

**DESAFIOS DA GESTÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MANAGEMENT CHALLENGES FOR THE IMPLEMENTATION OF CONTINUING
HEALTH EDUCATION IN FAMILY HEALTH TEAMS**

**DESAFÍOS DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN
CONTINUA EN SALUD DENTRO DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR**

DOI: 10.54899/dcs.v23i95.7107

Submitted: 8/17/2026

Approved: 9/10/2026

Published on: 9/17/2026

Maria Tarcila Rabelo Pinheiro

Mestranda em Gestão da Saúde

Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Érika Rejane Juvenal Delfino de Aguiar

Especialista em Linhas de Cuidados em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

João Felipe Moraes do Nascimento

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Faculdade Terra Nordeste (FATENE)

Antonia Diva Ferreira de Sousa

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Faculdade Ateneu

Emanuele Nascimento Silva

Especialista em UTI Pediátrica e Neonatal

Instituição: Centro Universitário Cidade Verde (UNICEV)

Marilúcia Gomes da Silva

Especialista em Epidemiologia e Vigilância à Saúde

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ana Lúcia Almeida de Sousa

Especialista em Enfermagem Neonatal e Pediátrica

Instituição: Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

Maria Valdirene Fernandes Oliveira

Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva

Instituição: Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

Rosângela André da Silva

Especialista em Gestão e Liderança em Enfermagem

Celidia Raquel Santana

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Faculdade de Tecnologia e Ciência do Alto Paranaíba (FATAP)

Izaías Agostinho Leite da Silva

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia (FAMEC)

Vera Lúcia Bessa de Oliveira

Especialista em Saúde Pública da Família e do Idoso

Instituição: Faculdade Paulista de Serviço Social (FAPSS)

RESUMO

Considerando o descompasso entre a regulamentação da Educação Permanente em Saúde (EPS) e sua inserção sistemática no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, objetiva-se analisar as barreiras enfrentadas pela gestão para implementar a EPS nessas equipes. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, complementada por análise documental. As buscas ocorreram na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases LILACS, BDENF e MEDLINE, além da SciELO e PubMed, abrangendo publicações de janeiro de 2014 a agosto de 2026. Utilizaram-se cinco descritores DeCS/MeSH combinados pelos operadores AND e OR, acrescidos do termo livre "Educação Permanente em Saúde". O corpus final reuniu nove artigos publicados entre 2015 e 2023. Os resultados mostraram predomínio de capacitações pontuais, confusão entre EPS e educação continuada, sobrecarga assistencial, ausência de tempo protegido, participação multiprofissional irregular, descontinuidade do financiamento, entraves administrativos, rotatividade de gestores e fragilidade do monitoramento. Em contrapartida, planejamento institucional, metodologias ativas, integração ensino-serviço, apoio técnico e fortalecimento das instâncias colegiadas favoreceram sua realização. Conclui-se que a implementação da EPS requer sua incorporação às agendas, ao financiamento e aos mecanismos de avaliação dos serviços, com responsabilidades gerenciais definidas e continuidade institucional, reduzindo a dependência de iniciativas isoladas e relacionando a aprendizagem às necessidades dos territórios.

Palavras-chave: educação continuada; Atenção Primária à Saúde; saúde da família; gestão em saúde; pessoal de saúde.

ABSTRACT

Given the gap between the regulation of Continuing Health Education (CHE)—specifically the Brazilian model known as *Educação Permanente em Saúde* (EPS)—and its systematic integration into the work processes of Family Health teams, this study aims to analyze the barriers management faces in implementing CHE within these teams. To this end, a narrative literature review was conducted using a qualitative, descriptive-analytical approach, complemented by document analysis. Searches were performed in the Virtual Health Library (VHL) across the LILACS, BDENF, and MEDLINE databases, as well as SciELO and PubMed, covering publications from January 2014 to August 2026. Five DeCS/MeSH descriptors were used, combined with the operators AND and OR, alongside the free-text term "Educação Permanente em Saúde" (Continuing Health Education). The final corpus comprised nine articles published between 2015 and 2023. Results revealed a predominance of one-off training sessions, confusion between CHE and traditional continuing education, excessive clinical workloads, a lack of protected time, inconsistent multiprofessional participation, funding instability, administrative hurdles, high manager turnover, and weak monitoring processes. Conversely, institutional planning, active learning methodologies, education-service integration, technical support, and the strengthening of collegiate bodies facilitated its implementation. The study concludes that implementing CHE requires

its incorporation into service agendas, funding, and evaluation mechanisms, alongside clearly defined management responsibilities and institutional continuity; this approach reduces reliance on isolated initiatives and aligns learning with the specific needs of the territories served.

