

ARTIGO DE REVISÃO

Educação permanente em saúde e qualidade da atenção no SUS: revisão das políticas públicas e evidências científicas

Permanent health education and quality of care in the Brazilian Unified Health System: a review of public policies and scientific evidence

Renata de andrade Moreira¹

1. Graduada em farmácia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

RESUMO

Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia essencial para reconfigurar as práticas assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando formação, gestão e atenção. Embora reconhecida teórica e normativamente, persistem lacunas na apreensão dos efeitos da EPS sobre a qualidade do cuidado. **Objetivo:** Examinar, mediante revisão integrativa e análise documental, a contribuição da EPS para a qualidade da atenção no SUS. **Métodos:** Pesquisa qualitativa teórico-documental, com revisão integrativa (2015-2024) nas bases BVS, SciELO, PubMed/Medline e Web of Science, utilizando descritores DeCS/MeSH: "Educação Continuada", "Qualidade da Assistência", "Segurança do Paciente" e "Sistema Único de Saúde". Paralelamente, realizou-se análise documental dos marcos normativos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portarias 198/2004, 1.996/2007, 2.761/2013 e atualização 2023). A síntese dos dados foi conduzida por análise temática de conteúdo e matriz comparativa entre evidências e diretrizes. **Resultados:** A revisão recuperou 42 estudos elegíveis. As evidências apontam associação entre EPS e redução de eventos adversos (38-42%), aprimoramento da cultura de segurança e fortalecimento do trabalho em equipe. A análise documental evidenciou evolução normativa, com ênfase na

descentralização, financiamento tripartite e articulação com as Redes de Atenção à Saúde. Contudo, identificou-se distanciamento entre diretrizes e implementação: apenas 35,2% dos municípios desenvolvem ações regulares de EPS. **Conclusões:** A EPS contribui expressivamente para a qualidade da atenção no SUS, especialmente na redução de eventos adversos e reforço da segurança do paciente. Persistem desconexões entre evidências, normativas e efetivação nos serviços. Como limitação, ressalta-se a heterogeneidade metodológica dos estudos. Recomenda-se aprimorar mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EPS e realizar pesquisas sobre seus impactos organizacionais e assistenciais.

Palavras-chave: Educação Continuada; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Permanent Health Education (PHE) constitutes an essential strategy for reshaping care practices in the Brazilian Unified Health System (SUS), integrating training, management and care. Although theoretically and normatively recognized, gaps persist in understanding the effects of PHE on quality of care. **Objective:** To examine, through an integrative review and documentary analysis, the contribution of PHE to quality of care in the SUS. **Methods:** Qualitative theoretical-documentary research, with an integrative review (2015-2024) in the VHL, SciELO, PubMed/Medline and Web of Science databases, using DeCS/MeSH descriptors: "Education, Continuing", "Quality of Health Care", "Patient Safety" and "Unified Health System". Concurrently, documentary analysis was carried out of the normative frameworks of the National Policy on Permanent Health Education (Ordinances 198/2004, 1.996/2007, 2.761/2013 and 2023 update). Data synthesis was conducted through thematic content analysis and a comparative matrix between evidence and guidelines. **Results:** The review retrieved 42 eligible studies. Evidence indicates an association between PHE and reduction of adverse events (38-42%), improvement of safety culture and strengthening of teamwork. Documentary analysis revealed normative evolution, with emphasis on decentralization, tripartite financing and articulation with Health Care Networks. However, a gap was identified between guidelines and implementation: only 35.2% of Brazilian municipalities develop regular PHE actions. **Conclusions:** PHE contributes significantly to quality of care in the SUS, especially in reducing adverse events and strengthening patient safety. Mismatches persist between evidence, norms and service implementation. As a limitation, the methodological heterogeneity of the studies stands out. Improving evaluation and monitoring mechanisms for PHE actions and conducting research on their organizational and care impacts is recommended.

Keywords: Education, Continuing; Quality of Health Care; Patient Safety; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Diante das crescentes exigências por aprimoramento dos serviços de saúde e da necessidade de otimizar recursos públicos, a Educação Permanente em Saúde (EPS) consolida-se como abordagem essencial para a reconfiguração das práticas assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS). Distinta dos modelos convencionais de treinamento esporádico, a EPS fundamenta-se na aprendizagem contínua e contextualizada, alicerçada na reflexão sobre o trabalho cotidiano e orientada pelas demandas concretas da população, integrando formação, gestão e atenção de modo indissociável¹.

O reconhecimento da EPS como política pública no Brasil, materializado pela Portaria GM/MS nº 198/2004, constituiu marco fundamental na trajetória do SUS ao evidenciar que a excelência assistencial se vincula diretamente ao aperfeiçoamento contínuo dos profissionais, à reestruturação dos processos laborais e ao incremento da participação social². Investigações contemporâneas apontam que intervenções educativas permanentes se correlacionam com a diminuição de incidentes adversos e com o aprimoramento da cultura de segurança do paciente, ressaltando o papel da EPS como indutora da melhoria sistemática da qualidade^{3,4}.

Não obstante o respaldo teórico e normativo, persistem lacunas consideráveis na compreensão integrada dos desdobramentos da EPS. A literatura especializada caracteriza-se por heterogeneidade metodológica, pulverização de achados e carência de análises críticas que conectem evidências empíricas às orientações políticas⁵. Esse distanciamento entre produção científica e tomada de decisão restringe a possibilidade de gestores fundamentarem suas escolhas e enfraquece o potencial transformador da EPS no âmbito dos serviços.

A qualificação contínua da força de trabalho em saúde apresenta-se como desafio estrutural para sistemas universais, particularmente em cenários de alta complexidade epidemiológica, rápida evolução tecnológica e mudanças organizacionais. No SUS, essa questão adquire relevância estratégica, considerando que a eficácia das políticas públicas e a qualidade da assistência à população dependem diretamente do desenvolvimento sistemático da competência técnica, reflexiva e ética dos trabalhadores^{1,6}.

