

A Importância da Educação Permanente aos Trabalhadores da Saúde como Ferramenta para Transformação Social

The Importance of Permanent Education to Health Workers as a Tool for Social Transformation

DOI:10.34119/bjhrv3n6-282

Recebimento dos originais: 27/11/2020

Aceitação para publicação: 18/12/2020

Jaqueline Rocha Borges dos Santos

Doutora em Farmacologia, Universidade de São Paulo (USP)

Professora Adjunta, Departamento de Ciências Farmacêuticas - Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

Endereço: Rodovia BR 465, km 07 s/n, Centro Integrado de Ciências da Saúde (CICS), sala 7, Zona Rural, Seropédica - Rio de Janeiro (RJ), CEP. 23890-000

E-mail: jaquero.jr@gmail.com

Danyelle Loura Reis

Farmacêutica, graduada pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

Pós-graduanda em curso de Gestão em Saúde Pública e Privada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Endereço: Rua José Tunula, número 55, casa 6 - Boa Esperança, Seropédica - Rio de Janeiro (RJ), CEP. 23894-418

E-mail: danyelle.lreis@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Discutir a importância da educação permanente em saúde aos trabalhadores e profissionais da área, bem como a correlação com as práticas desenvolvidas e o impacto que pode causar na comunidade, se corretamente desenvolvidas.

Métodos: O trabalho consistiu em uma revisão da literatura por meio de um levantamento bibliográfico sistemático utilizando duas bases eletrônicas, Pubmed e Scielo, acerca de temas relacionados às práticas de saúde e reflexões sobre o envolvimento da comunidade na execução das mesmas.

Resultados: Foram selecionados 76 artigos para a elaboração dessa revisão, sendo vinte e cinco do Pubmed e cinquenta e um do Scielo. Constatou-se que muitas das práticas de educação em saúde executadas não possuem boa resolubilidade devido à forma com que são desenvolvidas. Em sua maioria são ações pontuais, de curta duração e de caráter impositivo, sem que o indivíduo seja levado à reflexão para ser capaz de gerar uma mudança de atitude definitiva. Transformar as práticas de saúde tem sido um grande desafio.

Conclusões: Faz-se necessário que as Instituições de Ensino firmem ações que proporcionem a integração ensino-serviço-comunidade promovendo essa inserção desde o início da graduação para o estudante entender a realidade existente, garantindo que as ações sejam mais efetivas e condizentes às necessidades locais, com uma atuação compromissada com o SUS.

Palavras-chave: política pública, educação em saúde, educação permanente, educação continuada, participação da comunidade.

ABSTRACT

Objectives: To discuss the importance of continuing education in health for workers and professionals in the area, as well as the correlation with the practices developed and the impact it can cause in the community, if properly developed.

Methods: The work consisted of a literature review through a systematic bibliographic survey using two electronic databases, Pubmed and Scielo, on topics related to health practices and reflections on the community's involvement in their execution.

Results: 76 articles were selected for the elaboration of this review, twenty-five from Pubmed and fifty-one from Scielo. It was found that many of the health education practices performed do not have good resolution due to the way they are developed. Most of them are punctual actions, of short duration and of an imposing character, without the individual being led to reflection to be able to generate a definite change in attitude. Transforming health practices has been a major challenge.

Conclusions: It is necessary that the Education Institutions sign actions that provide the integration between teaching, service and community, promoting this insertion since the beginning of the graduation for the student to understand the existing reality, ensuring that the actions are more effective and consistent with local needs. , with a performance committed to SUS.

Keywords: policy, health education, continuing education, continuing education, community participation.

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo a saúde foi abordada tendo como referência o modelo biomédico e hospitalocêntrico, isto é, baseado em métodos curativistas e procedimento-centrado. No entanto, as limitações envolvidas nesse modelo foram evidentes, contanto que a discussão passou a ser pautada na saúde e em sua promoção, com ampliação de conceitos, não apenas com enfoque curativo mais sim em todos os fatores e características que interferem na qualidade de vida do indivíduo (1).

No Brasil, esse conceito ampliado de saúde começou a ser discutido a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986, fruto de uma mobilização social, que veio a contribuir como um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Esta foi a primeira Conferência deste cunho em que se associou a garantia da saúde como sendo parte dos demais direitos humanos, garantindo, portanto, um direito social irrevogável (2).

Neste mesmo ano, em 1986, houve a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde realizada em Ottawa (Canadá), com a participação de 35 países. Nesta Conferência foi aprovada a “Carta de Ottawa”, que passou a ser referência quanto ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde ao cenário mundial. Na carta está declarado que para a Promoção da Saúde ter a abrangência e a efetividade desejadas e alcançadas, deve haver um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (3).

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve a sua base lançada na 8ª CNS e, por meio da Constituição Federal de 1988, a promoção da saúde foi diretamente referida no artigo 196, da seção II, do capítulo II e do título VIII, com a seguinte redação:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁽⁴⁾.

No entanto, entende-se que é preciso conceder autonomia ao sujeito para que ele seja capaz de ser coparticipante deste processo e traga mudanças tanto em sua vida quanto à comunidade em que vive. Esse quadro só será possível se o sujeito entender que ele possui papel fundamental nesta transformação e for ensinado e estimulado para tal, na busca por mais dignidade e qualidade de vida. Para isso, é necessário que exista alguém nesse papel de educador e, neste contexto, é o profissional da saúde que assume esse papel e torna-se facilitador nesse processo (5). Dessa maneira, a educação permanente em saúde apresenta um papel potencial transformador no intuito de assegurar a qualidade e a efetividade das práticas adotadas (6).

Atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”, estando assim de acordo com o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS (7-9).

Deste modo, o objetivo deste trabalho foi abordar aspectos relacionados com a prática da educação permanente aos trabalhadores da saúde, tendo como base as políticas públicas associadas ao tema, e dissertar sobre as construções cotidianas bem como os desafios à adoção da educação permanente como parte integrante e aplicada à relação entre profissional da saúde e usuário a fim de ressaltar a importância de utilizá-la como ferramenta para transformação social.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Busca bibliográfica e critério de inclusão

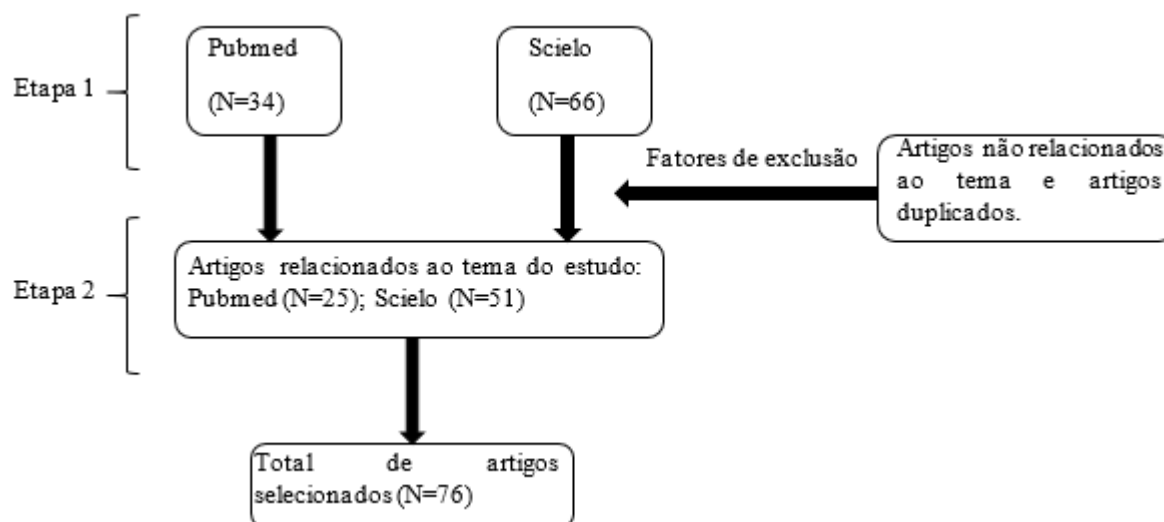
A estratégia de busca constituiu em pesquisa nas seguintes bases eletrônicas: Pubmed e Scielo. Para cada base foram elaboradas estratégias de busca utilizando termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) entre os meses de julho e novembro de 2019 incluindo artigos originais, artigos de revisão, ensaios clínicos e relatos de casos, publicados em inglês e em português, sem restrição do período de publicação. Para a busca dos artigos utilizamos os descritores padronizados pelos DeCS: *prática, practice; saúde, health; informação, information;*

educação, education; ensino, teaching; aprendizagem, learning; educação em saúde, health education; sistema único de saúde, unified health system, política pública, public policy. Esses descritores foram combinados com os operadores booleanos “E” ou “AND”. Foram excluídos desse trabalho, monografias e dissertações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados Pubmed foram encontrados 34 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão. Após a leitura dos títulos e dos resumos de todos os artigos encontrados, verificou-se que somente 25 artigos foram do interesse do estudo. Na base de dados Scielo, foram encontrados 66 e selecionados 51. No total foram utilizados 76 artigos para a elaboração dessa revisão narrativa, conforme mostra a figura 1. Os principais motivos para a exclusão dos artigos foram: artigos não relacionados ao tema e artigos duplicados.

