácia?
- 7- Em sua opinião as ações de EPS poderiam melhorar na instituição? Se sim, como?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ICS/UFPA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO ACREDITADO

Pesquisador: Angeline do Nascimento Parente

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56847822.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.396.289

Apresentação do Projeto:

Compreender os desafios enfrentados pela Educação Permanente para o alcance da melhoria da qualidade e segurança do paciente em um hospital público do Estado do Pará submetido à acreditação hospitalar. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso único integrado que será realizado em um hospital público acreditado da Região Metropolitana I do Estado do Pará, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. Será utilizado como suporte teórico metodológico Robert K. Yin. A coleta de dados ocorrerá através de entrevistas semi-estruturadas e análise documental. Serão entrevistados 30 profissionais do hospital selecionado. A Análise dos dados seguirá uma estratégia analítica geral proposta por Yin. O tratamento dos dados obtidos através da entrevista será realizado por meio da análise de conteúdo temática de Bardin, posteriormente serão classificados e agrupados em categorias temáticas. Será utilizado o Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) para a análise de corpus textual. Também será realizada análise documental, através de um instrumento de coleta para a obtenção de informações referentes às ações de Educação Permanente em Saúde realizadas na instituição durante o período de 2018 a 2020. Os dados provenientes da análise documental serão tabulados e arquivados em memória eletrônica no Programa Microsoft Excel, em seguida, serão submetidos a análise estatística descritiva simples no Software BioEstat 5.3. Serão elaboradas figuras e quadros

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO ACREDITADO

Pesquisador: Angeline do Nascimento Parente

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56847822.1.3001.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.461.508

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFGPA) para Qualificação de Mestrado.

Trata-se de um estudo de caso único integrado, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), localizada na cidade de Belém/PA, Rua Bernal do Couto, Bairro Umarizal, nº 1040. A FSCMP é um órgão de administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública. Foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de outubro de 2004 e efetivado seu processo de contratualização junto ao SUS por meio da Portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006. Os cenários de pesquisa na instituição serão na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CEDP), Gerência de Gestão de Pessoas (GESP) e Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança (AGQS). A população estudada será constituída por 30 profissionais, sendo 18 coordenadores ou gerentes de enfermagem, 03 profissionais de nível superior que atuem em serviços de educação continuada ou em Núcleo de Educação Permanente (NEP), 05 enfermeiros assistenciais, 02 enfermeiros da Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança (AGQS), 01 gerente, coordenador ou supervisor da AGQS e 01 diretor assistencial de hospital público

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br