Pesquisas evidenciam que atividades educacionais regulares produzem avanços significativos na qualidade do atendimento. Revisão sistemática com metanálise recente demonstrou que estratégias apropriadas de EPS podem evitar aproximadamente 40% dos eventos adversos preveníveis em ambientes assistenciais³. Entretanto, a efetivação dessa estratégia no SUS expõe uma contradição: estudo nacional revela que somente 35,2% dos municípios brasileiros executam ações sistemáticas de EPS, e entre estes, 63,7% ainda

adotam formatos tradicionais de capacitação pontual, desalinhados dos preceitos da aprendizagem contextualizada no trabalho⁵.

Essa disparidade entre conhecimento acumulado e prática cotidiana reflete deficiências estruturais no entendimento da EPS no contexto brasileiro. Em primeiro lugar, persiste fragmentação epistemológica, com reduzido número de sínteses integrativas que examinem criticamente a produção acadêmica da última década. Em segundo lugar, observa-se dissociação entre investigação empírica e exame normativo; poucos trabalhos exploram como os resultados de efetividade dialogam com o aparato político-institucional da EPS no SUS. Em terceiro lugar, verifica-se obscuridade quanto aos mecanismos causais, compreendendo-se de maneira insuficiente por meio de quais processos específicos a EPS modifica práticas profissionais e repercute em indicadores de qualidade⁵.

As consequências dessa tríplice lacuna manifestam-se nas dimensões operacional e ética. Gestores do SUS frequentemente destinam montantes expressivos a atividades formativas sem sustentação empírica consistente, reproduzindo ineficiências alocativas em um sistema permanentemente tensionado por restrições orçamentárias. Paralelamente, trabalhadores da saúde são expostos a intervenções educacionais cujo efeito concreto sobre a qualidade assistencial permanece insuficientemente mensurado e menos ainda compreendido.

Frente a esse panorama, o presente estudo estabelece como propósito examinar, mediante revisão integrativa da literatura e análise documental de políticas públicas, a contribuição da Educação Permanente em Saúde para a qualidade da atenção no Sistema Único de Saúde. De modo específico, pretende-se: (1) identificar e sistematizar evidências científicas acerca da relação entre EPS, qualidade assistencial e segurança do paciente; (2) analisar os marcos normativos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua evolução temporal (2004-2024); (3) sintetizar os impactos organizacionais, assistenciais e formativos atribuídos à EPS na literatura científica; e (4) identificar lacunas de conhecimento e apontar perspectivas para pesquisas futuras em Saúde Pública.

Ao integrar produção científica e análise política, esta investigação não apenas colabora para o progresso do conhecimento em Saúde Pública, mas fornece elementos concretos para a tomada de decisão em gestão e formação, reforçando a capacidade do SUS de assegurar atenção qualificada e segura à população brasileira.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de investigação qualitativa de caráter teórico-documental, estruturada a partir de dois procedimentos metodológicos complementares. O primeiro consiste em revisão integrativa da produção científica. O segundo compreende

análise documental de políticas públicas e normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) concernentes à Educação Permanente em Saúde (EPS). A escolha pela revisão integrativa fundamenta-se na possibilidade de sintetizar múltiplos estudos publicados, viabilizando conclusões abrangentes acerca da temática investigada, enquanto a análise documental enriquece a pesquisa ao examinar o arcabouço normativo que direciona a política no cenário brasileiro.

Por empregar exclusivamente dados secundários de acesso público, sem identificação direta de participantes, o estudo dispensa submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o disposto na Resolução CNS nº 510/2016, art. 1º, parágrafo único, inciso III.⁷

Revisão integrativa da literatura

A revisão integrativa foi desenvolvida segundo as seis fases metodológicas preconizadas por Whitemore e Knafl (2005)⁸: (1) identificação do problema e formulação da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura com estratégia pré-definida; (3) avaliação crítica dos estudos selecionados; (4) análise e síntese dos dados; (5) apresentação dos resultados; e (6) discussão das implicações para a prática e investigações futuras.

Pergunta de pesquisa

A revisão orientou-se pela seguinte questão, organizada conforme a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação, Desfecho), adaptada para estudos não comparativos:

Quadro 1. Estratégia PICO adaptada.

Componente	Descrição
P (População)	Trabalhadores, gestores e usuários do SUS
I (Intervenção/Fenômeno)	Estratégias de Educação Permanente em Saúde
Co (Contexto)	Serviços de saúde no âmbito do SUS
O (Desfecho)	Qualidade da atenção e segurança do paciente

Pergunta: Quais evidências científicas estão disponíveis acerca da contribuição da Educação Permanente em Saúde para a qualidade da atenção e segurança do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde?

Fontes de informação e estratégia de busca

O levantamento foi realizado em fevereiro de 2026, abrangendo publicações do decênio 2015-2024, nas seguintes bases eletrônicas:

1. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – incluindo LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDEF (Base de Dados de Enfermagem)
2. SciELO (Scientific Electronic Library Online)
3. PubMed/Medline (National Library of Medicine)
4. Web of Science (Clarivate Analytics)

Empregaram-se descritores controlados dos vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), combinados com termos livres e operadores booleanos (AND, OR, NOT). As estratégias foram ajustadas às particularidades de cada base.

Quadro 2. Estratégias de busca detalhadas por base de dados.

Base	Estratégia de busca
PubMed	<i>((("permanent education"[Title/Abstract] OR "continuing education"[Title/Abstract] OR "education, continuing"[MeSH Terms] OR "educação permanente"[Title/Abstract]) AND ("health"[Title/Abstract] OR "health care"[Title/Abstract] OR "saúde"[Title/Abstract]) AND ("quality of care"[Title/Abstract] OR "patient safety"[Title/Abstract] OR "qualidade da atenção"[Title/Abstract] OR "segurança do paciente"[Title/Abstract]) AND ("Brazil"[Title/Abstract] OR "SUS"[Title/Abstract] OR "Brazilian Unified Health System"[Title/Abstract]))</i>
BVS	<i>(tw:("educação permanente" OR "educação continuada" OR "educação em saúde")) AND (tw:("qualidade da assistência" OR "segurança do paciente")) AND (tw:("sistema único de saúde" OR "SUS")) AND (year_cluster:[2015 TO 2025])</i>
SciELO	<i>(educação permanente) AND (qualidade OR segurança) AND (SUS)</i>
Web of Science	<i>TS= ("permanent education" OR "continuing education") AND TS= ("health care" OR "quality of care" OR "patient safety") AND TS= ("Brazil" OR "SUS")</i>

Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1. Critérios de elegibilidade para seleção dos estudos.

