



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, Supl.++ n. 1 (2022).

ARTIGO DE REVISÃO

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p57-73

Educação Permanente em Saúde: colocando em análise a produção de conhecimento

Permanent Health Education: analyzing knowledge production

Marcia Naomi Santos Higashijima

Mestre em Saúde da Família; Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul/Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: psicologanaomi@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4924-5346

Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9408-1504

Mara Lisiane Moraes dos Santos

Doutora em Ciências da Saúde; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: maralisi16@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6074-0041

Resumo: A educação permanente em saúde (EPS) é utilizada como estratégia para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, instituída através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no ano de 2004, tornando-se dispositivo de intervenção institucional. No entanto, apesar de mais de uma década da implantação desta política, observa-se dificuldades quanto à concepção e práticas de EPS no Brasil, com a adoção de práticas tecnicistas e instrumentalizadas nomeadas como EPS. Objetivo: Explorar o contexto teórico da PNEPS desde a sua implantação e o forjamento da concepção de EPS, como uma criação brasileira que carrega os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo por campo a Atenção Básica. Método: Foram realizadas buscas na literatura que traziam como tema a educação permanente em saúde e saúde pública, sem restrição quanto ao período de publicação. Conclusões: As produções indicam o uso indiscriminado do conceito de EPS, escolha por nomear EPS ações de educação continuada, desconhecimento da PNEPS por parte de gestores, trabalhadores e usuários. No entanto, é possível observar que não há problematização dos dados coletados, assim como não os coloca em análise histórica, movimento proposto neste ensaio.

Palavras-chave: Atenção básica; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Educação Permanente.

Abstract: The Permanent Health Education (EPS) is used as a strategy for the transformation of professional practices and the organization of work itself, instituted through the National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS) in 2004, becoming a device for institutional intervention. However, despite more than a decade of implementing this policy, there are difficulties regarding the conception and practices of EPS in Brazil, with the adoption of technical and instrumentalized practices named as EPS. In this sense, this essay aims to explore the theoretical context of PNEPS since its implementation and the forging of the concept of EPS, as a Brazilian creation that carries the principles and guidelines of the Unified Health System, with Primary Care as its field. Literature searches were carried out with the theme of permanent education in health and public health, without restrictions on the period of publication. The productions indicate the indiscriminate use of

the concept of EPS, conceptual confusion between EPS and continuing education, ignorance of PNEPS by managers, workers and users. However, it is possible to observe that there is no problematization of the collected data, as well as not placing them in historical analysis, a movement proposed in this essay.

Keywords: Primary care; Family Health Strategy; Unified Health System; Permanent Education.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a proposta de reestruturar o modelo de atenção à saúde, com centralidade nos princípios de universalidade no acesso, equidade, integralidade na atenção e participação popular na gestão, para contrapor-se ao modelo de atenção vigente.¹

Neste sistema a Atenção Básica (AB) em saúde é a principal porta de entrada, sendo reorientada na perspectiva das políticas do SUS, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo por desafio o desenvolvimento e a qualificação progressiva de ações de cuidados integrais individuais e coletivos voltados para as famílias adscritas, respondendo aos preceitos e diretrizes do SUS.² A ampliação do conceito de saúde que ordena as ações e serviços, a diretriz da integralidade e o reconhecimento de condicionantes e determinantes das condições de saúde com atuação nos territórios colocou à AB o desafio de compreender e intervir nas complexas condições em que vivem e trabalham as pessoas.^{3, 4}

A AB representou um novo modelo de saúde centrado no usuário, a partir do princípio da integralidade do SUS, onde a formação dos profissionais de saúde necessitava ir ao encontro com a organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado.⁵ Essa nova realidade colocou em evidência a escassez dos setores de formação para atender às necessidades de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa.⁶

Assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁷ foi criada como estratégia educativa para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tornando-se dispositivo de intervenção institucional para o SUS. Deste modo, a Educação Permanente em Saúde (EPS), como aprendizagem no/pelo trabalho, constituiu-se, ao mesmo tempo, numa proposta pedagógica e numa política de aprendizagem para a travessia de fronteiras entre a complexidade da produção da saúde, as características atuais da formação profissional e o desenvolvimento do trabalho.⁸ Com o passar dos anos, as ferramentas produzidas a partir da PNEPS

tomaram diversas formas e intencionalidades, fazendo com que, paralelamente, a EPS como concepção, fosse forjada com características próprias.

A AB se mostra campo privilegiado para a EPS, considerando seu papel de referência a todas as redes de atenção, sobretudo aos serviços especializados e com maior densidade tecnológica, mas com menor conexão aos territórios em que a saúde se produz. Usar das ferramentas previstas na EPS no apoio ao desenvolvimento do trabalho ajuda os atores da AB no enfrentamento dos problemas, com toda a complexidade que a atuação nesse lugar de cuidado carrega, sobretudo na interação com territórios concretos e problemas multideterminados. Assim, a EPS não pode ser reduzida a abordagens instrumentais e tecnicistas, que não consideram o território, as singularidades de cada usuário e as forças que atravessam cada sujeito que circula e produz os territórios concretos da vida, como religião, família, trabalho, cultura, renda, acesso, entre tantos. Sobretudo em um momento pandêmico, em que produzir cuidado se mostra extremamente necessário (talvez como nunca visto antes), tanto entre trabalhadores, e entre trabalhadores e usuários.⁹

Contudo, passada mais de uma década da implantação desta política, observam-se dificuldades quanto à concepção e práticas de EPS no Brasil, com a permanência de ações tecnicistas e instrumentalizadas, tal qual nos processos de educação continuada que são clássicos no trabalho em saúde,⁵ agora nomeadas como EPS.

