

## A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### PERMANENT EDUCATION IN HEALTH FROM THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM CONTEXT

Josiane Moreira Germano, Tatiana Almeida Couto, Adilson Ribeiro dos Santos, Alba Benemérita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

#### Abstract

*The main objective of this study was to reflect on the role of permanent education in the Brazilian Unified Health System and its importance for the production of health care. It is an article of reflection from a critical reading of articles and books along with the inferences of the authors. The results showed the relevance of the understanding of the historical context of health in Brazil, as well as the efficacy of permanent education in health for the consolidation of practices in the Unified Health System. Moreover, this study aimed to reflect on the work process within this context which demands a collective construction of knowledge during working life. Despite the current dominant and hegemonic model, the permanent health education in the Unified Health System should be considered relevant since it may produce changes in health services. This education is able to analyze the worker and work process in health context.*

**Key words:** Continuing Education; Unified Health System; Health.

#### Resumo

*O objetivo deste estudo foi refletir o papel da educação permanente no contexto do Sistema Único de Saúde e a sua importância para a produção do cuidado em saúde. Trata-se de um artigo de reflexão construído a partir de leitura crítica de artigos e livros juntamente com as inferências dos autores. Os resultados demonstram a relevância da compreensão da contextualização histórica da saúde no Brasil, assim como a necessidade da educação permanente em saúde para a consolidação das práticas no Sistema Único de Saúde, ainda busca refletir sobre o processo de trabalho nesse cenário, que requer construção coletiva de conhecimento no cotidiano laboral. Assim, considera-se que a educação permanente em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde, apesar de disputar espaço com o modelo hegemônico, pode ser pensada como uma prática relevante para produzir mudanças nos serviços de saúde, dada a sua capacidade de pôr em análise o trabalhador e o processo de trabalho em saúde.*

**Palavras chave:** Educação Continuada; Sistema Único de Saúde; Saúde.

## Introdução

Partindo do pressuposto que toda ação em saúde é uma ação educativa, reforçamos a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), por tratar-se de uma proposta ético-político-pedagógica que visa qualificar: a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde a fim de proporcionar resolutividade no cotidiano dos serviços<sup>1</sup>.

Como estratégia que reconhece a necessidade da qualificação e valorização do trabalho e dos trabalhadores, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema<sup>1,2</sup>.

Destacamos a importância da inserção da EPS enquanto política pública tal como a ideia da EPS como dispositivo para o fortalecimento do processo de trabalho. Assim, a PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas, com base em reflexões críticas, operando na micropolítica do trabalho a partir das tensões provocadas nos encontros, assim promovendo o aprender e o ensinar em ato<sup>3</sup>.

A EPS, portanto, prioriza espaços para aprendizagem a partir dos problemas e necessidades que emanam do trabalho. Contudo, alguns trabalhadores da saúde desconhecem a relevância desse espaço e a sua capacidade de produção de novidades que podem proporcionar reflexões sobre as suas ações<sup>4</sup>.

A EPS alicerça o trabalho como elemento transformador da realidade além das possibilidades de criação no âmbito do trabalho, para tanto, resgatamos a ideia de trabalho de Karl Marx<sup>5</sup> que em sua perspectiva ontológica, demonstra que o trabalho é o elemento inicial de todas e quaisquer relações e constitui elemento de transformação humana. Assim, Marx compreende a relação entre educação e trabalho como uma relação dialética, podendo ser marcada pela positividade ou negatividade, a depender do contexto histórico-social em que ela se desenvolve<sup>6</sup>.

Remetemos ao trabalho em um contexto capitalista, no qual trabalho é carregado pela negatividade, pois torna-se alienação ao invés da criação. Para Marx<sup>5,7</sup>, o homem deixa de ser homem, desumaniza-se ocorrendo um processo

de “coisificação” da essência que vai repercutir nas suas relações sociais que se tornam embrutecidas e desumanizadas.

Destarte que, a “coisificação” do trabalho tem grande impacto para o SUS, ora, se este contrapõe-se à hegemonia instalada na sociedade. Reforçamos que, diversos modelos assistenciais trazem um modo de operar o trabalho em saúde, dentre eles o modelo biomédico que tem como características o alto consumo de equipamentos e medicamentos. O modelo biomédico está intimamente ligado à constituição da formação profissional em saúde, e conseqüentemente alicerça as práticas no âmbito do trabalho<sup>6,7</sup>.

Desta maneira, é no movimento de reforma sanitária brasileira que são suscitadas ideias e modelos que contemplatessem a ideia de universalidade, integralidade e equidade como princípios do SUS. Ressaltamos que a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na década de 1990, apesar dos desafios, foi lançada como possibilidade de promover assistência integrada aos territórios com compartilhamento do trabalho a partir de equipe multiprofissional na Atenção Básica à Saúde (ABS)<sup>8</sup>.

Portanto, a proposta da ESF traz para a cena um princípio radical, que é a integralidade da atenção, que disputa espaço diretamente com o modelo hegemônico, que por sua vez, está comprometido com os interesses econômicos e corporativos predominantes na sociedade.

A integralidade, como princípio, incita que o trabalho seja produzido por outra ordem, pois espera-se que seja superada a fragmentação do trabalho e das práticas profissionais no bojo do trabalho vivo e em ato, a qual, se faz a partir dos encontros entre trabalhadores e usuários. Portanto, para que isso ocorra faz-se necessário o descolamento de posturas e atitudes diante do trabalho, ou seja, que os profissionais assumam um outro lugar diante de suas práticas, assim, entendemos que o exercício profissional pode ser permeado por dispositivos educativos<sup>9</sup>.

Porém, elencamos que apesar dos avanços na inserção da EPS no âmbito do trabalho e da formulação da PNEPS, quando existentes, são percebidos no cotidiano dos serviços, nos modelos educativos de abordagens pedagógicas tradicionais, ou seja, àquelas que não favorecem a reflexão do trabalho, pois desconsideram os conhecimentos e temáticas prioritários dos sujeitos assim como, o perfil e indicadores da comunidade no qual estão inseridos<sup>10</sup>.

Para tanto, compreendemos que, para superar a negatividade nos cenários do SUS, o trabalhador admitir a importância de repensar o

processo de trabalho e a insuficiência do seu núcleo de saber. Assim, defendemos que a EPS enquanto dispositivo potente pode produzir criatividade no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo, por ser um espaço que permite ensinar e aprender em concomitância. Assim, trazemos as seguintes indagações: qual é o lugar da EPS no SUS? Como aproximar o processo de trabalho em um ato educativo constante? Desta forma, objetiva-se refletir o papel da EPS no contexto do SUS e a sua importância para a produção do cuidado em saúde.

Para dar conta desta reflexão, a EPS foi tomada como dispositivo, uma vez que a mesma faz parte dos diversos modos de produção dos autores, seja em suas composições acadêmicas, assim como em suas inserções nos locais de produção do cuidado e da gestão em saúde.

### **Metodologia**

Estudo de reflexão, no qual se adotou a EPS como dispositivo para a qualificação do processo de trabalho e produção do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde, fundamentado nos pressupostos da PNEPS, na micropolítica do processo de trabalho, além das inferências a partir de leituras de artigos e livros.

Desse modo, como primeiro procedimento para busca e seleção dos artigos foi realizada a identificação por meio das palavras-chave: educação permanente em saúde e trabalho. Sendo tais artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde e filtrados em artigos completos, disponibilizados na íntegra, idioma português, entre os anos de 2014 a 2018.

Assim como a leitura das principais referências de livros e capítulos de livros clássicos e também atualizados, sem a delimitação por ano de publicação, com a abordagem sobre a temática. Foi realizada posteriormente a leitura crítica dos materiais selecionados de acordo com a pertinência da temática, assim como as reflexões pelos autores.

### **Resultados e Discussões**

#### **Pinceladas sobre modelos assistenciais em saúde no Brasil**

Em um contexto no qual a história e o reconhecimento das histórias de luta perderam valor é necessário que sejam apresentadas, mesmo que em poucas linhas alguns fatos que contribuíram para a composição de um dos maiores sistemas de saúde do mundo.

É com o surgimento do SUS que a saúde no

Brasil agrega os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Sabemos que, a assistência à saúde no Brasil foi ofertada por muito tempo apenas para parte da população, como: trabalhadores formais e a burguesia. A história dos cuidados à saúde perpassam por instituições filantrópicas, religiosas e de caridade<sup>11</sup>.

O processo de urbanização e a crise de 1929 proporcionaram a migração do campo para as cidades. O “boom” metropolitano, provocado pelo êxodo rural, trouxe para a cena demandas sociais, educacionais e de saúde, implicando em dificuldade de oferta de serviços para o acolhimento dessas demandas emergentes. No início do século XX, a preocupação com os cuidados em saúde estava alicerçada na contenção da proliferação de doenças em massa, denominado de Modelo Sanitário Campanhista<sup>8</sup>.

Caminhando para o período pós-guerras mundiais, a saúde brasileira continuou a sofrer mudanças, sob fortes repercussões bélicas, o país foi influenciado pelo modelo assistencial norte-americano caracterizado por serviços hospitalares e de assistência médica de alta tecnologia e complexidade, e não priorizou os serviços ambulatoriais e da AB<sup>2</sup>. Facilmente compreendemos que essa perspectiva favoreceu à entrada do capital externo ao importar materiais tecnológicos e produtos da indústria farmacêutica, por exemplo, tratava-se de um modelo lucrativo e capitalista<sup>8</sup>. E é neste mesmo período que muitas profissões surgem no país. Portanto, qual o alicerce da formação e da concepção de trabalho a qual sua práxis será presidida?

O período militar foi marcado por repressão e deturpação dos direitos sociais, diminuição de gastos com políticas públicas, o que favoreceu o aumento da mortalidade infantil, a proliferação de doenças e pobreza. A política de saúde na ditadura militar aponta para um modelo que privilegia o produtor privado, na qual fortaleceu a ideia do modelo assistencial privatista e teve como foco a saúde como mercadoria<sup>8,11</sup>.

É em meio aos estardalhaços da ditadura militar, em meados da década de 1970, que o movimento de reforma sanitária apresenta-se como: bandeira de luta, por direitos democráticos à saúde; proposta, visto que oferecia princípios e proposições inseridos no relatório da VII Conferência Nacional de Saúde; projeto, por representar um conjunto de políticas sociais mais amplas e; também se apresenta como processo, por incitar mudanças na práxis. A reforma sanitária teve como ideia: a utopia igualitária (universalidade e equidade), proposta

de reconceituação da saúde, inserção da determinação social do processo saúde-doença, crítica às práticas hegemônicas da saúde e à militância coerente com as suas proposições<sup>12</sup>.

O fruto do movimento sanitário culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. As diretrizes dessa conferência transformaram-se em leis através da Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da saúde que instituíram o SUS. Como é um modelo que ainda permanece em construção, o SUS resiste à forte influência capitalista e médico centrada. Destarte, em meados da década de 1990, implantou-se a ESF como proposta para superação do modelo hegemônico enraizado. Contudo esta perspectiva ampla e complexa de produzir cuidado traz para a cena novas questões para reflexão<sup>8,12</sup>. Diante delas, os modos de operar o trabalho também passaram por reformulações? Como pensar o trabalhador neste cenário? Perfilados pelo modelo biomédico, quais as estratégias no âmbito do trabalho são necessárias para superar a negatividade e a alienação no trabalho?

Diante de tantas interrogações, o início para refletir sobre as possíveis respostas, acreditamos que está na constituição do modelo assistencial, cuja terminologia é polissêmica e pode ser encontrada na literatura como: “modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos”<sup>13</sup>, “modos de produzir saúde”<sup>14</sup>, “modelos assistenciais”<sup>14,15</sup>, “modelo técnico ou technoassistencial e modelo técnico-assistencial”<sup>16</sup>, “modelos de atenção”<sup>17</sup> ou “modelos de cuidado”<sup>18</sup>, tornando complexa a tarefa de conceitua-lo. Para tanto, neste estudo, adotou-se a terminologia “modelo technoassistencial” utilizada por Merhy<sup>16</sup> para designar um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras.

Merhy contribui para o debate acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial hegemônico defendendo que para isso é necessário impactar o núcleo do cuidado, do “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Neste sentido, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras<sup>8</sup>.

#### **A Educação Permanente em saúde no contexto do SUS**

A EPS sob o referencial da micropolítica do processo de trabalho traz para a cena a produção de saúde em ato na qual são concretizados três

tipos de tecnologias em saúde: as duras (resultante do trabalho morto); as leve-duras (conhecimentos técnicos estruturados) e as leves (relacionais)<sup>16</sup>. Destas tecnologias, as leves na perspectiva da EPS servirá de alicerce para as demais, pois as compreendemos como o conjunto de relações vividas em ato no encontro trabalhador-usuário, capaz de promover no contexto no qual os usuários estão inseridos, no universo cultural, nos modos específicos de viver, nas relações afetivas e de poder. As tecnologias leves estão permeadas por aquilo que confere à vida durante o encontro e faz deste momento um importante “instrumento” de produção do cuidado<sup>16, 17</sup>.

Consideramos que o forte atravessamento do modelo biomédico nas práticas direciona o trabalho para a valorização de procedimentos guiados por protocolos. Reforçamos que isto favorece que as relações interprofissionais não sejam construídas na base do diálogo. O encontro que se dá entre os pares não favorece à interatividade, pois o protocolo rouba a cena. É um encontro que não produz vida, uma vez que uma das partes não lhes confere movimento. O que trazemos para reflexão, é que a EPS pode colaborar enquanto estratégia pedagógica na (re)construção do cotidiano para compartilhamento de saberes entre os profissionais, o que pode contribuir para a qualificação do trabalho e, consequentemente, da assistência<sup>20</sup>.

Ressaltamos que a EPS visa a reflexão das ações cotidianas, dessa forma, compreendemos que pôr o trabalho em um processo de análise implica que as ações que contemplam a EPS, devem estar alicerçadas em estratégias dialógicas, visto que, aprendizagem é no trabalho e para o trabalho e é dada como um processo contínuo e dinâmico que necessita da participação ativa dos sujeitos envolvidos<sup>10</sup>.

O trabalho em saúde afinado com o modelo assistencial biomédico pode funcionar como uma máquina de capturas do processo de trabalho e dos próprios trabalhadores, como temos visto. Assim, trazemos para a cena que este modelo não costuma contar com o inesperado, ou seja, com o que atravessa os serviços de saúde no cotidiano, como por exemplo: as intercorrências nos âmbitos das visitas domiciliares e as próprias consultas realizadas no interior das Unidades de saúde que, a depender da necessidade, podem romper com o padrão de assistência protocolado. Portanto, inferimos que, é no reconhecimento da capacidade produtiva e pedagógica do trabalho em saúde que existe a possibilidade de causar impacto no núcleo do cuidado, tendo em vista

superação da repetição.

Com a ideia de repetição, queremos dizer que, é valorizada a disciplinarização da vida, enquadrando-a no cuidado em protocolos e normas. Corroboramos com os autores que compreendem que a repetição pode funcionar para determinadas situações que respondem bem a este tipo de intervenção<sup>21</sup>. Portanto, em um processo de trabalho no qual o cuidado é tomado apenas pela medicina do corpo biológico, qual o espaço para que haja outro olhar para o sofrimento humano? Para tanto, agregamos essa indagação como ruídos ou incômodos existentes nas práticas cotidianas. É possível produzir diferença naquilo que se repete?

Assim, reiteramos que o cotidiano em saúde é um espaço em constante disputa entre aqueles que operam o trabalho sob a égide da hegemonia e os que tentam produzir diferença. Portanto, é no encontro que acreditamos que se abrem caminhos para compor cenas de produção do cuidado e produção pedagógica no SUS, pois é neste lugar que se pode pensar em trabalho e cuidado criativos entre trabalhadores e usuários, o que desafia os pares a mobilizar espaços não observados<sup>22</sup>.

Conforme estratégia de qualificação dos trabalhadores do setor saúde, a EPS é entendida como aprendizagem no trabalho e para trabalho. Assim, os espaços do SUS além de espaço para o trabalho, é lugar importante para a construção de projetos políticos pedagógicos no fortalecimento da formação<sup>23</sup>. Ceccim<sup>24</sup> discorre que dentre os elementos analisadores para pensar a EPS estão os componentes do Quadrilátero da Educação Permanente em saúde: análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise da gestão setorial e análise da organização social. O quadrilátero visa à mudança de modelos hegemônicos para concepções construtivistas contemplando novas práticas em saúde com participação do usuário no planejamento do seu plano terapêutico, compreendendo as necessidades sociais de saúde.

O SUS como cenário potente para construção de projetos políticos pedagógicos para fortalecimento da formação e produção do trabalho in loco é entendido como campo fértil para trocas e aprendizagens, porém, como são percebidas as repercussões da EPS no processo de trabalho de equipes? Repetição de processo hegemônico ou espaços que permitem produzir diferenças? Qual a ideia de trabalho se opera nas práticas? Positividade ou negatividade?

Retomando as ideias de positividade, negatividade e alienação trazidas no início deste

estudo, que são termos utilizados na teoria marxista, e nos permitem pensar o trabalho em um contexto capitalista, trazemos as possibilidades de um trabalho marcado pela positividade, uma vez que, a PNEPS concebe educação e trabalho como uma relação de transformação do trabalho através da micropolítica do trabalho vivo, da aprendizagem significativa e da problematização<sup>6</sup>.

Assim, pensamos o cotidiano como campo de tensões e disputas entre as tecnologias em saúde, alienação e processos de subjetivação dos profissionais em saúde. Como a EPS pode compor estes espaços? Ceccim<sup>24</sup> discorre que:

“Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora) (p.167).”

A ideia de desaprender o sujeito que somos encaixados em modelos prévios de trabalho é um convite para experimentar a potência dos ruídos, dos desconfortos e dos estranhamentos. A problematização como uma das características da EPS é a possibilidade de explorar um problema que emperra a produção do cuidado, e aproximar-se do princípio da integralidade pela intencionalidade de colocar em xeque estes ensejos de forma a serem estimulados o diálogo, a interação e a análise crítica<sup>10</sup>. Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho, o que vem a ser a ideia de permanente no SUS? “Permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais”<sup>24</sup> (p.167), permanente é o que se perfaz nos encontros da vida.

## Conclusões

Na contextualização histórica da saúde no Brasil, percebemos que diante das estratégias pensadas para a consolidação do SUS, por meio da qualificação profissional no âmbito do trabalho, a EPS possibilita colocar o processo de trabalho em análise a partir da construção de

espaços que utilizam das tecnologias relacionadas, tais como o diálogo e o vínculo, fazendo do serviço de saúde um lugar de reflexão dos próprios atos.

Compreendemos que o forte atravessamento do modelo biomédico e sua aproximação com os interesses hegemônicos, faz com que a formação e o trabalho sejam disputados o tempo todo com a produção do cuidado e dos próprios princípios do SUS. Portanto, trouxemos que, o trabalho capturado por este sistema, dirige as práticas profissionais ao protocolo exclusivamente. Pontualmente, discorremos sobre as noções da negatividade, alienação e “coisificação”, conceitos trazidos da teoria marxista para pensarmos o distanciamento do profissional enquanto sujeito reflexivo, no modelo hegemônico.

A partir destas cenas, compreendemos a dificuldade de produzir outros modos de trabalho em meio às disputas que atravessam o cotidiano. Porém, resgatando as ideias de que o trabalhador produz e é produzido no âmbito do trabalho, entendemos que a diferença e a criatividade podem ser construídas a partir da interatividade no próprio ambiente que opera o seu trabalho, assim, defendemos que os mesmos cenários que atuam como máquinas de capturas também podem ser terrenos férteis para a produção pedagógica. Assim, consideramos que apesar das adversidades, a EPS, quando incorporada no cotidiano permite que os trabalhadores promovam mudanças na gestão do trabalho a partir dos processos reflexivos, superando a reprodução de fluxos e protocolos previamente estabelecidos.

## Referências

1. Vasconcelos MFF et al. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):981-991.
2. Sena RR et al. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(2):e64031.
3. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima MS, Matumoto S, Pereira MJB. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19.
4. Weigelt D, Weigelt LD, Rezende MS de, Schilling AZ, Krug SBF. A comunicação, a educação no processo de trabalho e o cuidado na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul: cenários e desafios. *RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde*. 2015; 9(3).
5. Marx K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo; 2004.
6. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):913-922.
7. Marx K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural; 1983.
8. Fertoni HP et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2015. 20(6): 1869-1878.
9. Fortuna CM et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago*. 2013;21(4).
10. Araujo BO, Mélo MLC, Araujo MO. Práticas educativas para Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Saúde.Com*. 2018; 14(1): 1130-7.
11. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*2013. 27(78):7-26.
12. Feuerwerker LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2005. 9(18):489-506.
13. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
14. Campos GWS. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: Campos GWS. *Planejamento sem normas*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1994: 53-60.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: MS; 2005. (Normas e Manuais Técnicos, Regulação e Saúde 4.
16. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
17. Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007.
18. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad Saude Familia*; 1996; 1:3-8.
19. Slomp JH, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015. 20(2):537-546.
20. Silva KL, Matos JAV, França BD. A construção da educação permanente no

processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20170060.

21. Merhy EE, Feuerwecker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2010: 60-75.

22. Franco TB. *Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde brasileiro*. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2007.

23. Ceccim RB, Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. 2004. 14(1): 41-65.

24. Ceccim RB. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface (Botucatu). 2005, 9(16): 161-168.

#### **Endereço para Correspondência**

Rua, Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho,  
Jequié – BA

CEP.: 45205-490

e-mail: [j\\_mg87@yahoo.com.br](mailto:j_mg87@yahoo.com.br)

---

Recebido em 22/02/2019

Aprovado em 10/04/2019

Publicado em 30/09/2019