Keywords: continuing education; Primary Health Care; family health; health management; health personnel.

RESUMEN

Considerando la discrepancia entre la regulación de la Educación Continua en Salud (ECS) y su integración sistemática en el proceso de trabajo de los equipos de Salud Familiar, este estudio tiene como objetivo analizar las barreras que enfrenta la gestión para implementar la ECS en estos equipos. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura, utilizando un enfoque cualitativo y descriptivo-analítico, complementado con análisis documental. Las búsquedas se realizaron en la Biblioteca Virtual en Salud, en las bases de datos LILACS, BDENF y MEDLINE, así como en SciELO y PubMed, abarcando publicaciones desde enero de 2014 hasta agosto de 2026. Se utilizaron cinco descriptores DeCS/MeSH, combinados con los operadores AND y OR, además del término libre "Educación Continua en Salud". El corpus final comprendió nueve artículos publicados entre 2015 y 2023. Los resultados mostraron un predominio de sesiones de capacitación puntuales, confusión entre educación continua y desarrollo profesional continuo (DPC), sobrecarga de atención médica, falta de tiempo protegido, participación multiprofesional irregular, discontinuidad en la financiación, obstáculos administrativos, rotación de personal directivo y débil seguimiento. Por el contrario, la planificación institucional, las metodologías activas, la integración docencia-servicio, el apoyo técnico y el fortalecimiento de los órganos colegiados favorecieron su implementación. Se concluye que la implementación del DPC requiere su incorporación a las agendas, la financiación y los mecanismos de evaluación de los servicios, con responsabilidades de gestión definidas y continuidad institucional, reduciendo la dependencia de iniciativas aisladas y vinculando el aprendizaje a las necesidades de los territorios.

Palabras clave: educación continua; Atención Primaria de Salud; salud familiar; gestión sanitaria; personal sanitario.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha funções relacionadas ao acesso, à longitudinalidade, à integralidade e à coordenação do cuidado. Nesse nível assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o modelo prioritário para a organização dos serviços, fundamentado na territorialização, na adscrição populacional, no vínculo com a comunidade e na atuação integrada de profissionais com diferentes formações (Brasil, 2017a).

A abrangência da ESF confere elevada relevância aos processos de qualificação profissional desenvolvidos no cotidiano dos serviços. Em 2024, o Brasil possuía 53.356 equipes de Saúde da Família em funcionamento, além de aproximadamente 271 mil agentes comunitários de saúde e 3,4 mil equipes multiprofissionais. A extensão dessa rede exige mecanismos de formação capazes de

acompanhar as mudanças epidemiológicas, tecnológicas, assistenciais e organizacionais presentes nos diferentes territórios brasileiros (Brasil, 2024).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) insere-se nesse contexto como estratégia destinada à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Sua concepção fundamenta-se na aprendizagem produzida no trabalho, por meio da problematização das situações enfrentadas pelas equipes e da reflexão coletiva sobre as práticas de atenção, gestão e organização dos serviços. Desse modo, o processo educativo vincula-se às necessidades concretas dos trabalhadores e da população atendida (Brasil, 2017b; Miccas; Batista, 2014).

A EPS não se restringe à oferta de cursos, palestras ou atualizações técnicas realizadas de maneira isolada. Sua proposta pressupõe continuidade, participação multiprofissional, aprendizagem significativa e integração entre formação e processo de trabalho. As atividades devem partir dos problemas presentes nos serviços e favorecer a construção coletiva de respostas compatíveis com as características epidemiológicas, sociais e assistenciais dos territórios acompanhados pelas equipes (Miccas; Batista, 2014; Silva *et al.*, 2017).

No âmbito normativo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Suas diretrizes foram reorganizadas pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que incorporou a regionalização, as necessidades de formação e as capacidades institucionais existentes nos territórios. Posteriormente, esses dispositivos passaram a integrar o Anexo XL da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2004; Brasil, 2007; Brasil, 2017b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, reconhece a formação e a EPS como componentes do processo de trabalho das equipes. A normativa determina que essas atividades sejam desenvolvidas em espaços institucionalizados, como reuniões e fóruns territoriais, com tempo assegurado na carga horária dos profissionais. Também atribui às gestões municipais a responsabilidade de articular instituições e promover o acesso dos trabalhadores às ações de formação e qualificação (Brasil, 2017a).

O fortalecimento da EPS também foi contemplado pela Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, responsável pela instituição do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único

de Saúde (PRO EPS-SUS). O programa estabeleceu incentivos financeiros, apoio técnico, elaboração de planos estaduais, pactuação interfederativa e monitoramento das ações desenvolvidas na APS, reforçando a responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios (Brasil, 2017c).

Apesar da existência de políticas e dispositivos normativos, a realização da EPS ainda apresenta diferenças de frequência entre os serviços. O Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde de 2024 reuniu informações de 44.938 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 38,9% informaram realizar ações de EPS sempre, 25,9% quase sempre, 26,6% algumas vezes, 7,2% raramente e 1,4% nunca. A gestão municipal foi mencionada como responsável pela oferta dessas atividades em 91,5% das unidades, demonstrando sua participação direta na operacionalização da política (Brasil, 2025).

A participação dos trabalhadores também permanece irregular. Entre 262 profissionais da APS avaliados em uma investigação quantitativa, aproximadamente 72% haviam participado de alguma atividade de EPS nos seis meses anteriores, enquanto apenas 43% mantinham participação regular em pelo menos uma atividade mensal. A diferença entre participação eventual e regular demonstra que a oferta de ações formativas ainda não corresponde, necessariamente, à sua incorporação contínua ao processo de trabalho das equipes (Gonçalves; Ferreira, 2026).

Entre as barreiras relacionadas à implementação da EPS encontram-se a sobrecarga assistencial, o número insuficiente de profissionais, a dificuldade de liberação dos trabalhadores, a ausência de horários protegidos, a descontinuidade das atividades e a compreensão da EPS como sinônimo de capacitação técnica. Somam-se a esses aspectos a baixa participação multiprofissional, a fragmentação das ações e o distanciamento entre os conteúdos ofertados e os problemas vivenciados pelas equipes nos territórios (Miccas; Batista, 2014; Silva *et al.*, 2017; Silva; Jorge, 2023).

No âmbito da gestão, a interrupção de recursos financeiros, a rotatividade de gestores, a fragilidade do apoio técnico, a burocracia administrativa, as limitações do monitoramento e a baixa integração entre ensino e serviço dificultam a institucionalização da política. Esse contexto justifica a análise das condições gerenciais necessárias para que a EPS deixe de constituir uma atividade eventual e seja incorporada ao planejamento, às agendas e às práticas regulares das equipes de Saúde da Família (Silva; Scherer, 2020; Jesus; Rodrigues, 2022).

O problema de pesquisa concentra-se no descompasso entre a regulamentação da EPS e sua aplicação sistemática no cotidiano das equipes de Saúde da Família, especialmente diante das limitações organizacionais, financeiras, conceituais e relacionadas à gestão do trabalho. Assim, este estudo tem como objetivo analisar as barreiras enfrentadas pela gestão para implementar a EPS nessas equipes.

2 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, complementada por análise documental. Esse delineamento possibilitou reunir produções com diferentes métodos e examinar como as condições de gestão interferem na implementação da EPS nas equipes de Saúde da Família. A literatura científica foi utilizada para compreender os obstáculos presentes nos serviços, enquanto os documentos governamentais permitiram delimitar as responsabilidades institucionais relacionadas à formação dos trabalhadores (Rother, 2007).

A busca bibliográfica foi organizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com consulta à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e do PubMed. Para a produção científica, adotou-se o recorte de janeiro de 2014 a agosto de 2026, visando reunir publicações relacionadas à fase mais recente de implementação da política. Os documentos normativos não receberam delimitação temporal, pois sua instituição ocorreu em 2004.

Foram empregados cinco descritores consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH): “Educação Continuada”/“Education, Continuing”, “Atenção Primária à Saúde”/“Primary Health Care”, “Saúde da Família”/“Family Health”, “Gestão em Saúde”/“Health Management” e “Pessoal de Saúde”/“Health Personnel”. A expressão “Educação Permanente em Saúde” foi acrescentada como termo livre, por representar com maior precisão o objeto investigado. Os termos foram cruzados com os operadores booleanos AND e OR, respeitando as particularidades de cada base.

A seleção considerou artigos originais, revisões e pesquisas qualitativas, quantitativas ou de métodos mistos, publicados em português, inglês ou espanhol e disponíveis na íntegra. Foram incluídas publicações que abordassem o tema e atendesse ao objetivo do estudo. Foram retirados registros duplicados, editoriais, cartas, resumos de eventos e publicações que apenas mencionassem a EPS sem examinar sua operacionalização.

Os registros recuperados foram organizados em uma planilha para identificação das duplicidades e acompanhamento da seleção. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, seguida pela consulta integral das publicações compatíveis com o objetivo do estudo. A permanência de cada texto foi definida pela presença de informações relacionadas às atribuições da gestão, às condições de funcionamento das equipes e aos obstáculos para incorporar a EPS ao cotidiano dos serviços. Por se tratar de revisão narrativa, a seleção priorizou a pertinência temática e a contribuição analítica das fontes, sem pretensão de esgotar toda a produção disponível.

A principal limitação metodológica decorre da natureza narrativa da revisão, que pode sofrer influência das escolhas interpretativas e não assegura o rastreamento exaustivo de todas as publicações existentes. Também foram consideradas a restrição aos idiomas selecionados, a possibilidade de estudos não indexados e as diferenças regionais na implementação da EPS. Para reduzir essas limitações, foram consultadas bases nacionais e internacionais, adotados critérios explícitos de seleção e incorporados documentos oficiais que permitiram confrontar as práticas descritas com as responsabilidades normativas da gestão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O corpus final reuniu nove artigos publicados entre 2015 e 2023, dos quais seis apresentaram abordagem qualitativa, um adotou método qualiquantitativo e dois sintetizaram produções anteriores ou experiências institucionais. A leitura comparativa permitiu organizar os resultados em quatro dimensões relacionadas à gestão: concepção utilizada para planejar as atividades, disponibilidade de tempo no processo de trabalho, governança e financiamento da política, além de participação multiprofissional e acompanhamento das mudanças. A distribuição das publicações e suas contribuições para o problema investigado estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das publicações incluídas

AUTOR E ANO	DELINEAMENTO E PARTICIPANTES	PRINCIPAIS RESULTADOS RELACIONADOS À GESTÃO
Mishima <i>et al.</i> (2015)	Pesquisa qualitativa que analisou documentos oficiais e 21 entrevistas com secretários municipais de saúde ou coordenadores da Atenção Básica de uma região composta por 24 municípios paulistas.	As ações de EPS permaneciam incipientes e distantes do cotidiano da Atenção Básica. Os gestores demonstraram dificuldade para utilizar a problematização e transformar necessidades locais em metas e prioridades de gestão.
Silva <i>et al.</i> (2017)	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 26 gestores municipais de saúde do Rio Grande do Sul.	Predominaram estratégias educativas compartimentalizadas, descontínuas e fundamentadas na transmissão técnica, acompanhadas pela inexistência ou insuficiência de propostas educativas em alguns municípios.
Cardoso <i>et al.</i> (2017)	Análise de cinco oficinas realizadas com representantes de Escolas de Saúde Pública situadas nas diferentes regiões brasileiras.	As escolas apresentaram potencial para induzir a PNEPS quando articularam formação, gestão institucional e condução política, embora a interrupção do financiamento tenha comprometido a continuidade das ações.
França <i>et al.</i> (2017)	Estudo multicêntrico qualiquantitativo, com questionário dirigido aos responsáveis pela EPS das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e entrevistas com sete coordenadores de CIES.	A maioria das secretarias possuía setor específico de EPS, enquanto as CIES mantinham composição plural e reuniões regulares. Dificuldades administrativas e jurídico-legais restringiam a utilização dos recursos financeiros.
Pinheiro <i>et al.</i> (2018)	Pesquisa qualitativa, desenvolvida pela técnica de pesquisa-ação, com questionário autoaplicável a 33 profissionais da ESF e do apoio matricial.	Metodologias ativas, integração da equipe, planejamento e abertura da gestão favoreceram a EPS. Sobrecarga de trabalho, baixa participação, infraestrutura insuficiente e incompreensão metodológica limitaram as atividades.
Ferreira <i>et al.</i> (2019)	Revisão integrativa composta por 27 publicações, examinadas mediante análise de conteúdo temática.	Verificou-se confusão entre EPS e educação continuada, predomínio de capacitações técnicas e desvalorização dos espaços coletivos, embora reuniões de equipe, rodas de conversa e integração ensino-serviço tenham favorecido a reflexão sobre o trabalho.
Silva e Scherer (2020)	Pesquisa qualitativa de abrangência nacional, realizada por meio de grupo focal com 14 informantes-chave envolvidos na condução da PNEPS.	Financiamento, apoio técnico, regionalização e espaços colegiados favoreceram a implementação. Desalinhamento conceitual, fragmentação, rotatividade de gestores e dificuldades de monitoramento enfraqueceram a política.
Moraes <i>et al.</i> (2022)	Pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas realizadas com 50 profissionais de 12 Unidades de Saúde da Família de Assis, São Paulo.	Reuniões de equipe, visitas domiciliares e discussão conjunta de dificuldades foram reconhecidas como oportunidades de aprendizagem, mas algumas unidades não desenvolviam atividades sistemáticas de EPS.
Silva e Jorge (2023)	Pesquisa com questionário on-line aplicado aos trabalhadores de duas equipes sorteadas, sendo	A EPS foi frequentemente confundida com educação continuada. Barreiras institucionais, dificuldades pessoais e dependência da iniciativa das equipes limitaram o planejamento,

AUTOR E ANO	DELINEAMENTO E PARTICIPANTES	PRINCIPAIS RESULTADOS RELACIONADOS À GESTÃO
	uma equipe de Saúde da Família e uma equipe de Atenção Primária.	enquanto o apoio da gestão favoreceu sua realização.

Fonte: elaboração própria, 2026.

Mishima *et al.* (2015) identificaram que a EPS ocupava posição secundária nos documentos e nas falas dos gestores, embora os 24 municípios investigados tivessem participado de um projeto regional voltado ao fortalecimento da APS. Entre os 24 gestores convidados, foram concluídas 21 entrevistas, posteriormente confrontadas com planos regionais e relatórios municipais. As ações descritas permaneciam vinculadas a cursos e atividades pontuais, sem metas, prioridades ou avaliação dos efeitos produzidos. A dificuldade para problematizar as práticas impedia que a EPS fosse incorporada como instrumento regular de planejamento e reorganização dos serviços.

A fragmentação também esteve presente na pesquisa de Silva *et al.* (2017), realizada com 26 gestores municipais vinculados a uma coordenação regional do Rio Grande do Sul. As entrevistas originaram duas categorias: estratégias educativas compartimentalizadas, descontínuas e tecnicistas; e incipiência ou ausência de propostas educativas. A oferta de treinamentos isolados não correspondia à lógica da EPS, pois os conteúdos eram definidos sem relação contínua com as necessidades manifestadas pelas equipes. Essa configuração mantém a gestão concentrada na transmissão de técnicas e reduz a participação dos trabalhadores na identificação dos problemas que exigem mudanças no serviço.