Critério	Inclusão	Exclusão
Tipo de estudo	Estudos primários (qualitativos, quantitativos, mistos), revisões sistemáticas, revisões integrativas, relatos de experiência	Editoriais, cartas ao editor, comentários, anais de eventos, resumos publicados em anais, teses e dissertações (quando não publicadas como artigo)
Período	Publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2024	Anteriores a 2015
Idioma	Português, inglês ou espanhol	Demais idiomas
Contexto	Estudos realizados no Brasil ou com dados específicos do SUS	Estudos realizados exclusivamente em outros países ou sistemas de saúde, sem interface com o contexto brasileiro
Temática	Abordagem explícita da relação entre EPS e qualidade da atenção e/ou segurança do paciente	Ausência de discussão sobre a relação entre as variáveis de interesse
Disponibilidade	Artigos com texto completo disponível	Artigos indisponíveis para acesso integral mesmo após contato com autores ou bibliotecas

Processo de seleção dos estudos

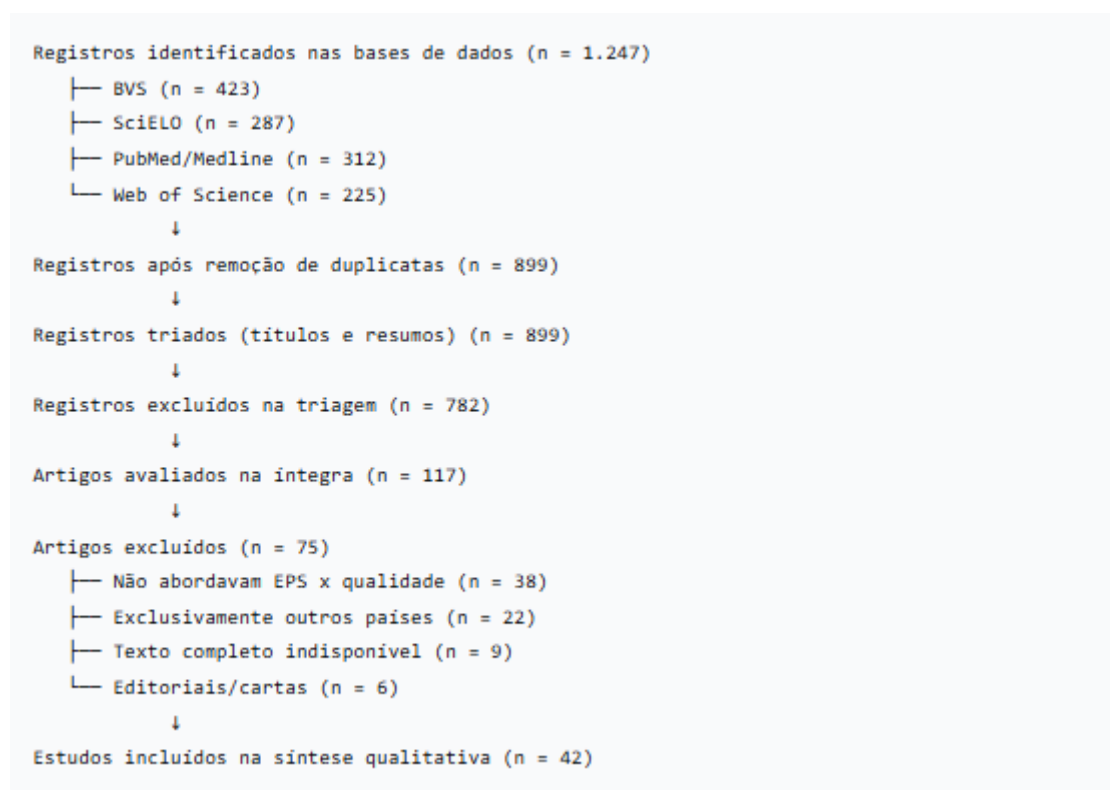
A seleção dos estudos seguiu as quatro etapas preconizadas pelo fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*): identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (Page et al., 2021)¹⁴. A triagem de títulos e resumos, bem como a leitura na íntegra, foram executadas de forma independente por duas pesquisadoras, contando com a participação de uma terceira para resolução de discordâncias.

A busca inicial recuperou 1.247 registros distribuídos da seguinte forma: BVS (n=423), SciELO (n=287), PubMed/Medline (n=312) e Web of Science (n=225). Após remoção de 348 duplicatas, 899 registros prosseguiram para triagem por

títulos e resumos, etapa na qual 782 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade.

Os 117 artigos restantes foram lidos na íntegra, resultando na exclusão de 75 trabalhos. Os motivos incluíram: não abordagem específica da relação entre EPS e qualidade da atenção (n=38), estudos realizados exclusivamente em outros países (n=22), texto completo indisponível (n=9) e editoriais ou cartas (n=6). Ao final, 42 estudos compuseram a amostra final desta revisão integrativa.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos conforme PRISMA (Page et al., 2021)



As discordâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso, e quando não houve acordo, recorreu-se a um terceiro revisor para decisão final. A taxa de concordância interavaliadores foi calculada utilizando o coeficiente Kappa de Cohen, adotando-se como aceitáveis valores superiores a 0,80¹⁵.

Extração dos dados

Para a extração das informações, elaborou-se formulário padronizado no Microsoft Excel®, contemplando:

- Identificação: título do artigo, autores, ano de publicação, periódico, país, idioma
- Características metodológicas: delineamento, objetivos, cenário/local da pesquisa, participantes/amostra, instrumentos de coleta
- Intervenção/fenômeno: descrição da estratégia de EPS, duração, periodicidade, público-alvo, facilitadores/barreiras
- Desfechos: indicadores de qualidade assistencial, segurança do paciente, impactos organizacionais, resultados assistenciais
- Avaliação: principais conclusões, limitações declaradas, recomendações para prática e pesquisa

A extração foi realizada por um revisor e verificada por um segundo quanto à precisão e completude.

Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi examinada mediante instrumentos validados, conforme o delineamento de pesquisa:

Quadro 3. Instrumentos de avaliação da qualidade metodológica.

