



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Cavalcanti, Felipe de Oliveira Lopes; Guizardi, Francini Lube
**EDUCAÇÃO CONTINUADA OU PERMANENTE EM SAÚDE?
ANÁLISE DA PRODUÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE**
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 16, núm. 1, 2018, Janeiro-Abril, pp. 99-122
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00119

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757302006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

EDUCAÇÃO CONTINUADA OU PERMANENTE EM SAÚDE? ANÁLISE DA PRODUÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

CONTINUED OR PERMANENT EDUCATION IN HEALTH?
ANALYSIS OF THE PRODUCTION OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

¿ EDUCACIÓN CONTINUA O PERMANENTE EN SALUD? ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti¹

Francini Lube Guizardi²

Resumo A fim de resgatar e sistematizar os diferentes posicionamentos que conformaram a trajetória de construção da noção de educação permanente em saúde, o artigo tem como objetivo revisar as discussões realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde, no período entre 1974 e 2002, em relação às práticas de educação na saúde, com o intuito de compreender as linhas de força, intencionalidades e jogos de poder envolvidos nesse debate. Realizou-se pesquisa documental e bibliográfica, utilizando como referencial analítico a noção de matriz conceitual. Os resultados apresentam os elementos componentes destas matrizes e seus respectivos contextos de emergência, os quais corroboram a existência de duas matrizes conceituais na produção da Organização Pan-Americana da Saúde, a saber, a educação continuada em saúde e a educação permanente em saúde referentes, respectivamente, aos períodos de 1974 a 1984 e 1985 a 2002. Discute-se que a ampliação e a reconfiguração do plano conceitual ensejadas pela segunda matriz, em grande medida centradas no método pedagógico, esbarra em limites que podemos correlacionar não apenas ao redirecionamento da agenda da instituição, mas também à experiência de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e às contradições que marcaram a trajetória da gestão do trabalho do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave formação continuada; educação permanente; organização pan-americana da saúde; educação profissionalizante; saúde pública.

Abstract To rescue and systematize the different positions that shaped the path of the construction of the permanent education in health concept, the article aims to review the discussions carried out by the Pan American Health Organization in the period ranging from 1974 to 2002 with regard to health education practices to understand the lines of force, intentionalities, and power games involved in this debate. Documental and bibliographical research was carried out using the conceptual matrix notion as an analytical reference. The results present the elements that comprise these matrices and their respective emergency contexts, which corroborate the existence of two conceptual matrices in the production of the Pan American Health Organization, namely continuing education in health and permanent health education, respectively, from 1974 to 1984 and from 1985 to 2002. It is argued that the expansion and reconfiguration of the conceptual plan provided by the second matrix, largely centered on the pedagogical method, faces limitations that we can correlate not only with the redirection of the institution's agenda, but also with the experience of implementing the National Policy for Permanent Education in Health and the contradictions that marked the path followed by the management of the work of the Unified Health System.

Keywords continuing education; permanent education; Pan-American Health Organization; vocational education; public health.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

Introdução

Há pouco mais de 30 anos o conceito hoje expresso sob a noção de ‘educação permanente em saúde’ começou a ser desenvolvido. Essa afirmação refere-se ao conceito elaborado na região das Américas, onde teve lugar a produção acadêmica e institucional sobre o tema, sobretudo em língua espanhola. No Brasil, país responsável por produzir quase a totalidade dos textos sobre educação permanente em língua portuguesa, a literatura se desenvolveu sobretudo a partir de 2005, já após a formulação e institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ocorrida entre 2003 e 2004 (Moreira, 2010; Miccas e Batista, 2014).

A PNEPS (Brasil, 2004) e seus principais autores (Ceccim, 2005a; 2005b; Ceccim e Feuerwerker, 2004) buscaram estabelecer uma distinção entre a ‘educação continuada em saúde’ – que seria representante das práticas de educação na saúde realizadas até então – e a ‘educação permanente em saúde’ – uma nova proposta e fundamento da política cujo objetivo final era mudar as práticas de saúde no sentido da integralidade. Nenhuma dessas publicações, entretanto, explicita a influência da produção técnica e acadêmica patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nas décadas anteriores. Alguns autores (Costa, 2006; Ferraz, 2012; Castro, 2008; Smaha, 2011) buscaram percorrer esse caminho sem, todavia, abranger alguns aspectos que podem contribuir para a compreensão da questão no Brasil. Como veio a se desenvolver esse referencial? Em que contexto? Quais os contornos e as especificidades da formulação patrocinada pela OPAS? Qual a sua influência no desenvolvimento da discussão sobre educação na saúde no Brasil, especialmente no âmbito da PNEPS? Ainda que não se proponha a responder a todas essas questões, este artigo busca apresentar uma leitura sobre os referenciais desenvolvidos sob o patrocínio da OPAS e levantar perguntas que contribuam para a compreensão do tema.

Em meados da década de 1970, a OPAS, em particular sua Divisão de Recursos Humanos e Investigação, promoveu a renovação do debate sobre as ações educacionais voltadas a trabalhadores de saúde. Renovação porque, por um lado, indicou a formação como responsabilidade dos sistemas de saúde, e, por outro, por ter colocado em foco a mudança das práticas profissionais cotidianas. Ao contrário do que faz parecer o debate no Brasil, as noções ‘educação continuada em saúde’ e ‘educação permanente em saúde’ foram utilizadas de modos diversos, muitas vezes indistintos no âmbito das publicações da OPAS entre a década de 1970 e início dos anos 2000. Na verdade, apenas em publicações datadas de 2002 (OPS, 2002a; 2002b) pode ser encontrada a dualidade entre as duas noções, de forma semelhante à da literatura fundante da PNEPS (Brasil, 2004). Este aspecto é de particular relevância no caso brasileiro pela celeuma que se criou em torno de uma pretensa primazia da educação per-

manente sobre a educação continuada sem que, entretanto, a diferenciação proposta possa ser verificada de fato na literatura e nas práticas cotidianas de educação na saúde (Peduzzi et al., 2009; Ferraz et al., 2012; Miccas e Batista, 2014). Ou seja, ambas as noções são utilizadas sem que necessariamente sejam coerentes com a distinção conceitual que se propõe. Nesse sentido, este artigo revisitou as publicações da OPAS entre 1975 e 2002 para compreender a elaboração dos referenciais sobre educação na saúde.

O artigo se inicia apresentando a abordagem teórico-metodológica do problema, assim como os procedimentos metodológicos da pesquisa. Na sequência, serão apresentadas e discutidas as matrizes conceituais desenvolvidas com base na literatura abordada, separando-as em dois períodos temporais, cada um referente à prevalência de uma das matrizes conceituais: 1975 a 1984 e 1984 a 2002. Ao final, são levantadas algumas questões a partir dos achados de pesquisa.

Metodologia

Adotou-se a noção de matriz conceitual, conforme desenvolvida por Guizardi (2008), para delimitar as formulações teóricas sobre a educação na saúde promovidas pela OPAS no período entre 1975 e 2002. Esta opção analítica situa-se no quadro da diferenciação entre o conceito – como criação filosófica – e as proposições científicas, desenvolvida por Gilles Deleuze e Felix Guatarri (1997).