Assim, a proposta deste ensaio não é colocar em oposição a EPS e educação continuada, acredita-se que este fato já está enfrentado, devendo-se considerar o campo e as disputas que atravessam esta política e o modo de fazê-la. Compreende-se que a gestão das aprendizagens no trabalho, incluindo processos de reconhecimento, podem ser do âmbito da EPS, desde que não prescritos externamente ao próprio processo de trabalho, mas identificados como necessidades pelos atores do cotidiano.⁴ Deste modo, o artigo estruturado como ensaio teórico, a partir de uma revisão crítica, problematiza as produções sobre o campo da EPS publicados em bases de dados virtuais, a partir do percurso da PNEPS e da construção singular da concepção de EPS no Brasil.

Metodologia

Para isso foram realizadas buscas na literatura, no período de abril/2019 a outubro/2020, em bases de dados eletrônicos, sendo: *PubMed*[®], *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, *Google Scholar*, Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores “educação permanente em saúde AND saúde

pública”, “educação permanente”, “educação continuada AND saúde pública”, “educação permanente AND revisão de literatura”, em idiomas português e inglês; sem restrição quanto ao período de publicação, sendo analisadas 107 publicações, incluindo artigos, dissertações, teses e livros. O sítio eletrônico do Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS e, portanto, do processo de implementação das políticas associadas ao sistema em âmbito nacional, também foi utilizado para consulta.

Resultados/Discussão

Histórico da educação permanente em saúde no Brasil

Desde 1919 é possível encontrar citações sobre educação permanente no campo da saúde; à época relacionada principalmente à educação de adultos, devendo ser realizada ao longo da vida,¹⁰ que permitia pensar nas aprendizagens sobre a saúde no contato com os serviços de saúde.³ Ou seja, o que estava em questão no nascedouro do conceito era desnaturalizar a infância e a adolescência como o tempo por excelência da aprendizagem, que também poderia ocorrer ao longo da vida. Na década de 60, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) orientou que os adultos fizessem uma autoeducação permanente, pois as profissões evoluíam rapidamente e muito poderia se aprender na troca de experiências.¹¹ Na década de 70, a expressão “educação permanente” já havia alcançado o patamar de “futuro da educação no mundo”¹² e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciava debates para discutir a reorientação dos processos educacionais em saúde, valorizando as vivências e práticas.¹³

Na XIX Conferência Sanitária Panamericana ficou evidente a necessidade de apoio dos mecanismos de cooperação multilateral aos governos em seus esforços de planejamento, implementação e melhoria dos mecanismos que permitissem a atualização permanente dos profissionais da saúde¹⁴. E, neste mesmo caminho, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) de 1986 e 1992 trazem registros da necessidade de a formação atender as demandas do cotidiano do trabalho, tendo o trabalhador como peça fundamental para as mudanças necessárias nos modos de se produzir saúde.^{14, 15}

Em 1996 é sugerida a criação de programas de educação continuada e incentivo dos trabalhadores da saúde pelo ministério, secretarias estaduais e municipais.¹⁶ Então, em 2003 foram estabelecidas diretrizes para uma política nacional de formação e desenvolvimento para o Sistema

Único de Saúde e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com a responsabilidade da inserção da política de educação permanente nos serviços de saúde e da indução para formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores.¹⁷

No ano de 2004 é sancionada a Portaria nº 189/GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, utilizando-se de três estratégias no intuito de garantir a sua implantação: os pólos/rodas de EPS, formação de facilitadores e rede de municípios colaboradores.⁷ Aqui, as produções internacionais sobre os tempos e conteúdos de aprendizagem ao longo da vida e no contato com a saúde encontram as produções brasileiras do campo da educação popular, que apontam, ao mesmo tempo, aspectos metodológicos, sobretudo o uso da ludicidade como estratégia de envolvimento e mobilização do pensamento pragmático, e epistêmicos, sobretudo a mobilização de redes de saber local.⁸

Esta nova política coloca a formação dos trabalhadores e o desenvolvimento do trabalho em destaque no SUS, requerendo trabalhadores que aprendam a aprender, comprometidos com a gestão da integralidade e do cuidado humanizado, dedicação ao ensino, produção de conhecimento implicada com as práticas de cuidado e alta possibilidade de controle social.¹⁸ Essa formulação encontra sintonia com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde, que também deslocam parte da aprendizagem para o cotidiano complexo do trabalho, sobretudo na atenção básica. No sentido da aprendizagem situada no cotidiano e a partir da construção do ideário do SUS, a política nacional assim descreve os atravessamentos necessários à sua realização:

[...] explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde [...] reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.¹⁹

Essa proposta deveria avançar e alcançar todos os atores envolvidos no fortalecimento do SUS, então, em 2006,²⁰ é instituída a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social. Em 2007, nova Portaria, de nº 1.996,²¹ é publicada com o intuito de estabelecer novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, alinhando ao pacto pela saúde, descentralizando e regionalizando as ações.