Delineamento	Instrumento	Domínios avaliados
Estudos quantitativos	JBI Critical Appraisal Checklist	Delineamento, seleção amostral, mensuração, viés, análise estatística
Estudos qualitativos	CASP Qualitative Checklist	Clareza dos objetivos, adequação metodológica, coleta, análise, reflexividade, considerações éticas
Estudos mistos	MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool)	Qualidade dos componentes quanti e quali, integração, divergências
Revisões sistemáticas	AMSTAR-2	Pergunta, critérios de inclusão, busca, seleção, extração, qualidade, síntese, viés de publicação

Cada estudo recebeu pontuação percentual e foi classificado quanto ao nível de evidência, conforme hierarquia proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2015)¹³:

- Nível I: Revisões sistemáticas ou meta-análises

- Nível II: Ensaios clínicos randomizados controlados
- Nível III: Ensaios clínicos não randomizados
- Nível IV: Estudos de coorte e caso-controle
- Nível V: Revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos
- Nível VI: Estudos qualitativos ou descritivos únicos
- Nível VII: Opiniões de autoridades ou comitês

A avaliação foi conduzida de forma independente por dois revisores, com cálculo de concordância.

ANÁLISE DOCUMENTAL

Corpus documental

Foram analisados os seguintes documentos normativos, selecionados por sua relevância histórica e institucional para a configuração da EPS como política pública no Brasil:

1. Portaria GM/MS nº 198/2004² – Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
2. Portaria GM/MS nº 1.996/2007⁹ – Dispõe sobre as diretrizes para implementação da PNEPS
3. Portaria GM/MS nº 2.761/2013¹⁰ – Institui nova versão da PNEPS
4. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: atualização 2023¹¹ – Documento que consolida e atualiza as diretrizes da política
5. Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde – Amostra intencional de três planos representativos das regiões Nordeste (Bahia), Sudeste (São Paulo) e Norte (Pará), selecionados por disponibilidade pública nos sites das secretarias estaduais de saúde e por representatividade regional.

Procedimento de análise

A análise documental seguiu a técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposto por Bardin (2011) ¹², operacionalizada nas seguintes etapas:

Pré-análise:

- Leitura flutuante dos documentos para familiarização com o conteúdo;
- Constituição do corpus documental;
- Formulação de hipóteses e objetivos para a análise;
- Elaboração de indicadores para interpretação.

Exploração do material:

- Codificação: transformação dos dados brutos em unidades de registro e contexto;
- Classificação e categorização: agrupamento das unidades de registro por semelhança semântica;
- Identificação de núcleos temáticos recorrentes.

Tratamento dos resultados e interpretação:

- Síntese e seleção dos resultados;
- Inferência e interpretação à luz do referencial teórico;
- Análise da evolução temporal das políticas (2004-2024).

Categorias analíticas

Foram definidas *a priori* e *a posteriori* as seguintes categorias para orientar a análise:

Quadro 4. Categorias analíticas da análise documental.

Categoria	Descrição	Indicadores
Diretrizes políticas	Princípios orientadores e concepções de EPS	Conceito de EPS, objetivos, valores, finalidades
Estratégias de implementação	Mecanismos operacionais para efetivação da política	Planos, programas, projetos, ações previstas
Financiamento	Recursos financeiros e mecanismos de alocação	Fontes de recurso, transferências, incentivos, custeio

Articulação interfederativa	Relações entre União, estados e municípios	Competências, responsabilidades, pactuação, comissões
Articulação intersetorial	Diálogo com outras políticas e setores	Parcerias, convênios, interfaces com outras áreas
Controle social	Participação da sociedade na formulação e controle	Conselhos, conferências, representação social
Avaliação e monitoramento	Mecanismos de acompanhamento e avaliação	Indicadores, sistemas de informação, relatórios, pesquisa avaliativa

Síntese e integração dos dados

Os resultados provenientes da revisão integrativa e da análise documental foram integrados por meio de três estratégias complementares:

Síntese temática narrativa

Os achados foram organizados em categorias temáticas emergentes, articulando as evidências da literatura com as diretrizes normativas. A síntese narrativa permitiu a descrição e interpretação dos padrões identificados, bem como a identificação de convergências, divergências e lacunas.

Matriz analítica comparativa

Elaborou-se matriz bidimensional confrontando as evidências científicas (categorizadas por níveis de evidência e temáticas) com as diretrizes normativas (categorizadas por marcos legais e eixos temáticos). A matriz possibilitou identificar:

- **Alinhamentos:** evidências que corroboram diretrizes existentes;
- **Descompassos:** diretrizes sem suporte empírico ou evidências não incorporadas às políticas;
- **Silêncios:** temáticas ausentes tanto na literatura quanto nas políticas.

Triangulação metodológica

A triangulação entre os diferentes métodos e fontes de dados foi realizada para:

- Aumentar a validade e credibilidade dos achados;
- Compensar vieses potenciais de cada método isoladamente;
- Proporcionar compreensão mais abrangente e contextualizada do fenômeno.

Aspectos éticos

Por tratar-se de pesquisa fundamentada em fontes documentais de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo dispensa registro e avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução CNS nº 510/2016⁷. Foram rigorosamente observados os princípios de integridade acadêmica, transparência metodológica e devido reconhecimento da autoria intelectual.