Para os autores, cada conceito é uma criação e requisita para si um problema, ou melhor, constrói para si o problema ao qual pretende dar respostas. Para que opere realidades, necessariamente mobiliza outros conceitos, engendra com eles arranjos singulares, que os inscrevem como ‘componentes’ do conceito que é criado. As pontes, relações de vizinhança e de apropriação entre eles têm um caráter único, conferindo ao novo conceito um plano de consistência próprio. O conceito é assim um acontecimento, de caráter parcial e pontual, e de singularidade absoluta (Guizardi, 2008), que não pode ser confundido com mera palavra ou expressão, ainda que um termo referido para expressá-lo possa constituir (ou não) parte do vocabulário corrente. No mesmo sentido, uma palavra ou expressão usada para denominar um determinado conceito pode ser empregada sem sua densidade ou mesmo ser reapropriada para criação de um conceito novo (Deleuze e Guatarri, 1997).

As seguintes questões foram o ponto de partida da pesquisa para delimitar as formulações conceituais desenvolvidas pela OPAS: Quais os conceitos engendrados nessa produção? Como se compõem seus respectivos planos de consistência, ou seja, com que outros conceitos (componentes) engendram relações de vizinhança, aliança e intensividade? A análise da literatura selecionada redundou no delineamento de duas matrizes conceituais. A primeira

foi resultado do esforço institucional realizado pela OPAS no período de 1975 a 1984, enquanto a segunda expressa sua produção no período entre 1984 e 2002. Para cada matriz, foi discutido o contexto histórico de surgimento e estabelecidas composições com outros conceitos que as singularizam.

A literatura objeto da análise foi selecionada por meio de buscas sistemáticas na internet, nos bancos de dados da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da própria OPAS, além de buscas no Google Acadêmico. As palavras-chave a seguir foram utilizadas para as buscas, sempre acrescidas da palavra saúde: educação permanente, educação continuada, formação de recursos humanos, desenvolvimento de recursos humanos. Por outro lado, observou-se atentamente as referências bibliográficas das revisões de literatura sobre o tema, de modo a buscar ativamente os textos citados por essas revisões, uma vez que se verificaram citações a textos de aparente relevância para a pesquisa e que não se encontravam disponíveis nas bases de dados elencadas. Excluídas as duplicidades, as buscas retornaram um total de 1.167 publicações. Por meio da leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 143 textos mediante os seguintes critérios: abordar o tema da educação permanente de forma abrangente, sem especificidades de determinados tipos de serviço ou profissão de saúde; discutir as influências das formulações sobre educação permanente em saúde, em especial aquelas da OPAS, na elaboração da política pública brasileira; realizar revisão de literatura sobre o tema; e estar disponível online na internet. Esse conjunto é composto por artigos científicos, dissertações, teses, documentos oficiais e, inclusive, manuscritos não publicados em revistas indexadas.

1975 a 1984: a primeira matriz conceitual (ou: o que se pretende que seja a ‘educação continuada’)

O conceito desenvolvido ao longo da década de 1975 a 1984 estabeleceu como problema para si o fazer em saúde naquilo que decorre da insuficiência de conhecimentos e habilidades aprendidos no processo de formação dos profissionais. Em destaque, a necessidade de novos conhecimentos e habilidades derivadas da obsolescência de saberes e práticas, da introdução de novos fatores de produção – equipamentos, insumos etc. – ou da necessidade de realocar os trabalhadores em novas funções. Esses dois últimos aspectos requisitando não mais uma atualização, mas a aquisição de novos conhecimentos. Em suma, as ações educacionais “buscam resolver dois problemas do que fazer profissional e técnico: a ignorância e a obsolescência” (Villalpando Casas, Gutiérrez, Trujillo e Nuñez Maciel, 1994, p. 425, tradução nossa).³ Aparece ainda, mesmo que residualmente, uma referência ao “desenvolvimento humano do indivíduo – cultural, intelectual e social” (OPS, 1979, p. 54, tradução nossa).⁴

Nessa década foram realizadas a 30^a Assembleia Mundial de Saúde (1977) e a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), esta última conhecida por ter sido palco da elaboração da Declaração de Alma-Ata. A meta ‘Saúde para Todos no Ano 2000’ e o enfoque na atenção primária derivados desses eventos colocaram na ordem do dia a necessidade de: (1) organização dos serviços para a expansão da cobertura dos sistemas de saúde; (2) regionalização dos serviços em uma rede hierarquizada, entendida como problema fundamentalmente de recursos humanos; (3) atenção primária como estratégia prioritária para extensão da cobertura, inclusive guiando o conteúdo dos programas destinados aos outros níveis do sistema; e (4) participação da comunidade, entendida aqui como a necessidade de estender as ações educacionais ao pessoal ‘informal’ da saúde, ou seja, curandeiros, parteiras, mães etc.

‘Educação continuada’ era a noção mais comumente utilizada para falar a respeito da nova matriz conceitual em desenvolvimento. Tal noção foi herdada do período anterior ao que esse esforço se situa. A noção de ‘educação permanente’, no entanto, aparece em vários textos e sem distinções da ‘educação continuada’. O ponto de partida era a crítica aos programas educacionais, que possuíam caráter estritamente acadêmico ou voltado a preocupações de grupos profissionais específicos, sem, entretanto, responder aos desafios concretos dos sistemas de saúde (OPS, 1976a; Andrade, 1979; Llorens, 1986). Sobrava a necessidade de uma profunda reorientação desses programas, pois assim “poderiam constituir um elemento de grande utilidade para alcançar os objetivos de saúde na América Latina e no Caribe” (OPS, 1976a, p. 5, tradução nossa).⁵ As ações de capacitação, treinamento, seminários, ofertas de materiais educativos etc. deveriam ser articuladas em novas bases, com a OPAS desempenhando papel central na articulação e apoio técnico junto aos países.

Ainda em 1974 uma das resoluções da XIX Conferência Pan-Americana queria que o diretor da OPAS tivesse “as medidas necessárias para colaborar com os governos em seus esforços para planificar, implantar e melhorar os mecanismos que permitam a atualização permanente do pessoal de saúde” (OPS, 1976a, p. 7, tradução nossa).⁶ A mesma resolução recomendava aos governos o compartilhamento de suas experiências de educação continuada com a OPAS e a integração dos planos de desenvolvimento de recursos humanos aos seus respectivos planos nacionais de saúde, coordenando ações dos Ministérios da Saúde e das instituições formadoras na sua programação e execução. Assim, pretendia-se colocar em prática estratégias com o objetivo de estudar e aprimorar os programas nacionais de educação na saúde (OPS, 1976).