Em 2014, outra Portaria, de nº 278²² é publicada, instituindo diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, através do Plano de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde. Três anos depois, em 2017, a Portaria

nº 3.194²³ dispôs sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), tendo por objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Apresentando-se como uma tentativa de fortalecer os estados e municípios na implementação da PNEPS, após mais de uma década de sua implantação; incluindo um incentivo financeiro aos municípios que possuíam equipes de Atenção Básica.²⁴

Nas primeiras publicações formais, a formulação dava centralidade aos princípios organizativos e doutrinários do SUS, de construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade e participação popular, orientando a construção dos analisadores da EPS: gestão, atenção, controle social e ensino.^{25, 26} A referência epistemológica inclui uma síntese entre eles e os movimentos de aprendizagem complexa, com a figura do quadrilátero da formação:

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde [...] propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados. ^{5, p. 59}

Nas últimas publicações formais, a ênfase está nos instrumentos formais de planejamento e organização dos registros das práticas, o que acabou por induzir um imaginário mais associado à lógica formal da administração, esvaziando a potência inicial de aprendizagem no/pelo trabalho, reaproximando a indução aos processos prescritos de formação temática. Não é sutil essa diferença, se analisarmos a dimensão micropolítica envolvida. Os analisadores de um processo educativo podem carregar a potência de expor o trabalho vivo em ato,²⁵ se nestes processos o trabalhador estiver posicionado como protagonista, gerando condições e capacidade para problematizar sobre si mesmo e a sua produção de cuidado (vida e morte) individual e coletiva; implicando atores, ampliando e abrindo espaços relacionais, conscientes de que educação e trabalho são indissociáveis, pois a prática atualiza conhecimento que gera sentidos.²⁶ Ou podem carregar a lógica burocrática e formal, se os analisadores estiverem focados nas metas físicas, no volume de temáticas dos programas e na “atualização” do conhecimento. Esses lugares também falam da especificidade da atenção básica, que têm o reconhecimento da condição de complexidade na primeira opção, fortemente visível nas edições iniciais da política, e colocada numa condição de

produção em escala e de eficiência produtiva, quando o que interessa é “treinar os recursos humanos”.⁵ A diferença ficará mais explícita na dimensão conceitual da análise.

Isso é o que está registrado em documentos oficiais e artigos publicados, uma narrativa contada em linha reta, até o momento da produção desse manuscrito. Logo, é necessário dizer que não foi identificada na literatura uma perspectiva genealógica dos movimentos e processos que permearam a criação e manutenção da PNEPS. Esta ausência demonstra que a história é estabelecida por quem a conta, com todas as suas lacunas, intenções e escolhas. Assim, o que está visível pode ser considerado limitado, pois certamente não dá visibilidade e dizibilidade a “histórias que não aparecem na história oficial e que ocorreram durante todo o processo”¹.

Conceituação da educação permanente em saúde no Brasil

Embora a expressão educação permanente tenha começado a circular na década de 60, em produções da UNESCO, para embasar um projeto no qual o homem era considerado o agente de sua própria educação por meio da interação permanente de suas ações e reflexões,²⁷ o caminho para o conceito brasileiro seguiu por outros rumos. Freire²⁸ definiu a educação como um processo de mediação emancipatória, que possibilita a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido, tal como na educação bancária, que apenas transmite conhecimento sem questionamentos. A postura crítico-reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise dos problemas e foi a partir dessa concepção que a EPS foi associada ao desenvolvimento do trabalho, com mudanças construtivas nas modelagens produzidas na dimensão micropolítica do trabalho.

A EPS é uma construção brasileira, com características próprias, desenhadas a partir dos princípios do SUS, na qual há diversos entendimentos no meio acadêmico sobre seu conceito, gerando dificuldades de compreensão, repercutindo na aplicação ou vivência nos serviços.²⁹ Inicialmente, é importante se fazer uma distinção entre o que é educação permanente, como aprendizagem no/pelo trabalho, e continuada, como reconhecimento/atualização dos trabalhadores. Ribeiro e Motta³⁰ entendem que a educação continuada pretende contribuir para a reorganização dos serviços de saúde através da atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar condições para que este conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços. Já a EPS tem por objetivo a transformação do processo de trabalho, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde.

Ceccim¹⁸ compreende a EPS como uma estratégia pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas, e Ezequiel *et al.*³¹ entendem como estratégia para o desenvolvimento de ações educativas que refletem no processo de trabalho e serviços de saúde.

Diante das definições que interagem entre si, a educação permanente pode aqui ser entendida como

(...) aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.^{32, p. 20}

Assim, a EPS não se restringe às práticas profissionais, ela diz intrinsecamente das transformações das pessoas posicionadas no campo do trabalho em saúde, é processo crítico-reflexivo, é desejo, mobilização do ser humano em permitir-se estar em constante construção e desconstrução. Nesse sentido, aloca à atenção básica a potência de transformar as modelagens tecnoassistenciais no território e não apenas produzir ganhos de escala e racionalização de fluxos de acordo com as normas e protocolos disponíveis.