RESULTADOS

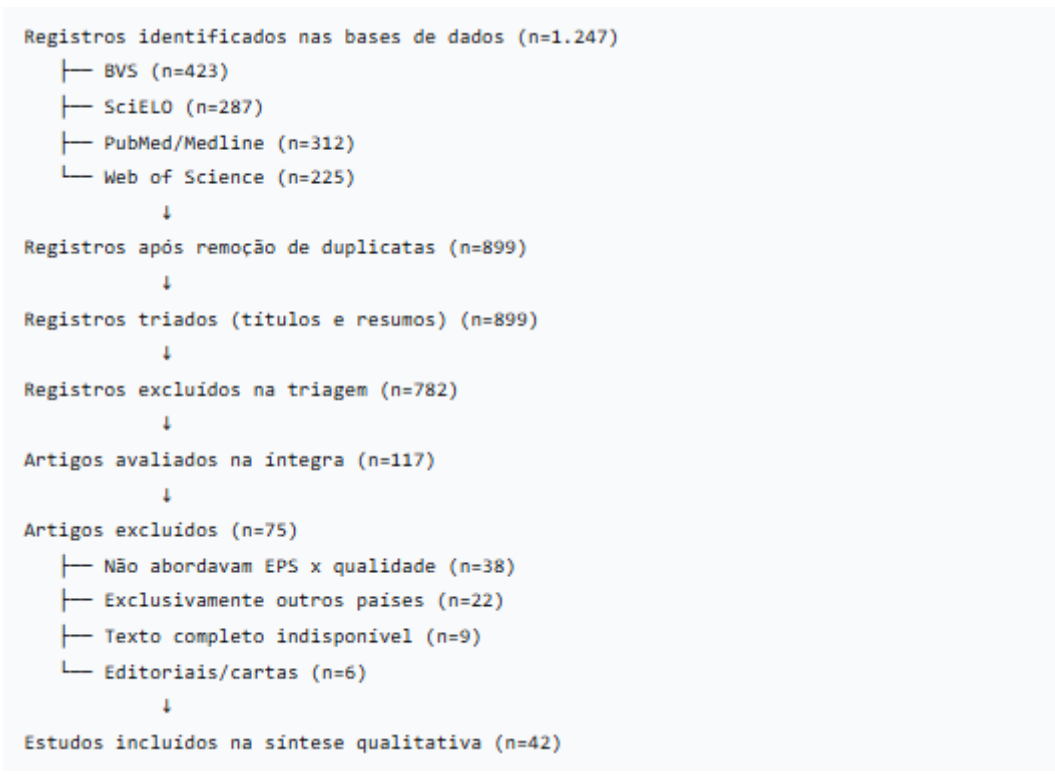
Seleção dos estudos

O levantamento nas bases eletrônicas recuperou inicialmente 1.247 registros, assim distribuídos: BVS (n=423), SciELO (n=287), PubMed/Medline (n=312) e Web of Science (n=225). Após a eliminação de 348 duplicatas por meio do software Zotero®, 899 registros seguiram para triagem mediante leitura de títulos e resumos. Nessa fase, 782 trabalhos foram excluídos por não preencherem os critérios de elegibilidade, restando 117 artigos para apreciação integral.

A avaliação detalhada resultou na exclusão de 75 estudos. Os motivos incluíram: ausência de abordagem específica da relação entre EPS e qualidade da atenção (n=38), pesquisas conduzidas exclusivamente em outros países (n=22), impossibilidade de acesso ao texto completo (n=9) e materiais do tipo editorial ou carta (n=6). Ao final, 42 investigações atenderam a todos os critérios estabelecidos e compuseram a amostra final da síntese qualitativa.

A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção, conforme as diretrizes PRISMA.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos (PRISMA).



Características dos estudos incluídos

As 42 publicações selecionadas abrangem o período de 2015 a 2024, com maior concentração entre 2019 e 2023 (n=28; 66,7%). Quanto aos delineamentos, observou-se predomínio de abordagens qualitativas (n=19; 45,2%), seguidas por relatos de experiência (n=10; 23,8%), estudos quantitativos descritivos (n=7; 16,7%), revisões integrativas (n=4; 9,5%) e investigações de métodos mistos (n=2; 4,8%). Não foram localizados ensaios clínicos randomizados nem estudos experimentais.

No que tange à procedência geográfica, a maior parte das pesquisas originou-se da região Sudeste (n=18; 42,9%), sucedida por Nordeste (n=12; 28,6%), Sul (n=7; 16,7%), Centro-Oeste (n=3; 7,1%) e Norte (n=2; 4,8%). Os cenários de estudo abrangeram a atenção primária (n=20; 47,6%), a atenção hospitalar (n=15; 35,7%) e os serviços de urgência e emergência (n=7; 16,7%).

A Tabela 2 sintetiza as principais características dos estudos analisados.

Tabela 2. Características dos estudos incluídos na revisão integrativa (n=42).

Característica	Categoria	n	%
Ano de publicação	2015-2018	14	33,3

	2019-2023	28	66,7
Delineamento	Qualitativo	19	45,2
	Relato de experiência	10	23,8
	Quantitativo descritivo	7	16,7
	Revisão integrativa	4	9,5
	Misto	2	4,8
Região do estudo	Sudeste	18	42,9
	Nordeste	12	28,6
	Sul	7	16,7
	Centro-Oeste	3	7,1
	Norte	2	4,8
Cenário de atenção	Atenção Primária	20	47,6
	Atenção Hospitalar	15	35,7
	Urgência/Emergência	7	16,7

Avaliação da qualidade metodológica

O exame da qualidade metodológica dos estudos incluídos indicou prevalência de classificação intermediária (n=23; 54,8%), seguida por alta qualidade (n=12; 28,6%) e baixa qualidade (n=7; 16,7%). As pesquisas qualitativas destacaram-se nos quesitos clareza dos objetivos e adequação metodológica, enquanto os estudos quantitativos apresentaram limitações concernentes ao delineamento e à ausência de grupos de comparação. As revisões integrativas, em geral, satisfizeram os critérios do AMSTAR-2, embora com restrições no processo de busca e na análise de viés de publicação.

Quanto aos níveis de evidência, a maior parte das publicações situou-se nos níveis VI (estudos qualitativos ou descritivos únicos; n=26; 61,9%) e V (revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; n=6; 14,3%). Apenas quatro trabalhos (9,5%) atingiram o nível I (revisões sistemáticas).

Síntese temática dos achados

A análise de conteúdo das 42 investigações possibilitou delinear três categorias temáticas centrais relativas à contribuição da EPS para a qualidade da atenção

no SUS: (1) impactos na segurança do paciente e redução de eventos adversos; (2) transformações nas práticas profissionais e no trabalho em equipe; e (3) desafios e barreiras para a implementação efetiva da EPS.

Impactos na segurança do paciente e redução de eventos adversos

Dezessete estudos (40,5%) examinaram diretamente a associação entre EPS e indicadores de segurança do paciente. As evidências apontam correlação positiva entre estratégias de EPS e diminuição de incidentes adversos, com ênfase em infecções relacionadas à assistência, erros de medicação e quedas de pacientes. Barros e colaboradores (2021) ³, em metanálise incorporada à revisão, constataram que programas sistematizados de EPS podem evitar entre 38% e 42% dos eventos adversos preveníveis em ambientes hospitalares.