Cardoso *et al.* (2017) examinaram cinco oficinas realizadas com representantes de Escolas de Saúde Pública de diferentes regiões e verificaram que essas instituições não atuavam somente como locais de oferta de cursos. Sua participação incluía articulação política, apoio à gestão e desenvolvimento de atividades vinculadas às demandas do SUS. A posição institucional das escolas possibilitava relacionar formação profissional, organização dos serviços e prioridades regionais. Entretanto, a descontinuidade dos repasses financeiros enfraquecia projetos já iniciados e dificultava a manutenção das equipes responsáveis, comprometendo a capacidade das escolas de exercerem uma função indutora na PNEPS.

França *et al.* (2017) ampliaram essa análise ao investigarem os responsáveis pela EPS das 27 SES e sete coordenadores de CIES das cinco regiões brasileiras.

Vinte SES possuíam setor específico para conduzir a política e as CIES estavam constituídas em 88% das secretarias, demonstrando a existência de estruturas formais para sua operacionalização. A composição plural, as reuniões regulares e a aproximação com instituições formadoras fortaleciam a negociação regional. Contudo, impedimentos administrativos, dúvidas sobre o manejo financeiro e dificuldades jurídico-legais restringiam a utilização dos recursos, mesmo quando havia disponibilidade orçamentária.

No contexto das equipes, Pinheiro *et al.* (2018) aplicaram questionário a 33 profissionais da ESF e do apoio matricial e identificaram que a abertura da gestão, o planejamento e a integração multiprofissional favoreciam a realização da EPS. As metodologias ativas possibilitavam relacionar aprendizagem e situações concretas do trabalho, enquanto reuniões e atividades coletivas ampliavam a participação profissional. A sobrecarga assistencial, a ausência de infraestrutura, a baixa adesão e a incompreensão dos métodos diminuía a regularidade das atividades. Assim, a autorização gerencial, sem a proteção de tempo e de condições materiais, mostrava-se insuficiente para assegurar a continuidade do processo educativo.

Moraes *et al.* (2022) entrevistaram 50 profissionais de 12 unidades da ESF e organizaram os resultados em duas categorias relacionadas às atividades realizadas e à compreensão da EPS. Reuniões de equipe, visitas domiciliares, orientações sobre procedimentos e discussão de dificuldades foram reconhecidas como oportunidades de aprendizagem produzidas no cotidiano. Entretanto, algumas unidades não desenvolviam nenhuma atividade sistemática, enquanto outras compreendiam como EPS o simples acompanhamento de doenças ou a atualização de técnicas. Essa variação demonstra que práticas potencialmente educativas podem permanecer informais e sem continuidade quando não são reconhecidas, registradas e acompanhadas pela gestão.

A revisão de Ferreira *et al.* (2019) reuniu 27 publicações e mostrou que somente 17 apresentavam explicitamente uma concepção de EPS. Em parte delas, predominava uma interpretação instrumental, próxima da educação continuada, caracterizada por conteúdos padronizados, capacitações pontuais e atualização de conhecimentos específicos. Treze publicações descreveram iniciativas desenvolvidas na APS, como reuniões de equipe, rodas de conversa, integração ensino-serviço, educação a distância e Telessaúde. A permanência da confusão conceitual ajuda a

explicar por que atividades frequentes nem sempre produzem revisão crítica do trabalho ou mudanças na organização do cuidado.

Silva e Jorge (2023) encontraram situação semelhante ao aplicarem um questionário on-line aos trabalhadores de duas equipes sorteadas, uma da ESF e outra da APS. A análise temática produziu três núcleos: EPS como educação continuada, desafios institucionais e pessoais para a mudança e apoio da gestão associado ao movimento da própria equipe. A confusão entre EPS e treinamento orientava práticas pouco relacionadas à problematização do cotidiano. A execução das atividades dependia tanto da iniciativa dos trabalhadores quanto da disponibilidade gerencial para apoiar horários, organização interna e participação, o que limitava sua estabilidade quando não havia planejamento institucional.