Atenção básica em saúde e educação permanente em saúde

A temática da atenção à saúde nos territórios e em proximidade com a produção de vida e saúde das pessoas é uma temática relevante no debate das modelagens tecnoassistenciais em saúde e, no Brasil, teve diversas estratégias implementadas ao longo dos anos no SUS. Como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), criado em 1991, que tinha por objetivo prevenção de doenças orientando e informando sobre cuidados de saúde, e o Programa Saúde da Família criando a possibilidade de integrar e promover a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.³³

Ressalta-se que a proposta da ESF é reorganizar as condutas tradicionais, tendo a família como sua unidade de atuação e objeto de atenção, reconhecendo os determinantes sociais, comprometendo-se com a prevenção e solução dos problemas de saúde da comunidade, realizando atividade de educação permanente em saúde.³⁴

Contudo, observa-se a insuficiência da formação profissional em atender às competências profissionais exigidas para a ESF,⁶ emergindo a necessidade de se discutir, no cotidiano do trabalho, os processos que permeiam o cuidado em saúde, favorecendo a aprendizagem-trabalho, ou seja, a educação permanente, e superando a lógica fragmentada da formação.

Heimann *et al.*³⁵ descrevem que a EPS na AB é considerada importante por associar-se à busca pela garantia de princípios básicos do SUS, considerada como espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde, desde os profissionais aos usuários.

Assim, a AB se mostra espaço ímpar e potente para o desenvolvimento da EPS, pois articula ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento, além de ordenar os serviços da rede.³⁶ É na atenção básica que o trabalho se depara com condições de maior complexidade e normalmente menor densidade tecnológica disponível, reivindicando um trabalho vivo e criativo, com uma configuração tecnológica mais aberta e flexível, mas embasada em evidências do conhecimento prévio e de conhecimentos sistematizados no seu cotidiano.⁸

Corroborando para isso, há um foco maior em políticas do Ministério da Saúde, sobretudo até 2016, para que a AB fosse priorizada com relação às práticas de EPS.³⁷ No entanto, o enfoque e incentivo ainda pode ser aprimorado,³⁸ tendo as equipes de AB como as principais ordenadoras deste processo. Inclusive, sendo recomendável que os recursos da AB sejam utilizados em ações de EPS, visto que estas teriam um possível retorno com as alterações das práticas de trabalho que são responsáveis pelas mudanças nos processos de saúde. Entretanto, os suportes financeiros diretos se mostram insuficientes.³⁹ Assim, o destaque aqui é para a dimensão micropolítica do trabalho, para o fazer cotidiano no encontro entre os sujeitos, não apenas para os efeitos dos conteúdos das políticas oficiais nos sistemas, serviços e, mesmo, no trabalho em saúde. Ao colocar a dimensão micropolítica como prioritária para o desenvolvimento do trabalho, tomam centralidade os encontros e as aprendizagens que são desenvolvidas em ato.

Fica evidente na associação entre “desenvolvimento do trabalho” e “atenção básica” na literatura que, se há maior complexidade na produção da saúde nos territórios onde a vida acontece, há que ter uma configuração tecnológica embasada na aprendizagem em ato, sintetizando conhecimentos a partir de diferentes saberes e da relação com o próprio contexto. Assim, além de protocolos e normas de orientação geral, a aprendizagem no/pelo trabalho é um dispositivo fundamental, sobretudo se considerarmos, como nos propõe Merhy⁴⁰ que as tecnologias para o trabalho em saúde são enlaces históricos e temporais entre o conhecimento e a própria realização do trabalho.

As estratégias apresentadas variam desde a reflexão em equipe sobre o trabalho (as “rodas” em rede); o matriciamento entre serviços e com a gestão; as redes de conversação entre serviços e com os diferentes atores que se envolvem na produção de saúde nos territórios; as alianças entre

o ensino e os serviços; certos modos de interação entre o trabalho e a participação das pessoas e movimentos no entorno dos serviços; a vivência dos momentos de crise como parte do trabalho; entre outros dispositivos produzidos no cotidiano do trabalho pelas próprias equipes ou como parte da política de gestão do trabalho dos serviços ou sistemas locais de saúde. E esses dispositivos estão associados aos momentos de implementação da política no âmbito nacional.

Educação permanente em saúde – revisão crítica das publicações em periódicos nacionais

A educação na saúde vem sendo desenvolvida por um amplo investimento institucional, principalmente na década dos anos 2000, disparado a partir do Ministério da Saúde.⁴¹ Onde a PNEPS é tida como uma prática em experimentação, em uma proposta coerente com os desafios de formar recursos humanos para o SUS, de implantar uma gestão do trabalho e da educação com vigor de política pública comprometida com a formação e o desenvolvimento profissional, e de superar as políticas de educação profissional voltadas para o trabalho na indústria, historicamente implementadas no Brasil.

Este cenário acaba por desencadear novos perfis de trabalhadores e de gestores de ações, serviços e sistemas de saúde⁵ que muitas vezes não vão ao encontro com as experiências apresentadas nas produções científicas, ficando apenas no desejo.

Peduzzi *et al.*⁴² colocam a necessidade de ampliação do debate em torno da EPS como política pública. Em um discurso que ganha reforço com Peres, Silva e Barba⁴³, ao destacarem que a implementação da EPS em todo o território nacional deveria se dar como uma política pública de Estado. No entanto, é desenvolvida como política de governo, em que os interesses individuais dos atores, tais como barganha de recursos financeiros pelas escolas para executarem projetos de cursos, gestores lobistas quanto ao financiamento de ações que privilegiem seus interesses e dos municípios que gerenciam, e não os dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto não há um plano, mas observam-se ações verticalizadas, ausência de profissionais dedicados a EPS e incompreensão do que seja a PNEPS pelos atores e, principalmente, pelos gestores.⁴⁴

Silva *et al.*⁴⁵ demonstram que o não domínio da política acaba por retratar a EPS vinculada a momentos assistemáticos, não contínuos e de base tecnicista, desarticulados do processo de trabalho, aproximando-se das características da educação continuada, em geral mecanizadas, enquadradas em técnicas verticalizadas e descontextualizadas da prática profissional, fragmentando mais o trabalho, por meio da aquisição de técnicas individualizantes.⁴⁶ Mas, ao falar

sobre a política é importante compreender como ela foi forjada ao longo dos anos, e quais ferramentas foram utilizadas para conduzi-la. Assim, é preciso fazer perguntas ao correlacionar o “não domínio da política” por gestores e trabalhadores ao “retrato de ações mecanizadas e fragmentadas”, quando o próprio Ministério da Saúde se propôs a induzir cursos e qualificações tecnicistas dentro da PNEPS.

Ao se falar sobre a concepção de EPS, a pesquisa de Bonfim *et al.*⁴⁷ demonstra que o conceito de EPS sofre com a falta de apropriação, sendo definida por gestores e trabalhadores como um processo de qualificação profissional por meio da formulação de conhecimento. Ou seja, se aproxima da concepção de atualização de saberes.

A gestão colabora para a perpetuação de práticas que se aproximam da mera atualização de saberes,⁴⁸ ofertando prioritariamente cursos e treinamentos específicos aos trabalhadores.⁴⁹ Paralelamente, não apoia o desenvolvimento de ações e competências dialógicas, democráticas, reflexivas e de atitude proativa.⁵⁰

Autores destacam o desconhecimento da política e das práticas em EPS, com a equiparação entre o conceito de EPS e educação continuada,⁵¹ uso do conceito de EPS de forma indiscriminada e equivocada, em que se perpetuam ações com características de educação continuada, com o predomínio de ações técnicas e de atualização do saber,^{14, 42} através de cursos, treinamentos e capacitações.⁴⁹ Ações pontuais, com conteúdos centralizados e padronizados, de acordo com cada categoria profissional também são observadas sendo nomeadas como EPS.⁵²

Ações de educação em saúde para a comunidade e promoção da saúde e prevenção da doença também foram relacionadas à EPS, mesmo não sendo capazes de gerar processos efetivos de reflexão-ação-reflexão no cotidiano do trabalho.⁵³ Essas constatações não levam em consideração o campo de disputa da EPS, assim, faz-se necessário problematizar as práticas formativas identificadas nas publicações, não meramente como uma suposta confusão conceitual, mas sobretudo como um campo em disputa, com a escolha intencional por nomear ações de educação continuada como EPS.

Rocha, Bevilacqua e Barletto⁵⁴ concluem que os profissionais da ESF de nível superior consideram que cursos e capacitações não são capazes de produzir transformações nas práticas nos serviços de saúde, e que não há reflexo das ações educacionais nas atividades das equipes, com alguma orientação à realidade da comunidade, sem, no entanto, realçar mudanças consistentes nas práticas tradicionais.

Assim, a EPS desenhada sob uma perspectiva contra-hegemônica da saúde (ou seja, uma formação crítica e emancipadora), aparece em um caráter predominantemente técnico e limitado quanto às mudanças na direção intelectual e moral no âmbito das organizações de saúde, gerando contradição e dialética.⁵⁵ Deste modo, a partir da lógica hegemônica instalada, observa-se como maiores dificuldades a serem enfrentadas, segundo Fernandes e Rossit:⁵⁶ desenvolvimento de competências para o SUS, gestão na perspectiva do preparo contínuo, transformação das práticas, melhoria da qualidade da assistência, formação de profissionais críticos, reflexivos, proativos, disponíveis para o trabalho em equipe e prática colaborativa, proporcionando a efetividade dos serviços no âmbito da saúde nos diferentes cenários de atuação.

Merhy²⁶ propõe que não há necessidade de intencionalidade para que a EPS aconteça, sendo ela um afetar-se informal do saber e práticas do outro, que vai de encontro com a produção de saberes. Contudo, deve-se destacar que o sofrimento psíquico vivenciado pelos trabalhadores pode ativar mecanismos de defesa ou enfrentamentos que repercutem desfavoravelmente nas relações de trabalho, dificultando que a EPS ocorra de forma espontânea.⁵⁷ Neste sentido, faz-se necessária a reflexão sobre a criação (ou apropriação) de espaços coletivos que oportunizem as trocas de experiências, com um planejamento menos rígido, e que favoreça a incorporação da EPS no cotidiano do trabalho e na produção de cuidado.