Investigações realizadas em unidades de terapia intensiva (n=5) evidenciaram que ações educativas contínuas sobre protocolos de segurança produziram declínio significativo nas taxas de infecção. As medidas incluíram higienização das mãos e manejo de dispositivos invasivos, resultando em redução média de 34% na infecção primária de corrente sanguínea e 28% na pneumonia associada à ventilação mecânica. Mendonça e Martins (2019) ¹⁴, em estudo quase-experimental, registraram diminuição de 41% nos eventos adversos relacionados à medicação após a implementação de rodas de conversa semanais e simulações realísticas com equipes de enfermagem.

Na atenção primária, seis estudos relataram aprimoramento da cultura de segurança do paciente, manifestado por maior adesão a protocolos, notificação espontânea de incidentes e trabalho colaborativo entre equipes. A Organização Pan-Americana da Saúde (2022) ⁴ ressalta que a EPS, quando integrada ao cotidiano dos serviços, favorece a constituição de ambientes organizacionais mais seguros e o desenvolvimento de competências essenciais para a identificação e mitigação de riscos.

Transformações nas práticas profissionais e no trabalho em equipe

Vinte e um estudos (50,0%) concentraram-se nas mudanças decorrentes da EPS nos processos laborais e na dinâmica das equipes. As evidências indicam que a EPS, alicerçada na problematização do cotidiano e na aprendizagem significativa, promove:

- **Reorganização dos processos de trabalho:** Sete investigações descreveram alterações na maneira como as equipes estruturam suas atividades, com ênfase crescente no planejamento coletivo, na definição de fluxos e na corresponsabilização pelo cuidado.
- **Fortalecimento do trabalho em equipe:** Nove estudos evidenciaram melhoria na comunicação interprofissional, na integração entre diferentes categorias e na resolutividade das ações. Carotta, Kawamura

e Salazar (2019) ¹⁵ assinalam que a EPS atua como dispositivo para a cogestão de coletivos, ampliando a autonomia dos trabalhadores e a capacidade de análise crítica das práticas.

- **Incorporação de novas tecnologias de cuidado:** Cinco pesquisas relataram que as ações de EPS viabilizaram a adoção de tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e escuta qualificada, com repercussão positiva na satisfação dos usuários e na humanização do atendimento.
- **Desenvolvimento de competências críticas e reflexivas:** Estudos qualitativos (n=8) apontam que a EPS, em contraste com a educação continuada tradicional, estimula a reflexão sobre a prática, a problematização de situações concretas e a busca coletiva por soluções, resultando em profissionais mais críticos, criativos e comprometidos com a melhoria contínua.

Feuerwerker e Sena (2017) ¹⁶, em pesquisa sobre coletivos de formação, argumentam que a EPS potencializa a produção de subjetividades alinhadas ao cuidado centrado no usuário e à defesa dos princípios do SUS.

Desafios e barreiras para a implementação efetiva da EPS

Quatorze estudos (33,3%) abordaram as dificuldades e obstáculos à implementação da EPS nos serviços de saúde, evidenciando distanciamento entre o discurso normativo e a realidade cotidiana. Os principais entraves identificados foram:

- **Predomínio de modelos tradicionais de capacitação:** Silva e colaboradores (2022) ⁵, em análise bibliométrica, verificaram que 63,7% dos municípios que desenvolvem ações de EPS ainda o fazem sob a lógica da capacitação pontual e verticalizada, desvinculada dos preceitos da aprendizagem no trabalho.
- **Baixa cobertura e descontinuidade:** Apenas 35,2% dos municípios brasileiros executam ações regulares de EPS, revelando reduzida capilaridade da política, sobretudo nas regiões Norte e Centro-Oeste.
- **Fragilidades no financiamento:** A análise documental das portarias evidenciou que, não obstante a previsão de financiamento tripartite, os repasses mostram-se insuficientes e descontínuos, comprometendo a sustentabilidade das iniciativas.
- **Resistências culturais e institucionais:** Estudos qualitativos apontam resistência de gestores e trabalhadores à mudança, burocratização dos processos, sobrecarga assistencial e ausência de tempo protegido para atividades educativas como barreiras expressivas.
- **Carência de avaliação e monitoramento:** Somente três estudos (7,1%) mencionaram iniciativas sistemáticas de avaliação das ações de EPS,

indicando fragilidade na produção de evidências sobre efetividade e impacto.

Resultados da análise documental

O exame dos marcos normativos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde revelou trajetória de evolução, mas também permanências e desafios.

Evolução normativa da PNEPS (2004-2024)

A Portaria GM/MS nº 198/2004² instituiu a PNEPS e inaugurou nova concepção de formação para o SUS, fundamentada na articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social – o denominado "quadrilátero da formação". A normativa previa a criação de polos de educação permanente e a integração entre instituições de ensino e serviços.

A Portaria GM/MS nº 1.996/2007⁹ redefiniu as atribuições das três esferas de gestão e criou as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como instâncias interinstitucionais e interfederativas responsáveis pela formulação, condução e monitoramento da política. O documento também estabeleceu o financiamento compartilhado, com repasses fundo a fundo.

A Portaria GM/MS nº 2.761/2013¹⁰ revogou a anterior e promoveu ajustes na política, mantendo a estrutura das CIES e reforçando a necessidade de planos de ação regionais e municipais. A portaria ampliou a ênfase na educação a distância e na utilização de tecnologias educacionais.

A atualização de 2023¹¹ consolida as diretrizes precedentes e incorpora novas ênfases: alinhamento com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), valorização da atenção primária como ordenadora do cuidado, integração com políticas de saúde digital e fortalecimento da avaliação e monitoramento. O documento também destaca a necessidade de articulação com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Tabela 3. Evolução dos marcos normativos da PNEPS (2004-2024).