Uma das constatações geradas nesse processo é de que a chave para o sucesso seria a identificação das necessidades educacionais em nível periférico, associadas a uma coordenação central de modo a beneficiar todos os membros das equipes de saúde. Para dar resposta ao desafio identificado, em 1978, a

OPAS publicou um guia centrado nos “problemas operacionais específicos para a organização de programas de educação continuada destinados ao conjunto do pessoal de saúde, nos programas de extensão da cobertura” (OPS, 1978, p. 3, tradução nossa).⁷ Já em 1979, a OPAS iniciou cooperação com a Agência Canadense para Desenvolvimento Internacional no sentido de criar serviços nacionais de educação continuada, além de garantir continuidade, aumentar a cobertura e melhorar a coordenação dos programas já existentes, conferindo caráter permanente aos programas dos países da região (OPS, 1979; Vidal, Giraldo e Jouval, 1986).

É no bojo desse processo que se desenvolve uma matriz conceitual cujos componentes são: pedagogia da transmissão; momentos educacionais delimitados; identificação de necessidades e objetivos ‘desde fora’; determinação centralizada de prioridades; participação regulada; e interprofissionalidade sitiada.

Pedagogia da transmissão. A abordagem pedagógica dessa matriz conceitual corresponde aos objetivos prioritários: atualização, suplementação e aquisição de novos conhecimentos, já dados, disponíveis. Do ponto de vista discursivo, não se considera os alunos como tábula rasa:

Os programas de educação continuada são dirigidos a participantes de vários níveis e idades; há pessoal antigo que esqueceu parte dos seus conhecimentos, pessoal recém-formado que não adquiriu experiência prática, pessoal com capacitação formal e pessoal empírico. Por outro lado, existe pessoal de mandos superiores e pessoal subalterno (OPS, 1978, p. 23, tradução nossa).⁸

O reconhecimento dessa diversidade requeria a determinação do ‘nível atual de capacitação’ e a busca de uma teoria voltada a pensar especificamente a educação de adultos, como algo diferente da pedagogia. A andragogia é mobilizada nesse contexto tendo como consequência para os processos educacionais conferir aos adultos maior participação nas respectivas definições (OPS, 1978).

Os processos educacionais são pensados em termos de currículos, cujo desenho deve ser, ao menos inicialmente, simples e direto, e seus conteúdos definidos previamente. A consideração sobre os conhecimentos e habilidades de cada profissional parece representar, portanto, uma intenção de agrupar os diferentes profissionais de forma homogênea no que concerne aos seus ‘níveis atuais de capacitação’. A relação de ensino-aprendizagem é centrada na transmissão-recepção de conhecimentos já existentes, ofertados seja em sala de aula, seja por meio dos materiais de apoio disponibilizados (OPS, 1989c). Por outro lado, a médio e longo prazo, admite-se a adoção de currículos mais flexíveis, de modo a estimular o estudo individual ou em grupos. O objetivo

final do processo seria uma “autoeducação permanente do pessoal da saúde” (OPS, 1978, p. 26, tradução nossa).⁹

Momentos educacionais delimitados. Momentos educacionais específicos são necessários para cumprir os objetivos educacionais postos pelos programas de educação continuada. Isto é, para atualizar ou adquirir conhecimentos, seria preciso estar em sala de aula, ou lendo um material didático, ou ouvindo uma fita cassete preparada para esse fim específico. Nesse sentido, são incentivados momentos educacionais individuais (a autoaprendizagem) e coletivos (atividades em sala de aula, seminários etc.).

Identificação de necessidades e objetivos ‘desde fora’. A identificação de necessidades educacionais é estruturada em necessidades operacionais (de conhecimentos para a atenção à saúde) e necessidades educacionais (de desenvolvimento intelectual, cultural e social do indivíduo) (OPS, 1978; 1979). A primeira obedece à lógica de necessidades gerais (estabelecidas pelo nível nacional, nos planos de saúde, pela investigação científica e conselhos nacionais de saúde), intermediárias (geradas pela consulta às instâncias regionais, além de hospitalares com foco na identificação de erros médicos e administrativos) e primárias ou básicas (necessidades dos trabalhadores). A identificação destas últimas é proposta por meio de auditoria de história clínica, de prescrições e auditoria operacional, além da formação de comissões (com participação de docentes, especialistas e generalistas) e, por fim, da aplicação de questionários com foco em questões relativas ao manejo clínico.

Pretensamente, tais processos deveriam permitir a identificação das necessidades pelos próprios trabalhadores, mas apenas as comissões e os questionários poderiam ser dispositivos coerentes com essa finalidade. Nesse sentido, o que prevalece é o estabelecimento de necessidades desde fora, no nível central, onde os demais níveis cumprem um papel de levantamento de necessidades apenas para aprimorar e/ou legitimar o que esse nível estabelece.

Determinação centralizada de prioridades. Se as diferentes regiões e seus profissionais eram convidados, ainda que timidamente, a participar do ‘levantamento’ de necessidades, a definição de prioridades deveria ser centralizada. Num contexto em que não seria possível atender a todas as necessidades educacionais, à unidade central caberia analisar os levantamentos e estabelecer as prioridades baseada no seguinte: (1) reconhecimento dos problemas mais comuns; (2) quais seriam os mais urgentes; (3) possibilidade de oferecer uma resposta global; (4) capacidade de obter resultados visíveis a curto prazo; (5) custo-efetividade; e (6) condições logísticas para operar as respostas. Não se identifica preocupação com a definição local ou regional das prioridades. Estes níveis de atenção possuíam apenas o papel de ‘informar’ necessidades identificadas.

Participação regulada. Dos trabalhadores esperava-se uma presença ativa no processo de ensino-aprendizagem. A busca pela autoinstrução, pela auto-

aprendizagem, constituía indicador da participação requisitada a acontecer, inclusive, no tempo livre dos profissionais, ato a partir do qual se reconheceria uma atuação mais ativa.

Apenas na identificação de necessidades – e sob os termos anteriormente explicitados – se previa a participação em algum grau na definição das ações. Discursivamente, entretanto, considerava-se que essa seria uma fragilidade importante do processo, resolvida – apenas formalmente – ao ser prevista a descentralização da gestão dos programas de educação continuada, possível na medida em que ela se tornasse parte da cultura dos serviços e dos trabalhadores. Nesse momento, seria possível a passagem de uma comunicação vertical para uma comunicação horizontal, estágio em que o nível central deveria realizar apenas atividades de coordenação geral, assessoria técnica e apoio logístico.

Interprofissionalidade sitiada. À diferença dos processos então vigentes, o conceito desenvolvido nesse período ampliou os personagens dos processos educacionais. Se antes estes processos eram direcionados sobretudo ao pessoal médico e, em menor medida, a outras profissões de nível superior, em especial dos serviços especializados, agora deveriam contemplar os vários serviços do sistema e o conjunto do pessoal da saúde. Desse modo, por exemplo, de uma ação sobre a malária decorreriam processos educacionais para todos os envolvidos, em todos os níveis de atenção, desde a população até as diversas profissões pertinentes ao problema nos serviços de atenção primária, secundária e terciária. A cada categoria profissional deveria corresponder um escopo de conhecimentos necessários para lograr a intervenção a ele atribuída.

A ‘interprofissionalidade’ é, desse modo, sitiada, pois nesse contexto confere contornos ao fazer em saúde que o significa como a soma de ações passíveis de serem realizadas no âmbito do saber e fazer de cada profissão, como soma de partes isoladas formando um todo.

O desenvolvimento desta matriz conceitual ocorre em publicações e iniciativas de caráter eminentemente metodológicas e proceduralistas, cujo foco remete à perspectiva de elaborar e transmitir conhecimentos, métodos e procedimentos detalhados para que os países implementem programas de educação na saúde. O que de resto é coerente com os componentes apresentados e que delimitam os contornos da matriz conceitual em questão.

Os arranjos entre os componentes conceituais estabelecem de maneira bem definida os papéis, os tempos e os movimentos das ações educacionais, colocando em um futuro (distante) a ampliação de seu escopo e a assunção de objetivos mais gerais e complexos, tidos como impossíveis de ser alcançados a curto prazo. Ao problema do fazer em saúde como deficiência de conhecimentos e habilidades, a matriz conceitual responde de maneira coerente com o plano de consistência que engendra. Suas rupturas consistem em considerar o problema (do conhecimento) de modo mais amplo, como questão para o conjunto do pessoal e do sistema de saúde, não mais apenas para profissionais

de nível superior em certos níveis de atenção e, em especial, não mais apenas para médicos. A forma como é apresentada a identificação de necessidades pretende criar uma inflexão nas características então vigentes, no sentido de conferir-lhes vinculação efetiva com o que o trabalho requisita (de conhecimento). Se antes as ações educacionais respondiam a necessidades meramente acadêmicas ou derivadas de interesses próprios às categorias profissionais, nessa formulação elas devem emanar do trabalho, ali onde se identificam déficits de conhecimento e habilidades que precisam ser supridos; ainda que, todavia, tal identificação seja baseada em necessidades gerais e pressupostas. Outro aspecto a destacar é que nesta matriz a responsabilidade pela educação é concernente aos sistemas de saúde e não apenas relegada à responsabilidade individual dos trabalhadores.

É importante ainda notar que a presença da noção ‘educação permanente’ no âmbito dessa matriz conceitual parece estar relacionada à divulgação e difusão de uma determinada concepção de ‘educação permanente’ pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) ao longo da década de 1960. No entanto, não se pode afirmar que a concepção da Unesco sobre ‘educação permanente’ tenha sido, de fato, incoporada. Ela aparece como uma espécie de redenção humanista dos programas de educação continuada, os quais teriam o potencial de desenvolver os trabalhadores nas dimensões cultural, intelectual e social (OPS, 1979; Llorens, 1986) – parte daí a estranha diferenciação citada sobre ‘necessidades operacionais’ e ‘necessidades educacionais’ –, pretensão que não encontra coerência com o plano de consistência da matriz.

Dessa forma, torna-se problemático afirmar que essa matriz conceitual tenha sido denominada como ‘educação continuada em saúde’ e que ‘educação permanente em saúde’ seja algo que se encontra alhures. Por outro lado, apenas no final da década de 1990 a noção de ‘educação permanente em saúde’ é apresentada como representante linguística inequívoca da segunda matriz conceitual.

1984 a 2002: a segunda matriz conceitual (ou: o que se pretende definir como ‘educação permanente’)

Ao tomar o fazer em saúde como problema, o desenvolvimento teórico do período entre 1984 e 2002 confere a ele novos contornos, de forma que requisita uma nova matriz conceitual. Se anteriormente o trabalho em saúde não era compreendido como contexto de produção de conhecimentos, de modo que era preciso ofertar desde fora saberes e habilidades para suprir suas deficiências, a segunda matriz conceitual, ao contrário, não apenas enaltece como investe no potencial da atividade de trabalho de geração de conhecimentos. Nela este potencial é reconhecido como mola propulsora

da aprendizagem, não apenas no sentido de ser a fonte do levantamento de necessidades educacionais, mas de ser o próprio espaço de invenção das soluções para os problemas que nele se apresentam. Os ‘recursos humanos’ passam a ser compreendidos não como insumo da produção (equipamentos, medicamentos etc.), mas como protagonistas da produção de saúde, ou seja, “não só como fator estrutural, mas também como principal fator de mudança” (Rovere, 1993a, p. 6, tradução nossa).¹⁰

O desenvolvimento dessa matriz conceitual tem seu início no biênio de 1984-1985, quando a OPAS decide avaliar a década anterior. Para isso, foram realizadas reuniões, estudos e elaborações teóricas, seja por meio de publicações institucionais, seja pelo estímulo a publicações sobre o tema na revista *Educación Médica y Salud*. O início desse processo teve como mote a avaliação de experiências desenvolvidas anteriormente pelos países da região, em especial aquelas estimuladas pela OPAS por meio da cooperação com a Agência Canadense para Desenvolvimento Internacional. Experiências de vários países foram mobilizadas, inclusive a relevante iniciativa brasileira conhecida como ‘Larga Escala’, o que se desdobrou na elaboração de várias publicações. Dentro elas, destacam-se os dez fascículos da série *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*, publicados entre os anos de 1988 e 1991 (OPS, 1988a; 1988b; 1989a; 1989b; 1989c; 1989d; 1990).

A proposta de reorientação inicia o diagnóstico da situação de então colocando em evidência exatamente o mesmo fato destacado 13 anos antes: a carência de atividades que impulsionassem de modo efetivo a educação nas instituições assistenciais. Em outras palavras, reconhecia-se de partida o caráter inócuo da proposta anterior em alterar o cenário da educação na saúde. Na segunda matriz conceitual é construída uma relação de aliança e intensividade com conceitos coerentes à forma como o problema que a justifica é configurado: a) educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho; b) pedagogia da problematização; c) participação ampliada; d) enfoque estratégico; e e) interprofissionalidade constituínte são os componentes dessa matriz que hoje conhecemos como educação permanente em saúde.

Educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. Este componente – inspirado na expressão utilizada por Mario Rovere para definir a educação permanente (1993a; 1993b) – finca as bases da matriz conceitual. A inflexão diz respeito a uma “proposta educativa realizada nos âmbitos do trabalho, destinada a refletir sobre esse mesmo processo de trabalho e a intervir nele com fins de melhorar a qualidade dos serviços e as condições laborais” (Rovere, 1993b, p. 490, tradução nossa).¹¹ Em seu enunciado mais taxativo, representa não apenas uma ampliação de escopo em relação ao conceito anterior, mas uma diferenciação em relação a certos processos educacionais, pois “os múltiplos cursos de capacitação que se realizam no setor saúde não neces-

sariamente podem ser considerados educação permanente” (Rovere, 1993b, p. 490, tradução nossa).¹²

O fazer em saúde é considerado imediatamente educativo, ou seja, todas as ações de saúde – seja na prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças – possuem um componente educativo (Clasen Roschke e Casas Donneys, 1987), na medida em que geram inquietações, produzem mudanças de pontos de vista, mobilizam a busca por conhecimentos e práticas ainda não adquiridos e, sobretudo, são o cenário da produção de novos conhecimentos para responder aos problemas do fazer em saúde. A aprendizagem acontece “mediante uma série de eventos e experiências, organizados ou não, formais ou não, planejados ou espontâneos” (Haddad, Mojica e Chang, 1987, p. 11, tradução nossa).¹³