Silva e Scherer (2020) realizaram um grupo focal com 14 atores vinculados à gestão, ao planejamento ou à operacionalização da PNEPS nos níveis municipal, estadual e federal. O financiamento, o apoio técnico, a regionalização e os espaços colegiados foram reconhecidos como condições favoráveis, enquanto a interrupção dos repasses, a fragmentação entre áreas, a baixa governança e a rotatividade dos gestores fragilizavam a continuidade. A dificuldade para monitorar e avaliar as atividades também impedia reconhecer seus efeitos sobre os serviços. A institucionalização da EPS requer, portanto, coordenação responsável, recursos definidos, articulação entre as instâncias do SUS e mecanismos de acompanhamento que permaneçam ativos mesmo diante das mudanças de gestão.

A comparação entre as nove publicações permite delimitar responsabilidades gerenciais diretamente relacionadas à implementação da EPS: reservar tempo na jornada, assegurar participação multiprofissional, relacionar as atividades aos problemas do território, manter financiamento, fortalecer as CIES e integrar as instituições de ensino ao planejamento. O acompanhamento deve considerar a regularidade das reuniões, as categorias participantes, os problemas priorizados, as decisões pactuadas e as alterações realizadas nos fluxos assistenciais. Esses critérios distinguem uma capacitação eventual de um processo permanente e reduzem a dependência de iniciativas individuais para sustentar a EPS nas equipes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da EPS nas equipes da ESF depende da capacidade da gestão de convertê-la em compromisso institucional, e não em atividade subordinada às circunstâncias de cada unidade. O desafio central encontra-se na construção de uma governança capaz de conferir legitimidade, continuidade e direção ao processo educativo, independentemente da substituição de gestores ou da iniciativa isolada de determinados profissionais. Essa compreensão responde ao problema investigado ao situar a gestão como responsável por criar uma estrutura permanente de desenvolvimento do trabalho em saúde.

A contribuição desta pesquisa consiste em delimitar a EPS como componente da condução dos serviços, com implicações sobre decisões administrativas, relações profissionais e capacidade de resposta às particularidades locais. Sua efetivação requer coerência entre o planejamento institucional e as transformações pretendidas na assistência, permitindo que o desenvolvimento profissional seja avaliado por sua repercussão na qualidade do cuidado. Essa perspectiva amplia a utilidade da EPS para além da aquisição individual de conhecimentos e reforça sua função na consolidação de práticas compatíveis com os princípios do SUS.

As limitações decorrem do caráter narrativo da revisão, da heterogeneidade metodológica das publicações e da predominância de pesquisas qualitativas realizadas em contextos brasileiros específicos. Essas características restringem comparações entre localidades e não permitem mensurar a influência isolada de cada condição gerencial sobre a efetividade da EPS. Recomenda-se que pesquisas futuras adotem delineamentos longitudinais e comparativos, construam indicadores de implementação e avaliem a relação entre decisões gerenciais, mudanças nas práticas profissionais e desfechos assistenciais. Também são pertinentes investigações sobre a permanência das ações após transições administrativas e sobre estratégias aplicáveis a municípios com diferentes capacidades institucionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.** Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: balanço de 2024.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/balancos/2024/saude-na-familia/saude-da-familia>. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2026/02/Panorama-da-APS-no-SUS-Censo-Nacional-das-UBS-2024-.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489–1500, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817–1828, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>

GONÇALVES, Eduardo Fernando; FERREIRA, Janise Braga Barros. Educação permanente em saúde na atenção primária: evidências quantitativas comparadas. **Espaço para a Saúde**, v. 27, e1137, 2026. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2026v27.e1137>.

JESUS, Josefa Maria de; RODRIGUES, Waldecy. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, e001312201, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>.

MISHIMA, S. M. *et al.* Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 665–673, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400018>.

MORAES, R. S.; HIGA, E. F. R.; MORAES, M. A. A. Educação Permanente nas Unidades de Saúde da Família: compreensão da equipe multiprofissional. **O Mundo da Saúde**, v. 46, p. 232–239, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246232239>

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 4, p. 187–197, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S415>

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SILVA, Carolina Luiz Ferreira da; JORGE, Tatiane Martins. Educação permanente em saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 56, n. 2, e196780, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.196780>.

SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190840, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; SODER, Rafael Marcelo; Petry, Letícia; Oliveira, Isabel Cristine. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, e58779, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>