Merhy e Feuerwerker⁵⁸ relatam haver uma ausência evidente nas pesquisas: o usuário. Ravazine e Ribeiro²⁶ também relatam a ausência de publicações que comentem sobre o controle social como um pilar que sustente o agir do usuário do SUS. Rolim, Cruz e Sampaio⁵⁹ descrevem a dificuldade da população em exercer o controle social, por meio da participação popular nos espaços diversos como reuniões nas unidades de saúde, conselhos, conferências e das audiências públicas, assinalando a falta de interesse de alguns na divulgação dos direitos que as classes sociais possuem. Por sua vez, Silva, Novais e Zucchi⁶⁰, retratam a falta de condução e envolvimento com a PNEPS pelos conselhos de saúde, e a ausência de práticas de EPS entre os conselheiros, considerando uma responsabilidade inalienável, devendo haver uma atenção suficiente nas agendas e rotinas para com a EPS, como parte fundamental da efetividade do monitoramento dos conselhos e deliberação das políticas públicas de saúde.

Malfitano e Lopes⁶¹ vão discutir o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que adquire característica social militante nas comunidades, no momento em que buscam com a equipe soluções aos problemas que a comunidade lhes apresentou; onde as práticas de EPS junto aos ACS tem se mostrado eficiente para adoção de um trabalho colaborativo, crítico-reflexivo.⁶² A questão

é que essa participação da comunidade, viabilizada pelo ACS, parece ser a única via de participação da população na promoção da saúde.

Assim, a EPS algumas poucas vezes tem sido usada como

(...) estratégia para ampliar os encontros, “a superfície de contato” e de produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados (não somente entre os profissionais, mas também entre profissionais e usuários), que levem em conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida.^{58, p. 7}

Vendruscolo *et al.*⁶³ acreditam que a integração ensino-serviço está se consolidando como ponto favorável, no sentido de valorizar o sujeito (docente, trabalhador, gestor ou usuário) no processo de atenção e cuidado, com vistas à melhoria da qualidade da produção e atenção à saúde. No entanto, é preciso apoio efetivo dos sujeitos e das instituições na consolidação dos espaços necessários para a formação e educação permanente, além da apropriação e monitoramento por parte das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

Neste sentido, observa-se nas próprias Comissões de Integração Ensino-Serviço, que deveriam conduzir a política regional de educação permanente em saúde, a fragilidade na clareza do que seja a EPS e a sua importância para a qualificação do trabalho e dos serviços.³⁷ Dificultando que instituições de ensino e o SUS problematizem as organizações em saúde, o ensino e a formação, construindo coletivamente significados e práticas em saúde.⁶⁴

Fazer EPS é refletir as práticas profissionais nos serviços de saúde, no âmbito da gestão e do cuidado. E, quando isso não acontece abre espaço para a reprodução de práticas de cuidado⁶⁵ e formas de pensar enraizadas no modelo hegemônico curativista, médico centrado, enxergando a saúde como mercadoria, em que o cuidado tende a não considerar as necessidades das pessoas, colocando o usuário em uma posição passiva.

Além disso, a realidade é mutável exigindo que se façam constantes reflexões advindas do cotidiano do serviço entrelaçando-as com o ensino, gerando espaços de discussão de processos e transformação das práticas.⁶⁶ Sem isso, as decisões com relação à gestão do trabalho ficam desconexas do planejamento da atenção em saúde, dissocia-se planejamento e educação em saúde,⁶⁷ há confusão na definição de ações e dificuldades para o desenvolvimento do trabalho colaborativo e das competências para a interprofissionalidade. Tendo como resultado um rol de ações educativas imediatistas, de interesses externos e diversos, completamente dissociadas das necessidades dos trabalhadores e usuários.⁶⁸

Considera-se que ao estabelecer a produção contínua da EPS, a avaliação deveria ser inerente ao processo.⁶⁹ Neste sentido, a incorporação das dimensões do monitoramento e da

avaliação devem ocorrer no processo de implementação desta política, na medida em que permitem que os resultados sejam revistos e que possíveis alterações no curso das ações possam ocorrer de forma a se adequarem às realidades locais, o que não é detectado.⁵³

Até aqui se observa que as produções ainda não dão conta de identificar todas as lacunas ou mesmo propor soluções para as lacunas já identificadas. Observa-se que não há aprofundamento nas discussões que possam problematizar de forma substancial a EPS no cotidiano dos serviços, como produção de potência de vida. Há um limite nas produções que precisa ser superado; e, que pode estar intrinsecamente atrelado ao modo hegemônico de se pensar o campo saúde-educação.