O trabalho é o eixo do processo educativo e a própria fonte de sua transformação (OPS, 1994; 1989a; 1989d; Campos, 1989). Nesse sentido, as ações de capacitação, seminários, grupos de estudo etc. podem compor os momentos educacionais; mas, à diferença do conceito anterior, eles não são delimitáveis, o que alinha esta matriz de forma mais consistente à concepção de educação permanente difundida pela Unesco (Neotti, 1978; Gajardo, 1985; Furter, 1977). A equação segundo a qual os conhecimentos oferecidos em momentos educacionais delimitados seriam a resposta à transformação das práticas de saúde é invertida. O valor do conhecimento “está na possibilidade de que seu uso se oriente a assegurar a satisfação das necessidades do usuário” (Brito Quintana, Clasen Roschke e Ribeiro, 1994, p. 50). Como consequência, de problemas cujo valor de face se apresenta indistintamente (ex.: altos índices de morte neonatal) podem resultar soluções diferentes.

Por outro lado, essa reconfiguração também inscreve uma inflexão na identificação das necessidades de aprendizagem. Estas devem partir dos problemas identificados no, pelo e para o trabalho (Davini, 1994; Rovere, 1993b; Campos, 1989). A discussão e reflexão crítica sobre a prática é que deve informar a carência de novos aportes (Davini, 1994). O conhecimento científico perde assim sua aplicação linear, é desautorizado de seu lugar de motor da transformação das práticas de saúde. Ao contrário, esse recorte seria contraproducente ao trabalho solidário das equipes de saúde, devendo, pois, considerar os esquemas de pensamento e as experiências prévias para tornar o conhecimento significativo (Davini e Clasen Roschke, 1994).

As necessidades de aprendizagem devem ser identificadas “a partir da análise do processo de trabalho desde os níveis locais de saúde, em instituições concretas” (Davini, 1994). São definidas por meio de juízos de valor, segundo as percepções dos atores e dos objetivos que perseguem. Devem ser fruto, portanto, de uma discussão aberta entre os trabalhadores sobre a identificação de situações-problema (Haddad, 1994).

Pedagogia da problematização

A Pedagogia da Problematização parte da base de que, em um mundo de mudanças rápidas e nem sempre previsíveis, o importante não são os conhecimentos ou ideias, nem os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, senão o aumento da capacidade do aluno – cidadão participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar-lhes soluções originais e criativa (Bordenave, 1988, p. 37, tradução nossa).¹⁴

A citação acima resume os elementos principais do conceito de problematização mobilizado pela segunda matriz conceitual (OPS, 1988b). O cerne do processo educacional consiste em refletir sobre o trabalho, identificar e caracterizar as situações-problema que dele surgem. “Os problemas não existem independentemente dos sujeitos que se problematizam” (Davini, 1994, p. 115, tradução nossa).¹⁵

Ao definir “a dúvida como princípio e como método de conhecer” (Brito Quintana, Clasen Roschke e Ribeiro, 1994, p. 50), a problematização passa a permear todo o processo e de modo coletivo. Em outras palavras, comprehende-se que as equipes constituem-se enquanto tal não por sua vinculação institucional, mas no próprio ato de identificar e caracterizar os problemas, na construção de uma

base explicativa dos fenômenos e manifestações da mesma, dos fatores causais, das circunstâncias que o agravam (fatores de risco) e dos elementos que proveem insumos para formular alternativas de resposta (Haddad et al., 1994, p. 2, tradução nossa).¹⁶

Participação ampliada. A participação de todos os atores é tida como aspecto essencial. De um lado, seria necessário sair de uma lógica instrumental, na qual os usuários eram convidados a colaborar com programas institucionais no sentido de agilizar suas ações, sem que seja aberto espaço para discuti-las de fato, considerando suas razões, intencionalidades e modos de produção. Em outras palavras, seria necessário incorporar “a população na análise das situações-problema que lhes afetam, na consideração de opções para enfrentá-las e na execução das ações resultantes; é a participação como cogestão” (Haddad et al., 1994, p. 13, tradução nossa).¹⁷ Ela deveria se efetivar em especial no âmbito dos sistemas locais de saúde, começando pela estratégia da atenção primária à saúde.

Por outro lado, a perspectiva de gestão do trabalho coletivo “assume a participação de todos os trabalhadores envolvidos em cada um dos problemas

em estudo na instituição” (Rovere, 1994, p. 48, tradução nossa)¹⁸ como uma dimensão estratégica da proposta: “a democratização do poder e do saber” (Rovere, 1993b, p. 494, tradução nossa).¹⁹ A proposta de mudança deveria ser impulsionada por uma força social concreta, de onde redunda a incorporação do enfoque estratégico entre os componentes desse conceito.

Enfoque estratégico. Esse enfoque exerceu uma importante influência na saúde entre as décadas de 1970 e 1990, em particular a obra de Carlos Matus e de Mário Testa. Este último autor parece ter exercido maior influência sobre Mário Rovere, provavelmente pelos diálogos que empreendeu com Foucault (Giovanella, 1990), incorporando em seu referencial a ideia de poder como relação, além da categoria ‘recurso de poder’.

Na saúde, a relação intrínseca entre poder e saber expressa-se especialmente no papel que as normas têm nas instituições.

Aos tipos de discurso que acolhe e faz funcionar como verdadeiros; aos mecanismos e instâncias que usa para distinguir enunciados verdadeiros ou falsos e à maneira de sancionar uns e outros; às técnicas e procedimentos que são valorizados para obter a verdade; e ao estatuto de quem se encarrega de dizer o que funciona como verdadeiro (Rovere, 1993b, p. 495, tradução nossa).²⁰

Ao requerer o cerne dessa dinâmica como objeto, consolidam-se as contribuições do enfoque estratégico ao campo das ações educacionais.

O processo de democratização, as relações e o reforço saber-poder, a recuperação do sujeito e a articulação dinâmica entre prática e teoria podem ser quatro suportes de trabalho conjunto entre educação permanente e planejamento estratégico (Rovere, 1993b, p. 494, tradução nossa).²¹

Esta aproximação assentava-se na compreensão de que todos os atores governam, de modo que se deveria incorporar a análise estratégica e situacional enquanto elementos das ações educacionais (Brito Quintana, Clasen Roschke e Ribeiro, 1994).

Interprofissionalidade constituinte. As considerações anteriores trazem claras implicações para o olhar sobre o trabalho em equipe na saúde. A equipe se constitui não por sua vinculação institucional, isto é, pelo simples fato de trabalhar num mesmo espaço, mas pelo objeto a que se dedica (Rovere, 1994). A análise estratégica das relações de poder-saber que se instituem entre as diversas categorias profissionais (Davini, 1994) e a necessidade de que a problematização envolva os diversos atores (Haddad, 1994) por si já estabelecem um novo terreno em comparação à matriz conceitual anterior.

Brito Quintana, Clasen Roschke e Ribeiro (1994) acrescentam à análise do cenário a entrada em cena de organizações corporativas (sindicatos e associações profissionais), derivada do contexto de crise e ajustes econômicos. A queda dos salários, o crescimento da massa assalariada vinculada aos sistemas de saúde, a deterioração das condições e ambientes de trabalho, além da precariedade dos vínculos empregatícios modificaram o contexto, motivando esses atores a buscar maior presença para aumentar a pressão sobre os governos.

Se na primeira matriz conceitual delineada a interprofissionalidade dizia respeito à necessidade de incluir o conjunto do pessoal de saúde nas ações educacionais, agora ela se inscreve no seio das relações de poder que se estabelecem entre as profissões. Coloca-se a necessidade de fortalecimento das equipes, entendidas como âmbito em que se processam as mudanças da prática (Clasen Roschke, Davini e Haddad, 1993).

Nesse sentido, mostrava-se necessário atuar sobre os marcos regulatórios das profissões no contexto de uma gestão do trabalho coletiva e democrática, em contraposição a uma lógica estática de autonomia e corporativista. Assim, a interprofissionalidade é constituinte, afirmada como território da produção do cuidado em saúde (Brito Quintana, Clasen Roschke e Ribeiro, 1994).

A segunda matriz conceitual cria uma nova compreensão sobre o fazer em saúde e alarga o campo de ação da educação na saúde para um plano até então não explorado: o caráter relacional e conflitivo do trabalho em saúde. O conceito põe um novo problema e a resposta é construída na aliança (prioritária) com um de seus componentes: a problematização. É na ponte com esse conceito que a matriz singulariza a resposta a ‘como fazer’ intervenções educacionais nesse cenário complexo. Essa aliança articula e atravessa os demais componentes, pois é o método que interfere nas relações de poder, que confere materialidade à ‘educação no, pelo e para o trabalho’.

A problematização responde ainda a outra dimensão anteriormente requerida, mas para a qual parecia não haver resposta: a contribuição da educação na saúde com o desenvolvimento integral dos indivíduos. Essa característica da segunda matriz conceitual está também presente na noção de ‘educação permanente’ difundida pela Unesco que remete a educação à realidade prática, ao cotidiano e aos problemas que nele se apresentam. “É um processo que tende a tornar educativo o próprio trabalho, mais que lhe agregar atividades adicionais de aprendizagem” (Campos, 1989, p. 6, tradução nossa).²² A caracterização dos problemas requer reflexão, exposição, troca de saberes e posições, alteridade interprofissional e fala de um novo território existencial a construir. Ainda que referida ao trabalho, sua capacidade de ensejar uma leitura de realidade e um desejo de futuro abre a possibilidade de novas compreensões sobre o mundo como um todo e, consequentemente, aproxima-se da perspectiva de um desenvolvimento integral dos trabalhadores (Haddad,

Mojica e Chang, 1987; Alvarez Fernández e Campos, 1989; OPS, 1993; 1994; 1988a; 1988b; 1989a; 1989d).

A dimensão política do trabalho em saúde destaca-se: a participação é aberta a todos. Para ter efeito, deve considerar os arranjos de trabalho, as relações de força, os conflitos e as alianças; estimular a autonomia e a criatividade na criação de soluções para os problemas. Contudo, ela é mediada e conduzida no mundo do trabalho pela problematização, o que na verdade é coerente com o fato de ser o como de um processo educacional. A limitação de sua capacidade em intervir sozinha na mudança de cenário e a necessidade de articular-se com outras discussões e lógicas de ação é reconhecida inicialmente apenas por Rovere (1993a; 1993b; 1994; 1999), que mistura referenciais da organização institucional, psicologia social e planejamento estratégico. “A educação permanente eficaz não é uma atividade isolada, mas forma parte privilegiada de um projeto de mudança institucional mais amplo” (Rovere, 1993b, p. 511, tradução nossa).²³ Tal análise seria incorporada de modo mais consistente ao referencial apenas nas publicações datadas de 2002 (OPS, 2002a; 2002b). O uso da noção de ‘educação continuada’ prevaleceu sobre ‘educação permanente em saúde’ no desenvolvimento da segunda matriz, até pelo menos o final da década de 1980. Mesmo os autores que posteriormente afirmaram uma diferença entre essa duas expressões, utilizaram largamente a expressão ‘educação continuada’ como representante linguístico da segunda matriz conceitual (Haddad, Mojica e Chang, 1987; Clasen Roschke e Casas Donneys, 1987). Essa diferença viria a ser afirmada de modo enfático apenas em publicações datadas de 2002, quando a segunda matriz conceitual é apresentada de maneira inequívoca sob a noção de ‘educação permanente em saúde’. Em uma das publicações, afirma-se que ela é fruto “da adoção e utilização de uma nova maneira de enfrentar os problemas educacionais, denominada agora, muito amplamente, *educação permanente*” (OPS, 2002a, p. vii, tradução nossa).²⁴ Na outra publicação, do mesmo ano, salienta-se que as discussões e os aportes teórico-metodológicos recentes no campo da educação do pessoal da saúde teriam levado “a contrastar os paradigmas da denominada Educação Continuada e da Educação Permanente” (OPS, 2002b, p. 71, tradução nossa).²⁵ E, ainda, caracteriza a ‘educação continuada’ como: uma continuidade do modelo escolar centrada na atualização de conhecimentos e de enfoque disciplinar; uma concepção técnica da prática como aplicação linear de conhecimentos especializados; uma estratégia descontínua, sem sequência. Já o enfoque reunido sob a noção de ‘educação permanente’ representaria “um importante giro na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços” (OPS, 2002b, p. 72, tradução nossa),²⁶ invertendo a lógica em relação à ‘educação continuada em saúde’. Tal mudança aponta um caráter revisionista em relação aos usos das duas noções nas décadas anteriores. A

'invenção da diferença', forçando uma distinção antes inexistente, contribuiria para promover a mudança das práticas sociais?

Considerações finais

A forma como chamamos o que fazemos modifica nosso fazer? Em outras palavras, realizar práticas educacionais baseadas no paradigma da educação bancária e passar a chamá-las de 'educação permanente em saúde' as tornaria mais palatáveis? Por outro lado, desenvolver práticas dialógicas e sob o paradigma construtivista chamando-as por 'educação continuada em saúde' diminuiria o valor de tais práticas?

Ao longo do artigo, configuramos duas matrizes conceituais, que correspondem a diferentes períodos históricos, e buscamos explicitar como os termos 'educação continuada' e 'educação permanente em saúde' foram associados a cada uma delas. A primeira matriz se caracteriza pela compreensão de que a educação em saúde deveria promover momentos educacionais, mesmo que individuais, nos quais os profissionais poderiam sanar o déficit de conhecimentos. Assim, a compreensão é de que há um conhecimento dado, pronto, cuja aplicação poderia resolver os problemas com os quais os trabalhadores se deparam no dia a dia do trabalho em saúde. Para tanto, seriam suficientes ações de difusão desses conhecimentos. Todas as profissões são consideradas, mas os profissionais não são vistos como conjunto, como equipe. Já a segunda matriz considera o trabalho em saúde fruto da interação dos profissionais da equipe entre si e com os usuários. Este 'entre' é o principal dispositivo dos processos educacionais. Ou seja, o conjunto dos envolvidos, coletivamente, deveria problematizar a realidade, a fim de entendê-la e construir soluções para os problemas que nela se apresentam. A importância do conhecimento não é desprezada, mas sua aplicação é contextual e secundária no processo de construção coletiva de soluções para os problemas.