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos.



O presente estudo identificou que a maneira como se dá a educação em saúde aos profissionais e trabalhadores da área impacta diretamente na forma com que eles reproduzem suas práticas com os usuários do sistema, fruto este de uma defasagem no processo de ensino-aprendizagem desde o início da formação profissional, nas Instituições de Ensino. Foi identificado também que a mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em saúde, entre os anos de 2001 e 2002, bem como a formulação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde em 2005 e ampliado em 2007, consistem em uma estratégia para direcionar a formação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Educação permanente e educação continuada: compreensão de conceitos e suas repercussões

O SUS, como uma dentre várias políticas sociais, tem tido grande relevância por reconhecer a saúde como um direito político de todos e dever do Estado, devendo este orientar estratégias bem como estabelecer organização em todos os níveis de governo de modo a garantir tal direito ⁽¹⁰⁾.

Dentre as atribuições pertencentes ao SUS, cabe-lhe estipular que haja uma formação orientada dos recursos humanos na área da saúde. Sendo assim, a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 ⁽¹¹⁾ corrobora esse intuito, pois surgiu em um momento em que se considerou a necessidade de promover uma transformação das práticas do trabalho em saúde ⁽¹²⁾.

Ao surgir o termo Educação Permanente em Saúde (EPS), na forma de uma política do SUS, outro termo já era amplamente difundido e trazia um conceito muito distinto do que a PNEPS veio propor. Contudo, até hoje tem sido difícil separar ambos os termos, Educação Permanente e Educação Continuada, já que muitas das vezes as mesmas ações ora são denominadas com um termo ora com outro. Apesar de ser uma simples troca de nomenclatura, fundamentalmente acaba ocorrendo um desvio de propósito por falta de esclarecimento ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Na literatura ⁽¹⁶⁻²⁴⁾ e na publicação do próprio Ministério da Saúde ⁽¹³⁾ é possível encontrar a distinção entre os termos que permitem diferenciá-los. Sendo assim, a Educação Continuada, que precedeu a Educação Permanente, possui foco no indivíduo e na sua profissão de forma individualizada, isto é, estimula a educação com ênfase na aquisição de conhecimento técnico-científico, mas cada qual na sua área de atuação. Todavia, como reflexo, as ações são pontuais, fragmentadas e com baixa capacidade de promover as mudanças necessárias, por não apresentarem direcionamento às práticas sociais ⁽¹³⁾.

Em contrapartida, ainda de acordo com a literatura ⁽¹⁶⁻²⁴⁾, a EPS prevê transformações no cotidiano, pois valoriza o próprio processo de trabalho como fonte de conhecimento, uma vez que ao ser analisado criticamente permite perceber os múltiplos fatores envolvidos e, por conseguinte, ocasiona um estímulo à busca por práticas mais contextualizadas e participativas. Segundo Mattos ^(25,26), a EPS está em consonância com um dos princípios do SUS, a integralidade, pois orienta ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde em que tais ações devem ser contextualizadas de acordo com as necessidades de saúde. Portanto, deve haver uma organização dos serviços de saúde, tanto em relação aos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde quanto ao trabalho em equipe por si, de maneira que sejam direcionados para atuação de forma interprofissional, multiprofissional e intersetorial.

Desafios quanto à implementação da política de educação permanente em saúde, como ocorrem as práticas e suas repercussões

A etapa de implementação de uma política pública é um ponto fundamental, isto porque é o momento cabível em que as propostas da política são pensadas para serem colocadas em prática por meio de ações que englobam desde o aspecto gerencial até o operacional, com o propósito de agir sobre os problemas previamente identificados ⁽²⁷⁾. O intuito é que, para que essa etapa seja mais efetiva, exista uma análise crítica das ações que serão propostas a fim de estarem em congruência com as especificidades regionais, estaduais e locais; e com a PNEPS não é diferente.