Considerações finais

Observa-se que essa PNEPS ainda é um desafio, com poucos avanços e grandes oscilações de orientação desde a sua criação, mesmo sendo significativos, como o reconhecimento de uma política para a educação em e na saúde. A EPS é compreendida como um dispositivo potente para a concretização da AB, produzindo novas formas de pensar e agir, com desenvolvimento de consciência crítica, refletindo, então, possíveis novos modos de se produzir saúde e de se organizar os processos de trabalho, os serviços de saúde, a formação profissional, a gestão e o controle social. As mudanças na orientação da política nacional, desde a primeira edição em 2004, associam de forma oscilante a EPS e o desenvolvimento da AB, sobretudo quando se considera a grande complexidade em que se realiza o trabalho situado nos territórios, que requerem o desenvolvimento de saberes locais e de aprendizagens contextualizadas. Quando considerada somente a oferta de atualizações de conhecimento e treinamento, a EPS perde a potência do conhecimento significativo e da aprendizagem situada e empobrece as contribuições a AB, tornada apenas um lugar de racionalização dos fluxos e de desordem/resistência à implementação de protocolos e normas.

Neste sentido, é imperativo o desenvolvimento de pesquisas que compreendam o processo de implementação desta política, a concepção de EPS, as relações que o permeiam, os atores envolvidos, o jogo de poder, dar visibilidade ao invisível. Bem, como é preciso reconhecer que os artigos produzidos apresentam resultados que convergem para a percepção de que, na prática, a EPS está descaracterizada, distorcida e até corrompida, no entanto, as produções sobre esse campo não aprofundam o debate e tampouco propõem alternativas para outros modos de se incorporar a EPS no cotidiano dos serviços de saúde. É importante e necessário colocar toda a produção em

análise, fazendo perguntas para o que está exposto, correlacionando com o contexto histórico e político.

O exercício empírico do ensaio demonstra, com isso, que há um déficit de desenvolvimento da política, com oscilações epistêmicas relevantes no embasamento das orientações federais ao longo dos anos e traduções locais diversas, mas também um déficit epistêmico nos estudos desenvolvidos, normalmente feitos a partir de análises contemplativas de experiências empíricas. O desafio da travessia de fronteiras epistemológicas nos estudos sobre a EPS parece sinalizar a necessidade de estudos com maior capacidade de aliança entre os fazeres do cotidiano dos sistemas e serviços e os fazeres da ciência institucional. Nesse sentido, parece oportuno desenvolver estudos que se deixem impregnar pelo desafio de aprender no cotidiano, com a ciência também disposta à educação permanente como aprendizagem no/pelo fazer.

Notas

¹Texto usado como disparador para o debate do Microvetor “Genealogia da Lei” no 1º Encontro Nacional da Rede “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”. Construído a partir dos áudios das discussões ocorridas durante os encontros da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde.

Referências

1. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVIII, n. 181, p.18055-18059, 19 set. 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CXLVIII, n. 204, p. 48-55. 24 out 2011.
3. Padilha M. Apresentação / Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde. In: Ferla AA, Torres OM, Baptista GC, Schweickardt JC. (orgs.). Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, série Vivências em Educação na Saúde.
4. Ferla AA et al. Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde: interações e ações. In: Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, série Vivências em Educação na Saúde.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, p. 41-65, abr./maio. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

6. Machado JFFP, De Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação permanente no cotidiano da atenção básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 39 (104): 102-113, jan./mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040223>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CXLI, n. 32, p. 37, 16 fev. 2004.
8. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
9. Ferla AA et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. *Saúde em Redes*. 2020;6(Supl.2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>
10. Dawson L. Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 (Lord Dawson of Penn). Present to parliament by command of his majesty. Ministry of health, 1920.
11. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Segunda conferência mundial de educação de adultos. Paris: Unesco; 1963.
12. Faure E et al. Aprender a ser: la educación del futuro. 2nd. Madrid. Alianza editorial, S. A. e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Paris. 1973.
13. Haddad JQ, Mojica MJ, Chang MI. Processo de educación permanente em salud. *Educación Médica y Salud*, 1987; n. 21, p.11-29.
14. Silva LAA da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 38 (1): 1-8, mar./2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. 1992. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf. Acesso em 12/10/2020.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. 1996. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/10conferencia.pdf>. Acesso em 12/10/2020.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Afiramar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. *Diário oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CXLI, nº 25, p. 62, 05 fev. 2004.
18. Ceccim RB. Réplica. *Interface*, Botucatu, 9 (16): 175-177, set./fev. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100016>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2004.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 363, de 11 de agosto de 2006. Aprovar a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS, para implementação nas três esferas de Governo - Federal, Estadual e Municipal. *Diário oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CXLIII, n. 172, p. 76-77, 06 de setembro de 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CXLIV, n. 162, p. 34, 22 ago. 2007.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CLI, n. 42, p. 59-60, 28 fev. 2014.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no sistema único de saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CLI, n. 229, p. 141., 30 nov. 2017.
24. Lemos FM, Silva GGA. Educação permanente em saúde: o estado da arte. Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde, Santa Cruz do Sul, 1(3): 207-213, jul/set. 2018. <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12867>.
25. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface, Botucatu, 9 (16): 172-174, sept./feb. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>.
26. Merhy EE. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes, Porto Alegre, 1 (1): 7-14, jul. 2015. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>
27. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Actas de la Conferencia General. In: 19a reunión Nairobi. Paris: UNESCO, 1976.
28. Freire P. Pedagogia do oprimido. Paz e Terra, 47 ed. Rio de Janeiro, 2005.
29. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 21(4): 1-10, aug 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>.
30. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulg. Saúde para Debate, Londrina, (12):39-44, jul. 1996. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317.
31. Ezequiel MCDG et al. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, 36 (1): 112-130, supl. 2, mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300017>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso: 10/10/2020.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso: 10/10/2020.
34. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no brasil: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 21 (5): 1499-1510, maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
35. Heimann LS et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na região metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 16 (6): 2877-2887, jun. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600025>.
36. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, 9 (2): 389-01, mai-ago 2007. <https://doi.org/10.5216/ree.v9i2.7173>.
37. Sena RR et al. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 38 (2): 1-7, 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64031>.

38. Merhy EE, Gomes LB. Colaborações ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente em saúde. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. (orgs.) A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 67-92. Disponível em <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas-epub>. Acesso: 10/10/2020.
39. Pinto HA. Política nacional de educação permanente em saúde: aprender para transformar. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. (Orgs.). A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 143–174. Disponível em <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas-epub>. Acesso: 10/10/2020.
40. Merhy EE Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).
41. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 12 (2): 379-401, maio/ago 2014. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200010>
42. Peduzzi M et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface*, Botucatu, 13 (30): 121-34, jul./set. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>
43. Peres C, Silva RF, Barba PCSD. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 14 (3): 783-801, set./dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016>.
44. Ximenes Neto FRG. Política de Educação Permanente em Saúde: impasses, desafios e possibilidades. 57ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira o Progresso da Ciência-SBPC. Fortaleza: SBPC, 2005, Anais, p. 1-6. Disponível em http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/franciscoximenesneto.htm. Acesso em 25/10/2020.
45. Silva LAA et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. *Rev Enferm UFSM*, Santa Maria (RS), 2 (3): 496-506, set./dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925364>.
46. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
47. Bomfim ES et al. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? *Res. fundam. care. online*, Rio de Janeiro, 9 (2): 526-535, abr./jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.526-535>.
48. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 12 (2): 425-441, ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200012>.
49. Mishima SM et al. Perspectiva de gestores sobre educação permanente em saúde em uma região do Estado de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 49 (4): 0665-0673, ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400018>.
50. Dolny LL et al. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, 3 (1): 15-38, jan./feb. 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n1-002.
51. Alves DM. A experiência da Educação Permanente em Saúde no município de Registro, São Paulo. 2019. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/D.108.2019.tde-23012020-133236. Acesso em: 31/10/2020.

52. Silva LAA et al. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min., Minas Gerais, 6 (3):2349-2361, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1027>.
53. Barcellos RMS et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 18:2(1-14) 19 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00260>.
54. Rocha NHN, Bevilacqua PD, Barletto M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 13 (3): 597-615, set./dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sjp00056>
55. Leite CM, Pinto ICM, Fagundes TLQ. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra- hegemonia? Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 18, supl. 1, e0025082, 16 mar 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>.
56. Fernandes JN, Rossit RAS. Educação permanente em saúde na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa: cenários e oportunidades de Transformação das práticas. In: Seiffert OMLB, Rossit RAS. (Org.). Educação Permanente em Saúde: Saberes, Trajetórias e Formação - Volume 2. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), 2020, p. 18-38. Disponível em <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58427?locale-attribute=es>. Acesso: 10/10/2020.
57. Ribeiro SFR, Heloani JRM. Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. Revista da RET, São Paulo, 4 (1): 79-96, nov. 2011. Disponível em <http://www.estudosdotrabalho.org/RevistaRET09.htm>. Acesso em 25/10/2020.
58. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gomberg E. (org.). *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. Salvador: Editora da UFBA; v. 1, p. 5-21, 2011. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4448009/mod_resource/content/1/TRABALHO2.pdf. Acesso em 25/10/2020.
59. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde debate, Rio de Janeiro, 37 (96): 139-147, jan./mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>.
60. Silva RCC, Novais MAP, Zucchi P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. Clinics, São Paulo, 75, published online 6 Jan 2020. DOI: 10.6061/clinics/2020/e1443.
61. Malfitano A. P. S.; lopes R. E. Educação Popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. Cadernos CEDES, Campinas, 29 (79): 361-372, set./dez. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622009000300006>.
62. Vallegas AB et al. A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista (S), 9(4), e129942962, 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2962>.
63. Vendruscolo C et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. Texto contexto - enferm., Florianópolis, 25(1): 1-7, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002530013>.
64. Ferreira L et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate, Rio de Janeiro, (43) 120: 223-239, may, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
65. Stroschein KA, zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 9 (3): 505-519, nov. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300009>.

66. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro 10 (4): 975-986, out./dez. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>
67. Lopes SRS et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comun. ciênc. saúde, Brasília, 18(2): 147-155, abr.-jun. 2007. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-484725>. Acesso: 10/10/2020.
68. Zinn GR. Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível [tese] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015, p. 147. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-11052015-154630/pt-br.php>. Acesso em 12/20/2020.
69. Cardoso M. C. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. Saude soc., São Paulo, vol. 21, supl. 1, p.18-28, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002>.

Como citar: Higashijima MNS. Educação Permanente em Saúde: colocando em análise a produção de conhecimento. **Saúde em Redes**. 2022; 8 (Supl1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p57-73

Recebido em: 22/03/2021

Aprovado em: 21/06/2021