O desenvolvimento dos referenciais sistematizados sob as duas matrizes conceituais requereu tempo e foi fruto da problematização sobre o histórico das práticas educacionais. Ao contrário de uma ruptura abrupta, a passagem de um referencial centrado na transmissão do conhecimento, para outro, cuja espinhal dorsal é a problematização da realidade, foi lenta, gradual e conflituosa. Na verdade, pode-se supor que nem todos os atores sociais estejam convencidos da primazia de um referencial sobre o outro. Tampouco a força da diferença entre os referenciais e as práticas que a partir deles são engendradas residem em uma ou outra palavra ou expressão, isto é, em chamá-las por 'educação continuada' ou 'educação permanente em saúde'.

Desse modo, os achados do artigo nos ajudam a compreender os referenciais em torno do tema da educação em saúde, em um escopo limitado ao aprofundamento.

damento do estudo das publicações entre 1975 e 2002, com o olhar voltado aos desenvolvimentos teórico-metodológicos do período. Por fim, alertam-nos sobre a necessidade de reagir com precaução quando somos instados a defender um ou outro referencial organizado sob uma determinada noção, posto que tais referenciais e respectivos significantes variam historicamente. Caso contrário, podemos inadvertidamente aderir a conflitos que ocultam disputas de outra ordem, para além de divergências teórico-metodológicas fundadas em diferentes visões sobre a educação.

Colaboradores

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti foi responsável pela pesquisa, análise, redação inicial, revisão e finalização do artigo. Francini Lube Guizardi foi responsável pela análise, revisão de conteúdo e finalização do artigo. Não há conflitos de interesse.

Resumen Con la finalidad de recobrar y sistematizar los diferentes posicionamientos que han conformado la trayectoria de construcción de la noción de educación permanente en salud, el artículo tiene como objetivo revisar las discusiones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud, en el período de 1974 a 2001, con relación a las prácticas de educación en la salud, con el objetivo de comprender las líneas de fuerza, intencionalidades y juegos de poder involucrados en este debate. Se realizó una investigación documental y bibliográfica, utilizando como referencia analítica la noción de matriz conceptual. Los resultados presentan los elementos componentes de estas matrices y sus respectivos contextos de emergencia, los cuales corroboran la existencia de dos matrices conceptuales en la producción de la organización Panamericana de la salud, a saber, la educación continua en salud y la educación permanente en salud referentes, respectivamente, a los períodos de 1974 a 1984 y 1985 a 2002. Se discute que la ampliación y la reconfiguración del plano conceptual posibilitadas por la segunda matriz, en gran medida centradas en el método pedagógico, tropiezan con límites que podemos correlacionar no solo con la reorientación de la agenda de la institución, sino también con la experiencia de implementación de la Política Nacional

de Educación Permanente en Salud y con las contradicciones que han marcado la trayectoria de la gestión del trabajo del Sistema Único de Salud.

Palabras clave formación continua; educación permanente; organización panamericana de la salud; educación profesional; salud pública.

Notas

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Governo do Distrito Federal, Brasília, Brasil.
 <felipe.cavalcanti@fiocruz.br>

Correspondência: Condomínio Mansões Colorado, Módulo M, Casa 22, CEP 73105-905, Grande Colorado, Sobradinho, Distrito Federal, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília, Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Transdisciplinaridade em Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
 <flguizardi@gmail.com>

³ Original “buscan resolver dos problemas del quehacer profesional y técnico: la ignorância y la obsolescência”.

⁴ Original: “El desarrollo humano del individuo—cultural, intelectual y social”.

⁵ Original: “los actuales programas de educación continua podrían constituir un elemento de gran utilidad para alcanzar los objetivos de salud en América Latina y el Caribe”.

⁶ Original: “las medidas necesarias para colaborar con los Gobiernos en sus esfuerzos para planificar, implantar y mejorar los mecanismos que permitan la actualización permanente del personal de salud”.

⁷ Original: “problemas operacionales específicos de la organización de programas de educación continua destinados al conjunto del personal de salud, en los programas de extensión de la cobertura”.

⁸ Original: “los programas de educación continua van dirigidos a participantes de diversos niveles y edades: hay personal antiguo que olvidó parte de sus conocimientos, personal recién formado que no ha adquirido experiencia práctica, personal con capacitación formal y personal empírico. Por otra parte, existe personal de mandos superiores y personal subalterno”.

⁹ Original: “autoeducación permanente del personal de salud”.

¹⁰ Original: “no sólo como factor estructural sino también como el principal factor de cambio”.

¹¹ Original: “propuesta educativa realizada en los ámbitos de trabajo, destinada a reflexionar sobre ese mismo proceso de trabajo y a intervenir en él con el fin de mejorar la calidad de los servicios y las condiciones laborales”.

¹² Original: “los múltiples cursos de capacitación que se realizan en el sector salud no necesariamente pueden ser considerados educación permanente”.

¹³ Original: “mediante una serie de eventos y experiencias, organizados o no, formales o no, planeados o espontáneos”.

¹⁴ Original: “La Pedagogía de la Problematización, parte de la base de que, en un mundo de cambios rápidos y no siempre previstos, lo importante no son los conocimientos o ideas ni los comportamientos correctos y fieles a lo esperado, sino el aumento de la capacidad del alumno—ciudadano participante y agente de transformación social—para detectar los problemas reales y buscarles solución original y creativa”.

¹⁵ Original: “los problemas no existen independientemente de los sujetos que se problematiza”.

¹⁶ Original: “base explicativa de los fenómenos y manifestaciones de la misma, de los factores causales, de las circunstancias que lo agravan (factores de riesgo), y de los elementos que proveen insumos para formular alternativas de respuesta”.

¹⁷ Original: “La participación social implica la incorporación de la población, como actor social, en el análisis de las situaciones/problema que le afectan, en la consideración de opciones para enfrentarlas, y en la ejecución de las acciones resultantes; es la participación entendida como *cogestión*”,

¹⁸ Original: “se asume la participación de todos los trabajadores involucrados en cada uno de los problemas en estudio en la institución”,

¹⁹ Original: “la democratización del poder y del saber”.

²⁰ Original: “a los tipos de discursos que acoge y hace funcionar como verdaderos; a los mecanismos e instancias que usa para distinguir a los enunciados verdaderos o falsos y a la manera de sancionar unos y otros; a las técnicas y procedimientos que son valorizados para obtener la verdad; y al estatuto de quienes se encargan de decir qué es lo que funciona como verdadeiro”.

²¹ Original: “El proceso de democratización, las relaciones y el reforzamiento saber-poder, la recuperación del sujeto y la articulación dinámica entre práctica y teoría pueden ser cuatro soportes de trabajo conjunto entre educación permanente y planificación estratégica”.