Após a implementação das diversas políticas públicas, diversos problemas passam a ganhar espaço, tais como: falta de estrutura física, precarização do trabalho, falta de material para desempenhar as atividades, entre outros ⁽²⁸⁾. Somado a isto, encontra-se a omissão e a falta de apoio relacionada à gestão do SUS. No caso da PNEPS, há falta de apoio para a realização de ações de educação em saúde de maneira a direcionar tais práticas e proporcionar um ambiente passível de realizá-las. Uma das possíveis justificativas para esta falta de apoio seria a falta de compreensão do papel que a EPS, se bem desempenhado, viria a ter na atenção à saúde no SUS. Sendo assim, a EPS deixa de ser uma prioridade resultando em planejamentos estratégicos pobres e não resolutivos ⁽²⁹⁾.

A maneira como as práticas de saúde ocorre, também permite questionar até que ponto os resultados obtidos são eficazes e permanentes, causando assim uma transformação na população referida. O que de fato ocorre são ações de curta duração, fornecendo estímulos temporários basicamente focados no aqui e no agora. Em casos assim, os trabalhadores e profissionais de saúde não exibem oportunidade para conhecer o seu público-alvo e, portanto, produzir ações mais assertivas ⁽³⁰⁾.

Em suma, as ações geradas muitas vezes, quando ocorrem, são palestras pontuais sobre determinado tema, campanhas com cartazes e distribuição de panfletos, oficinas e círculos de convivência com curto tempo e prazo de duração exíguo. Somado a isto, há baixa interação com o público e mesmo quando há estímulo para tal, por não se dar de forma espontânea, devido à ausência de construção ao longo do tempo, há uma assimilação limitada e por consequência, sem garantia de existência da manutenção desses novos hábitos propostos. Faz-se necessário um questionamento sobre as práticas propostas, uma vez que cumprem meramente um cronograma de ações em saúde por estar previsto nas novas diretrizes e políticas de saúde, como campanhas pontuais antitabagismo ou para infecções sexualmente transmissíveis (IST). O curto prazo conduz

rapidamente ao esquecimento da população. Ao contrário, as estratégias devem trazer o usuário para uma maior participação, assumindo o papel de protagonista ⁽³⁰⁾.

A precarização das condições de trabalho é comum e muitas vezes utilizada para justificar a falta de qualidade das ações prestadas. Contudo, requerer que as demandas sejam supridas sem criar as condições adequadas para tal é uma das formas de caracterizar o uso inadequado dos recursos públicos ^(31,32). Sendo assim, é compreensível que a execução tenha suas falhas, podendo ser um reflexo de uma tentativa de sobreviverem a esse ritmo que lhes foram impostos ⁽³³⁾. Cabe a cada nível de hierarquia direcionar de maneira consciente a execução de ações de forma mais estratégica a fim de suprir efetivamente as demandas da população e abandonando aos poucos as práticas vazias e pouco resolutivas.

Ao serem analisados periodicamente os relatórios de gestão e constatado a baixa eficácia das ações de saúde, atribui-se, em sua maioria, à falta de competência dos profissionais ⁽³⁴⁾. Logo, a fim de sanar esse quadro, há ofertas de cursos em demasia o que conseqüentemente consome recursos, além de não gerar os efeitos esperados tampouco melhora significativa na qualidade dos serviços prestados ⁽¹²⁾.

No Relatório Mundial da Saúde de 2006 ⁽³⁵⁾ foi mencionado o fato de que cursos isolados, realizados fora do ambiente de trabalho, têm baixa repercussão nas práticas cotidianas. Os que têm proposta de serem realizados no ambiente de trabalho ⁽³⁶⁾ destacam que quanto maior o tempo de duração dos cursos menor é a adesão dos trabalhadores. Uma das razões pode ser explicada pela alta carga horária e intenso dinamismo das atividades rotineiras, prejudicando a execução durante o momento de trabalho ⁽¹⁸⁾. A atualização técnica-científica tem o seu espaço, contudo, analisando o cenário atual, apenas essa estratégia não traz as transformações desejadas.

Há um referencial teórico denominado Pedagogia da Problematização que prevê essa troca de experiências e uma aquisição de conhecimentos a partir de tais experiências de forma significativa ⁽¹³⁾. O Método do Arco, criado por Charles Maguerez, traz luz a como essas ações podem ser desenvolvidas pelos profissionais e trabalhadores da saúde, pois sugere uma sequência de cinco etapas, que foi esquematizada por Bordenave e Pereira (2004), colaborando à construção de estratégias para alcançar os objetivos esperados. Essas etapas englobam: observação da realidade, identificação dos pontos chaves (causas e efeitos relacionados à realidade observada), teorização, hipóteses de solução e por fim, aplicação à realidade.

A promoção de conscientização dos sujeitos para que sejam capazes de atuar em prol da saúde, requer muitas das vezes que exista um processo de desconstrução/reconstrução da visão de mundo, possibilitando o entendimento acerca dos condicionantes da saúde, como seus próprios

conceitos do processo saúde-doença, relacionando-os com o viver cotidiano, para então atribuir responsabilidade pessoal quanto ao cuidado com a saúde ⁽³⁸⁾.

Uma vez que o indivíduo se reconhece nesse papel e escolhe desempenhar um papel ativo, ele passa por uma transformação pessoal. No estudo de caso apresentado por Guimarães e Lima (2012), o viver coletivo permite que exista uma projeção dessa transformação a nível social, por estar em contato com outras pessoas seja em casa, no trabalho, entre amigos e outros. Há um despertar do desejo de compartilhar os conhecimentos que o levaram a uma transformação pessoal à sua comunidade, por perceberem que há ações de mudanças que estão ao seu alcance.

Educar em saúde é pensar no usuário como indivíduo e coletivo. Compreender o potencial transformador nas diversas esferas da vida da educação em saúde reforça ainda mais o papel que os profissionais e trabalhadores da saúde possuem, bem como a importância do planejamento de estratégias e a construção de práticas com maior resolutividade ⁽³⁰⁾.

Conflitos entre uma formação tradicional e tecnicista e as perspectivas de uma formação voltada para atuação no SUS

A formação em saúde no Brasil apresenta um histórico de dificuldade em atender às necessidades sociais de saúde. Esse conflito tem origem no próprio sistema educacional, responsável pela formação dos profissionais que deveriam ser capacitados a entender e atender essas necessidades ⁽²⁸⁾.

As mudanças que ocorreram no processo de construção do SUS foram aos poucos alterando a visão de um modelo de saúde biologicista, medicalizante e procedimento-centrada e conseqüentemente a forma de fazer saúde. No entanto, era importante a permanência de tal mudança nas Instituições de Ensino formadoras de profissionais que atuam no SUS. No entanto, o ensino ainda é centrado em conteúdos e apresentado de modo compartimentalizado. Entre os anos de 2001 e 2002, surge as DCN para a graduação em saúde que direciona a formação para o sistema de saúde do país, de forma coerente com os princípios e diretrizes que são por ele previstos em contraste com uma formação meramente tecnicista até então prevalente ⁽³⁹⁾. Alguns anos depois, o Ministério da Educação em uma ação conjunta com o Ministério da Saúde, entenderam que ainda eram necessárias mudanças nas DCN aos cursos da área de saúde. Em 2005 implementaram as propostas de mudanças, com o foco voltado à atenção básica, por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde que ficou conhecido como Pró-Saúde I. Esse primeiro conjunto de iniciativa foi direcionado às áreas de enfermagem,

medicina e odontologia. Em 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde (Pró-Saúde II) ⁽⁴⁰⁾.

Transformar as práticas de saúde tem sido um grande desafio. Gestores do SUS que querem transformar essas práticas apontam que os profissionais que chegam à rede de saúde vêm sem terem recebido aprendizagens voltadas ao sistema de saúde o que muitas das vezes resulta em uma falta de compromisso. Já os docentes que querem mudar a formação apontam que as unidades de saúde não fornecem um ambiente propício para os estudantes ganharem experiência e se desenvolverem devido à ausência de práticas voltadas à integralidade e ao trabalho inter e multiprofissional. Portanto, para uma transformação tanto das práticas de saúde quanto da formação profissional, deveria existir uma ação em conjunto entre as esferas envolvidas no contato inicial e final com esses indivíduos ⁽¹⁹⁾.

Nas Universidades, quando ocorre o foco apenas na transmissão de conteúdo o discente é treinado para a repetição, com ausência do desenvolvimento crítico e reflexivo. A mudança na formação deve ser na direção de desenvolver um perfil profissional voltado também para aspectos da atenção social ⁽⁴¹⁾.

Para esse fim, cabe às instituições de ensino firmar ações que promovam a integração ensino-serviço-comunidade inserindo o aluno na comunidade desde o início da graduação para que ele possa entender a realidade local, compreender os fatores envolvidos como problemas sociais, ambientais, sanitários, articular saberes com os profissionais da rede e saber como se dá as relações entre o profissional e o paciente, dentre outros. Buscar enxergar o indivíduo como um todo e entender como a população, como um conjunto desses indivíduos, enxerga a saúde e a cidadania por meio da experiência de uma vivência mais interativa, motivará a criação de um compromisso com o SUS ^(42,43). Este aspecto representa um dos desafios do SUS quanto à formação em saúde ⁽²⁸⁾.

4 CONCLUSÃO

Os movimentos sociais que deram origem à Reforma Sanitária e que tiveram papel primordial para a construção do SUS, têm em sua essência a participação popular. Esta participação, além de prevista, deve ser incentivada por se caracterizar como uma forma de dar visibilidade às necessidades de saúde da população e, por conseguinte, ser capaz de intervir na formulação das políticas públicas e na fiscalização das mesmas. Para que isso ocorra, deve haver um estímulo por parte dos profissionais e trabalhadores da saúde, que já fazem parte do sistema, para uma transformação da realidade de nossa saúde pública em conjunto com os beneficiários

dela. É necessário tornar a educação um ato político, não para que conduza meramente à mudança nas práticas de saúde por si só, e sim para tornar os indivíduos conscientes, livrando-os da alienação, para serem agentes ativos contra as condições, muitas vezes desumanas, em que estão inseridos. Se esse estímulo ocorrer desde a graduação, modificando as formas de ensino e aprendizagem em saúde na própria Universidade, os indivíduos uma vez formados serão capazes de atuar de forma muito mais engajada para que o acesso à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde seja garantido por meio de práticas condizentes com a localidade que atuam.

É notório que o SUS apresenta problemas desde a sua construção até o aspecto prático, relacionado ao oferecimento dos serviços de saúde, e frases como: “O SUS é um fracasso.” ou “Nada que é público funciona. Não tem jeito, não há nada a fazer.” são comuns de serem ouvidas. Contudo, aceitar como realidade torna-se um ato desrespeitoso com relação ao direito universal à saúde. Críticas são necessárias, porém elas devem servir como base para direcionar a localização dos problemas e de que modo eles podem ser enfrentados. Acreditar no potencial transformador do sistema para melhoria da qualidade de vida é um dever dos profissionais da saúde, e essa crença deve ser refletida em um maior compromisso com o SUS, buscando tornar as práticas mais significativas e resolutivas.

REFERÊNCIAS

- 1 Ferreira VA, Magalhaes R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007; 23 (7): 1674-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/19.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2007000700019
- 2 8ª Conferência Nacional de saúde: quando o SUS ganhou forma [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (Brasil); 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>
- 3 Organização Mundial de Saúde - OMS. *The Ottawa Charter for Health Promotion (A Carta de Ottawa para Promoção da Saúde)*. OMS, 1986.
- 4 Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federal do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 5 out 1988.
- 5 Bordenave JE. Como escolher e organizar atividades de ensino? Vol. 3. [local desconhecido]: *Rev. Interamericana de Educação de Adultos*; 1983. p. 1-2.
- 6 Esteves AF, et al. PET - Saúde - medicina e educação em saúde no Programa de Saúde da Família: um relato de caso. *Rev. Bras. Educ. Med.* [Internet]. 2012; 36 (1): 187-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a27.pdf>. doi: 10.1590/S0100-55022012000200027
- 7 Anastasiou LG. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Anastasiou LG. (Orgs.), Alves LP. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula* [Internet]. 10 ed. Joinville: UnivAlle; 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547831/mod_resource/content/1/Processos%20de%20Ensinagem.pdf
- 8 Vasconcelos M, et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade* [Internet]. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG; 2009. 70 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>
- 9 Freire P. *Papel da Educação na Humanização*. 9 ed. Rio de Janeiro: Revista Paz e Terra; 1971. p. 123-132.
- 10 Andrade MA, et al. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014; 18 (1): 833-44. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2014.v18suppl1/833-844/pt>. doi: 10.1590/1807-57622013.0222
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, 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* 2004; 14 fev 2004.
- 12 Carvalho WM, Teodoro MD. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019; 24

(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2193.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232018246.08452019

13 Peduzzi M, et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* [Internet]. 2009; 13 (30): 121-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/en_v13n30a11.pdf. doi: 10.1590/S1414-32832009000300011

14 Ferraz F, et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde & Transformação Social* [Internet]. 2012; 3 (2): 113-28. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1488/2601>

15 Miccas FL, Batista SH. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014; 48 (1): 170-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004498

16 Faria RM. Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006 [tese na Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2008. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-05112008-141704/pt-br.php>. doi: 10.11606/T.5.2008.tde-05112008-141704

17 Saupe R, Cutolo LR, Sandri JV. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2008; 5 (3): 433-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n3/06.pdf>. doi: 10.1590/S1981-77462007000300006

18 Viana AS, et al. Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP; 2008. 205 p.

19 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [Internet]. 2005a; 9 (16): 161-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>

20 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc. Saúde Colet.* [Internet]. 2005b; 10 (4): 975-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232005000400020

21 Ceccim RB. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde. Desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005c. 161-80 p.

22 Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [Internet]. 2004; 14 (1): 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004

23 Paim JS. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: Paim JS. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002. p. 435-44.

24 Haddad J, Roschke MA, Davini MC. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana da la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1000).

25 Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. 45-58 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a29v9n4.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232004000400029

26 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004; 20 (5): 1411-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500037

27 Pinto IC, Vieira da Silva LM, Baptista TV. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

28 Amaral MC, Pontes AG, Silva JV. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014; 18(2): 1547-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s-2-1547.pdf>. doi: 10.1590/1807-57622013.0441

29 Gonçalves CB, et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saúde debate [Internet]. 2019; 43 (1). Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300012&lang=pt. doi: 10.1590/0103-11042019s101

30 Guimarães JS, Lima IM. Educação para a Saúde: discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. Saúde soc. [Internet]. 2012; 21 (4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a09.pdf>. doi: 10.1590/S0104-12902012000400009

31 Campos CE. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2003; 8 (2): 569-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232003000200018

32 Gonçalves RB. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994. 415 p.

33 Oliveira GN, et al. New possibilities for militancy in the field of healthcare: affirmation of deviations in encounters among SUS workers, managers and users. Interface - Comunic., Saude, Educ. [Internet]. 2009; 13 (1): 523-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832009000500005&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1414-32832009000500005

34 Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2000; 9 (16): 172-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>. doi: 10.1590/S1414-32832005000100015

35 Organização Mundial de Saúde - OMS. *Trabalhando juntos pela saúde: relatório mundial de saúde 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

36 Silva JA, Ogata MN, Machado ML. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev. Eletrônica Enferm.* [Internet]. 2007; 9 (2): 389-401. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>

37 Bordenave JE, Pereira AM. *Estratégias de ensino -aprendizagem*. 25 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

38 Oliveira RN. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. *Serv. Soc. Soc.* [Internet]. 2011; 106: 267-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n106/n106a05.pdf>. doi: 10.1590/S0101-66282011000200005

39 Miranda MG. *Projeto político de formação do enfermeiro: contextos, textos, (re) construções [tese na Internet]*. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/18311/1/MoemiaGOM_TESE.pdf

40 Peres CM, et al. Aprendizado eletrônico na formação multiprofissional em saúde: avaliação inicial. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2012; 36 (1): 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a18.pdf>. doi: 10.1590/S0100-55022012000200018

41 Garcia MB, Oliveira MM, Plantier AP. Interatividade e Mediação na Prática de Metodologia Ativa: o Uso da Instrução por Colegas e da Tecnologia na Educação Médica. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2019; 43 (1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1/1981-5271-rbem-43-1-0087.pdf>. doi: 10.1590/1981-52712015v43n1rb20180154

42 De Sordi MR, Cyrino EG, Mendonça CS. A história da expansão recente das escolas médicas no Brasil: uma conversa sobre educação, inovação e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019; 23 (1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e190106.pdf. doi: 10.1590/interface.190106

43 Molina LR. Relato de aprendizagens e experiências vivenciadas por um farmacêutico no curso de especialização em educação na saúde para preceptores do SUS. *Braz. J. Hea. Rev, Curitiba*, v. 3, n. 6, p.15774-15791, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/19446/16281>. doi: 10.34119/bjhrv3n6-013