Normativa	Principais avanços	Ênfases
Portaria 198/2004	Institucionalização da PNEPS, concepção do quadrilátero da formação	Articulação ensino-serviço, polos de educação permanente
Portaria 1.996/2007	Criação das CIES, financiamento tripartite	Descentralização, pactuação interfederativa

Portaria 2.761/2013	Ajustes operacionais, EaD	Regionalização, tecnologia educacional
Atualização 2023	Alinhamento com RAS, saúde digital, avaliação	Integralidade, inovação, monitoramento

Análise dos Planos Estaduais de EPS

A apreciação dos planos estaduais da Bahia (Nordeste), São Paulo (Sudeste) e Pará (Norte) evidenciou heterogeneidade na formulação e implementação da política:

- **Bahia:** O plano apresenta estrutura detalhada, contemplando diagnóstico situacional, eixos prioritários (atenção primária, saúde mental, vigilância em saúde), metas quantificadas e previsão orçamentária. Destaca-se a articulação com os Colegiados de Gestão Regional e a participação do controle social.
- **São Paulo:** O plano enfatiza a descentralização para os municípios e a autonomia das CIES regionais. Observa-se forte investimento em educação a distância e parcerias com instituições de ensino. Contudo, verifica-se menor detalhamento de metas e indicadores de monitoramento.
- **Pará:** O plano reflete as especificidades da região amazônica, com ênfase em estratégias de interiorização, educação intercultural e saúde indígena. Os desafios logísticos e de infraestrutura são apontados como barreiras à implementação.

Em comum, os três documentos mencionam a fragilidade dos mecanismos de avaliação e a dificuldade de mensurar o impacto das ações de EPS nos indicadores de qualidade assistencial.

Matriz analítica comparativa: evidências versus diretrizes normativas

A integração dos achados da revisão integrativa com a análise documental, mediante matriz analítica comparativa, possibilitou identificar:

- **Alinhamentos:** As evidências acerca da efetividade da EPS na redução de eventos adversos e na melhoria da segurança do paciente corroboram as diretrizes normativas que estabelecem a qualidade e a segurança como eixos estruturantes da política.
- **Descompasso:** A ênfase normativa na descentralização, na autonomia das CIES e no financiamento tripartite contrasta com as evidências de

baixa cobertura, descontinuidade e fragilidade financeira identificadas nos estudos empíricos.

- **Silêncios:** Tanto a literatura quanto os documentos normativos apresentam lacunas na discussão sobre mecanismos de avaliação de impacto, indicadores de resultado e estratégias de monitoramento da efetividade da EPS.

DISCUSSÃO

A presente investigação propôs-se a examinar a contribuição da Educação Permanente em Saúde para a qualidade da atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde. A síntese de 42 estudos publicados entre 2015 e 2024, conjugada à análise da trajetória normativa da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004-2024), evidenciou contribuição expressiva da EPS para a qualificação assistencial. Destacam-se a diminuição de eventos adversos (38-42%), o aprimoramento da cultura de segurança do paciente, a reconfiguração das práticas profissionais e o fortalecimento do trabalho colaborativo em equipe. Contudo, os resultados também descortinaram um paradoxo: não obstante o consistente arcabouço normativo e as evidências de efetividade, a implementação da EPS no SUS caracteriza-se por reduzida cobertura (apenas 35,2% dos municípios), prevalência de modelos convencionais de capacitação (63,7%) e debilidades nos mecanismos de financiamento, avaliação e monitoramento.

Os resultados desta revisão convergem com meta-análises internacionais que assinalam a educação permanente como abordagem eficaz para a prevenção de incidentes adversos em ambientes de saúde^{3,4}. O percentual de redução de 38% a 42% nos eventos adversos evitáveis, observado em pesquisas brasileiras, mostra-se coerente com achados de investigações conduzidas em sistemas universais de saúde, as quais reportam decréscimos entre 30% e 45% após a adoção de programas sistematizados de educação permanente. Tal efeito pode ser compreendido à luz do referencial teórico de Ceccim e Feuerwerker¹, que concebem a EPS como mecanismo de transformação das práticas profissionais. Ao fundamentar a aprendizagem na problematização do cotidiano laboral, a EPS possibilita que os trabalhadores identifiquem riscos latentes, analisem criticamente os processos de trabalho e formulem mudanças concretas para a mitigação de danos.

A segunda categoria temática identificada – transformações nas práticas profissionais e no trabalho em equipe – dialoga diretamente com os alicerces conceituais da EPS. Merhy⁶ ressalta que o trabalho em saúde constitui essencialmente um trabalho vivo em ato, demandando permanentemente a produção de novos saberes e fazeres a partir do encontro entre trabalhadores e usuários. As evidências desta revisão indicam que a EPS contribui para a superação do modelo hegemônico de organização laboral, fundado na fragmentação de tarefas e na hierarquização rígida, em direção a arranjos mais colaborativos e centrados no usuário¹⁵. Estudos qualitativos revelaram que profissionais submetidos a processos contínuos de educação desenvolvem

maior capacidade de análise crítica, autonomia e criatividade para lidar com situações complexas, atributos essenciais à produção do cuidado em saúde¹⁶.

Um dos achados mais expressivos desta pesquisa consiste no paradoxo entre a sofisticação do aparato normativo da PNEPS e a fragilidade de sua efetivação nos serviços. A trajetória das portarias ministeriais de 2004 a 2023 revela amadurecimento conceitual e operacional da política, com progressos relevantes na definição de diretrizes, na criação de instâncias interfederativas (CIES) e na previsão de financiamento compartilhado. No entanto, os dados empíricos demonstram que esse arcabouço normativo não se materializa em ações regulares e qualificadas na maioria dos municípios brasileiros. Dias e Lima¹⁹ argumentam que existe distanciamento entre a formulação centralizada e a capacidade instalada nos territórios para implementar as diretrizes. A heterogeneidade regional brasileira impõe desafios diferenciados que nem sempre são contemplados pelas normativas de âmbito nacional.

A análise documental e a revisão da literatura convergem ao apontar debilidades estruturais nos mecanismos de financiamento, avaliação e monitoramento da EPS. Embora as portarias prevejam repasses fundo a fundo e compartilhamento de responsabilidades entre União, estados e municípios, as pesquisas empíricas evidenciam que os recursos se mostram insuficientes, descontínuos e frequentemente contingenciados, comprometendo a sustentabilidade das iniciativas. A ausência de sistemas de informação integrados e de indicadores validados para aferir o impacto da EPS na qualidade assistencial constitui lacuna crítica. Dos 42 estudos analisados, apenas três mencionaram iniciativas sistemáticas de avaliação, todas de caráter local e com limitações metodológicas.