²² Original: “La Educación Permanente es um proceso que tende a tornar educativo el próprio trabalho más que agregarle actividades adicionales de aprendizaje”.

²³ Original: “La educación permanente eficaz no es una actividad aislada, sino que forma parte privilegiada de un proyecto de cambio institucional más amplio”.

²⁴ Original: “la adopción y utilización de una nueva manera de enfrentar los problemas educacionales, denominada ahora, muy ampliamente, educación permanente.”

²⁵ Original: “a contrastar los paradigmas de la denominada Educación Continua y de la Educación Permanente”.

²⁶ Original: “un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios”.

Referências

- ALVAREZ FERNÁNDEZ, Rodrigo; CAMPOS, Armando. Educación permanente en salud: problemas y proyecciones. *Educación médica y salud*, Washington, DC, v. 23, n. 3, p. 275-282, 1989.
- ANDRADE, Jorge. *Marco conceptual de la educación médica en la América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1979. 100 p. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, v. 28.
- BORDENAVE, Juan Dias. Algunos factores pedagógicos. In: OPS. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo VII: Bibliografía básica. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1988. 149 p. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRITO QUINTANA, Pedro E.; CLASEN ROSCHKE, María A.; RIBEIRO, Eliana C. O. Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde. In: OPS. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 1994. 247 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).
- BRITO QUINTANA, Pedro E. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 8, n. 1-2, p. 43-54, jul.-ago, 2000.
- CAMPOS, Armando S. *Educación Permanente en Salud: aportes conceptuales y metodológicos para su programación a nivel local*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1989. 94 p. (Publicación PASCAP, 21).
- CASTRO, Janete L. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. 2008. 206 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.
- CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.
- CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.
- CLASEN ROSCHKE, María Alice; CASAS DONNEYS, María Eugenia. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, v. 21, n. 1, p. 1-10, 1987.
- CLASEN ROSCHKE, María Alice; DAVINI, María Cristina; HADDAD, Jorge. Educación permanente y trabajo en salud: un proceso constructivo. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 27, n. 4, p. 466-88, 1993.
- COSTA, Patrícia P. *Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde*. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- DAVINI, María C. Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: HADDAD, Jorge; CLASEN ROSCHKE, María A.; DAVINI, María C. *Educación*

permanente de personal de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 109-26. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100.

DAVINI, María C.; CLASEN ROSCHKE, María Alice. Conocimiento significativo: el diseño de um proyecto de educación permanente en salud. In: HADDAD, Jorge; CLASEN ROSCHKE, María Alice; DAVINI, María Cristina. *Educación permanente de personal de salud.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 127-42. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 2. ed., 1997.

FERRAZ, Fabiane et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670016.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

FURTER, Pierre. O planejador e a educação permanente. Fundamentos do Planejamento Educacional. Paris: Unesco, 1977.

GAJARDO, Marcela. Educación de adultos: de Nairobi a París. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, México, v. 15, n. 3, p. 69-82, 1985.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, June 1990 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-1990000200003X&lng=en&nrm-iso>. Acesso em: 15 jan. 2015.

GUIZARDI, Francini L. *Do controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) para a participação política no SUS.* 2008. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

HADDAD, Jorge. DAVINI, María Cristina; CLASEN ROSCHKE, María Alice. Porque esta obra? Educacion Permanente en Salud, un camino en construcción. In: HADDAD, Jorge, CLASEN ROSCHKE, María Alice; DAVINI, María Cristina. *Educación permanente de personal de salud.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. XVII-XXIII. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

HADDAD, Jorge. Las necesidades de intervención y el monitoreo de los procesos educativos. In: HADDAD, Jorge; CLASEN ROSCHKE, María A.; DAVINI, María C. *Educación permanente de personal de salud.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 145-86. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

HADDAD, Jorge; MOJICA, María J.; CHANG, Mayra I. Proceso de educación permanente em salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 21, n. 1, p. 11-29, 1987.

HADDAD, Jorge et. al. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los processos educativos em los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: HADDAD, Jorge; CLASEN ROSCHKE, María A. DAVINI, María C. *Educación permanente de personal de salud.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p.1-30. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

LLORENS FIGUEROA, Jose A. Educación permanente en salud: Posibilidades y limitaciones. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 20, n. 4, p. 513-23, 1986.

MICCAS, Fernanda L.; BATISTA, Sylvia H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, fev. 2014, p.170-185. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2014.

MOREIRA, Márcia C. *Educação permanente em saúde: revisão sistemática da literatura científica.* 2010. 42 f. Monografia (Especiali-

zação em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

NEOTTI, Ana. *Perspectivas da educação permanente*. 1978. 70 f. Dissertação (Mestrado Educação) – Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 1978.

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe: informe final. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 10, n. 2, p. 109-139, 1976.

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educacion Continua. Guia para la organización de programas de educación continua para el personal de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1978. 113 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 29).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Seminario Inter-regional sobre Educación Continua para el Personal de Salud. *Informe final*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1979. 58 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 30).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo I: Propuesta de reorientación, fundamentos. Washington: OPS, 1988a. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 78).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo III: Identificación de necesidades de aprendizaje. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1989a. 47 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 80).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascí-

culo 4: El proceso educativo. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1989c. 70 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 81).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo V: Monitoreo y seguimiento del aprendizaje. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1989d. 65 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 82).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo VI: Capacitación de los responsables del proceso educativo. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, out. 1989b. 89 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 83).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo VII: Bibliografía básica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988b. 149 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 84).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Fascículo IX: Investigación en apoyo a procesos educativos permanentes. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1990. 147 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 86).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente en salud: informes finales de tres Grupos de Trabajo*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. 54 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 94).

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1994. 247 p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

- OPS. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud. *Manual del educador*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002a. 168 p. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, 44).
- OPS. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La capacitación del personal de los servicios de salud em proyectos relacionados com los procesos de reforma sectorial. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 2002b. 91 p. OPS. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, n. 3).
- PEDUZZI, Marina 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: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu , v. 13, n. 30, set. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-20832009000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2014.
- ROVERE, Mario. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993a. 232 p. (Desarrollo de Recursos Humanos, 96).
- ROVERE, Mario. Gestión de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 27, n. 4, p. 489-515, 1993b.
- ROVERE, Mario. Gestión de la educación permanente em salud. In: OPS. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 247 p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).
- ROVERE, Mario. Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, v. 75, p. 31-63, 1999.
- SMAHA, India N. *Educação permanente em saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.
- VIDAL, Carlos A.; GIRALDO, Luis E.; JOUVAL, Henry. La educación permanente en salud en América Latina. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 20, n. 4, p. 495-512, 1986.
- VILLALPANDO CASAS, José de J.; GUTIÉRREZ TRUJILLO, Gonzalo; NUÑEZ MACIEL, Eduardo. La capacitación del personal en los procesos de educación permanente en los servicios. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 28, n. 3, p. 424-31, 1994.

Recebido em 22/03/2016.

Aprovado em 07/10/2016.