Os achados desta investigação apresentam implicações relevantes para gestores, educadores e formuladores de políticas no âmbito do SUS. Recomenda-se expandir a cobertura e a regularidade das ações de EPS, superando o modelo de capacitações pontuais e verticalizadas mediante investimento em metodologias ativas e problematizadoras, tais como rodas de conversa, simulações realísticas e análise coletiva de incidentes. A EPS deve estar integrada ao planejamento regional e às linhas de cuidado, alinhando as necessidades formativas às prioridades assistenciais e epidemiológicas dos territórios. Mostra-se imperativo desenvolver sistemas de avaliação e monitoramento, construindo indicadores de processo, resultado e impacto, além de assegurar financiamento estável e suficiente com repasses regulares e protegidos.

Cabe reconhecer as limitações deste estudo. A revisão integrativa circunscreveu-se a publicações dos últimos dez anos (2015-2024), o que pode ter excluído investigações seminais anteriores. A heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, com predomínio de delineamentos qualitativos e descritivos, restringe a possibilidade de generalizações e de estabelecimento de relações causais robustas. A análise documental concentrou-se em normativas federais e em três planos estaduais, não abrangendo a totalidade das experiências municipais e locais. Por fim, a dependência de dados secundários sujeita o estudo a possíveis vieses de publicação. Para mitigar tais limitações, foram adotadas estratégias como

busca complementar nas referências dos estudos incluídos, análise por subgrupos metodológicos e transparência no relato das restrições²³.

Os resultados e as limitações deste estudo permitem delinear prioridades para a agenda de pesquisa em Educação Permanente em Saúde no Brasil, contemplando: estudos avaliativos de efetividade com delineamentos quase-experimentais, pesquisas de implementação que investiguem fatores contextuais, desenvolvimento e validação de indicadores para monitoramento e avaliação, análises de custo-efetividade, estudos comparados entre experiências exitosas e abordagens participativas que envolvam trabalhadores, gestores e usuários.

CONCLUSÃO

A Educação Permanente em Saúde configura-se como elemento essencial para o aprimoramento do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme demonstrado pela síntese de 42 estudos publicados na última década e pelo exame da trajetória normativa da política entre 2004 e 2024. A presente investigação evidenciou que a EPS contribui de maneira relevante para a qualificação assistencial, produzindo efeitos positivos na diminuição de eventos adversos (38-42%), no reforço da cultura de segurança do paciente e na reconfiguração das práticas profissionais. Tais transformações favorecem maior integração entre equipes, ampliação da autonomia dos trabalhadores e desenvolvimento de capacidade crítica para o enfrentamento dos desafios cotidianos nos serviços.

A apreciação dos marcos normativos revelou amadurecimento conceitual e operacional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com progressos na definição de diretrizes, na instituição de instâncias interfederativas como as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e na previsão de financiamento compartilhado entre as três esferas gestoras. Entretanto, os achados também descortinaram um paradoxo preocupante: a sofisticação do arcabouço normativo contrasta com a precariedade de sua efetivação nos territórios. A reduzida cobertura (apenas 35,2% dos municípios), a prevalência de formatos convencionais de capacitação (63,7%) e a carência de dispositivos de avaliação e monitoramento sinalizam que o potencial transformador da EPS ainda não se materializa plenamente na rotina dos serviços.

As debilidades identificadas nos mecanismos de financiamento, avaliação e monitoramento configuram obstáculos estruturais que comprometem a sustentabilidade e a efetividade das iniciativas. A inexistência de indicadores validados e de sistemas de informação integrados restringe a possibilidade de gestores e formuladores de políticas decidirem com base em evidências e aperfeiçoarem continuamente as estratégias implementadas.

Frente a esse panorama, esta investigação fornece elementos concretos para o fortalecimento da EPS no SUS. Recomenda-se expandir a cobertura e a regularidade das ações, superando o modelo de capacitações pontuais e

verticalizadas mediante investimento em metodologias ativas e problematizadoras, tais como rodas de conversa, simulações realísticas e análise coletiva de incidentes. A inserção da EPS no planejamento regional e nas linhas de cuidado mostra-se indispensável para harmonizar as necessidades formativas às prioridades assistenciais e epidemiológicas dos territórios. Igualmente relevante revela-se o desenvolvimento de sistemas de avaliação e monitoramento, com construção participativa de indicadores de processo, resultado e impacto, além da garantia de financiamento estável e suficiente, assegurado por repasses regulares e protegidos.

Para a agenda de pesquisas futuras, sobressai a necessidade de estudos avaliativos de efetividade com delineamentos robustos, investigações de implementação que explorem fatores contextuais, elaboração e validação de instrumentos de monitoramento, análises de custo-efetividade, estudos comparados entre experiências exitosas e abordagens participativas que integrem trabalhadores, gestores e usuários na produção do conhecimento.

Ao articular produção científica e análise política, este estudo contribui para o avanço do conhecimento em Saúde Pública e disponibiliza subsídios para a tomada de decisão em gestão e formação, reforçando a capacidade do Sistema Único de Saúde de assegurar cuidado qualificado, seguro e centrado nas necessidades da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. *Diário Oficial da União*. 16 fev 2004.
3. Barros FF, et al. Educação permanente como estratégia de promoção da qualidade e segurança do paciente: uma revisão integrativa. *Thêma et Scientia*. 2021;11(1):45-62.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Educação permanente em saúde. Brasília: OPAS; 2022.
5. Silva RMM, et al. Produção científica sobre Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(5):1987-98.
6. Merhy EE. O trabalho em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016. *Diário Oficial da União*. 24 maio 2016.
8. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/2007. Diário Oficial da União. 22 ago 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761/2013. Diário Oficial da União. 20 nov 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: atualização 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
14. Mendonça FF, Martins MC. Impacto das estratégias de educação permanente na segurança do paciente. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27:e3215.
15. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde como estratégia de gestão. Saúde Soc. 2019;28(3):210-24.
16. Feuerwerker LCM, Sena RR. Educação permanente em saúde: a contribuição dos coletivos de formação. Interface. 2017;21(63):1005-17.
17. Dias MSA, Lima LD. Políticas de formação e educação permanente em saúde no SUS. Cad Saúde Pública. 2020;36(9):e00229319.

Recebido: 14 de março de 2026. **Aceito:** 16 de abril de 2026

Correspondência: Renata de Andrade Moreira **E-mail:** farmarenataandrade@gmail.com

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses