

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LYGIA ROSTOLDO MACEDO

***A PERCEPÇÃO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS EM SAÚDE
BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADA NA REGIÃO
METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA/ES***

VITÓRIA
2017

LYGIA ROSTOLDO MACEDO

***A PERCEPÇÃO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS EM SAÚDE
BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADA NA REGIÃO
METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA/ES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karina Tonini dos Santos Pacheco

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Carolina Dutra Degli Esposti

VITÓRIA

2017

LYGIA ROSTOLDO MACEDO

***A PERCEÇÃO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS EM SAÚDE
BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADA NA REGIÃO
METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA/ES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Karina Tonini dos Santos Pacheco
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr^a. Carolina Dutra Degli Esposti
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof^a. Dr^a. Raquel Baroni de Carvalho
Universidade Federal do Espírito Santo
Examinadora Interna

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo
Examinador Externo

Dedico este trabalho ao meu maior amor, minha mãe Janne, e às minhas queridas irmãs, Lyvia e Layla, por todo apoio e incentivo na realização deste grande sonho de me tornar Mestre. E também por nunca me deixarem desanimar frente aos desafios desta jornada. Esta vitória também é de vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por este presente maravilhoso que é a vida! Agradeço também pelas pessoas que o Senhor colocou em meu caminho. Algumas me inspiraram, me ajudaram, me desafiaram e me encorajaram a ser cada dia melhor.

À minha mãe Janne, por fazer o possível e o impossível para que eu realizasse meus sonhos, por ser meu ponto de apoio e de colo nos momentos de alegria e de tristeza durante esta caminhada e por não me deixar desistir em momento algum.

Às minhas irmãs Lyvia e Layla, por serem minhas maiores fontes de inspiração, de determinação e de esforço, e por estarem sempre ao meu lado acreditando em mim.

À família Rostoldo, por sempre torcerem pelo meu sucesso.

À minha orientadora Karina Tonini dos Santos Pacheco, por ter embarcado comigo nesta aventura logo de cara e por ser tão paciente, generosa, dedicada e, acima de tudo, por exigir que eu desse sempre o melhor de mim, acreditando no meu potencial.

À minha coorientadora Carolina Dutra Degli Esposti, por ter sido, primeiro de tudo, uma amiga nesta jornada. Por ter sido meu braço direito, compartilhando suas experiências e seus conhecimentos, e por estar sempre pronta a me ajudar.

Ao meu coordenador do estágio Rodrigo Resende Brandão, por me fazer enxergar nele o exemplo de professor que eu quero ser e por sua infinita bondade e grande amizade.

Às auxiliares e/ou técnicas em Saúde Bucal, por terem contribuído tanto para a minha pesquisa ao aceitarem participar dela de bom coração. Vocês foram fundamentais

Aos meus grandes amigos do mestrado Lorena, Flavia, Carol e Vinicius, por terem sido meus companheiros e por compartilharem comigo todos os momentos de ansiedade, euforia, desespero, felicidade e principalmente diversão, nesta caminhada. Foi muito mais fácil com vocês ao meu lado.

Aos queridos Wagner, Julia e Lorena, por sempre cederem seu tempo com generosidade para me ajudar durante a realização desta pesquisa.

Ao professor Edson Theodoro dos Santos Neto, por me ceder de bom grado a continuação da realização desta pesquisa tão grandiosa e por aceitar participar da minha banca de defesa.

À professora Raquel Baroni de Carvalho, por gentilmente aceitar participar da minha banca de defesa, de modo a contribuir grandemente para a confecção de um grande artigo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, por garantir que eu tivesse o melhor corpo de professores.

À Regina, por ser tão solícita em todos os momentos que precisei e por toda a sua dedicação.

À Universidade Federal do Espírito Santo, por me proporcionar a realização de mais um sonho pessoal, o de me tornar Mestre em Clínica Odontológica.

RESUMO

Introdução: A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a transformação da prática dos profissionais da área da saúde. A EPS na atenção básica é importante devido à necessidade de garantir a universalidade e a integralidade do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (ASBs/TSBs) sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implementada para as Equipes de Saúde Bucal da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, que atuavam na atenção básica entre 2007 e 2012. **Metodologia:** Estudo com abordagem qualitativa, cuja construção dos dados foi realizada por meio de um grupo focal. A discussão entre os sujeitos da pesquisa durante o grupo focal foi gravada e transcrita na íntegra e de forma literal, e analisada segundo a Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** As ASBs/TSBs não compreendiam a EPS e não a visualizavam na prática em serviço. Viam a mesma como cursos rápidos e pontuais. Mencionaram que antigamente os cursos e as rodas aconteciam com maior frequência. Citaram o número elevado de atendimentos, o que impossibilitava a ausência do consultório e participação em outras atividades, a desvalorização da profissão, e a prioridade para os dentistas. **Conclusão:** As ASBs/TSBs não enxergaram a implantação dessa política no seu dia a dia nem tampouco no seu local de trabalho, associando essa ausência a: falta de tempo, desvalorização da profissão, gestão da unidade e a escolha do próprio profissional.

Palavras-Chave: Educação Continuada. Política de Saúde. Atenção Básica. Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: The proposal of the Continuing Health Education (EPS) implemented in Brazil, highlights the importance of the educational potential of the work process for transformation. The implementation of EPS in basic care is important due to the need to guarantee the universality and integrality of the Unified Health System, since it is a space of collective construction in which the different subjects are involved in health care. **Objective:** Analyze the perception of oral health aides and technicians (ASBs/TSBs) on the National Policy of Continuing Education in Health implemented for the oral health teams of the Greater Metropolitan Region Vitória, Espírito Santo, who worked in primary care between 2007 and 2012. **Methodology:** a qualitative approach, where the construction of the data was performed through a focal group. The discussion between the subjects of the research during the focal group was recorded and transcribed in full and in a literal form, where it was analyzed according to the Thematic Content Analysis. **Results:** ASBs/TSBs do not understand EPS and do not visualize it in practice in service. They see it as quick and punctual courses. They mentioned that courses and wheels used to happen more often. They cited the high number of appointments which made it impossible for the absence of the office and participation in other activities, the devaluation of the profession, and the priority for dentists. They observe the influence of the management and the commitment in the divulgation of the courses and the professional interest in participating. **Conclusion:** The ASBs / TSBs do not see the implementation of this policy in their day to day nor in their place of work, associating this lack to: lack of time, devaluation of the profession, management of the unit and the choice of the professional himself.

Key words: Continuing Education. Health Policy. Primary Care. Dentistry.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-Dentista

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

EPS – Educação Permanente em Saúde

EP – Educação Permanente

EC – Educação Continuada

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	09
1.1. Formação da Saúde.....	09
1.2. Educação Permanente em Saúde	11
1.3. Importância da Educação Permanente na Saúde	15
1.4. Dificuldades da Educação Permanente na Saúde	17
1.5. Educação Permanente x Educação Continuada.....	19
1.6. Equipe de Saúde Bucal.....	20
1.7. Educação Permanente na Odontologia	25
2. OBJETIVO	28
3. RESULTADOS.....	29
3.1. Artigo 1.....	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES	72
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
Apêndice B – Roteiro Guia para Grupo Focal	76
Apêndice C – Formulário para cadastro de participante	77
ANEXOS	78
Anexo A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	79
Anexo B – Normas da Revista: Trabalho, Educação e Saúde	82

1. INTRODUÇÃO GERAL

1.1 Formação da Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980, foram importantes para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Mesmo com conflitos, embates e diferentes interesses, ocorreram importantes mudanças, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

No Brasil, desde a institucionalização do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, a questão da formação profissional tem sido apontada como fundamental, e é a que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política do Estado (SARRETA; BERTANI, 2009). O SUS já provocou grandes mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é preciso que haja transformações na formação e desenvolvimento dos profissionais na área da saúde. Isso só será conseguido se realmente houver uma mudança na forma de pensar, cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros, e se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender. A construção de um modelo baseado na Atenção Primária à Saúde exige que uma nova prática sanitária esteja em curso no país, articulando a atenção à demanda e a vigilância da saúde, o que vem implicar na necessidade de adequação e formação de profissionais pró-ativos, com capacidade de diagnosticar e solucionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de enfrentar situações em constante mudança e de trabalhar em equipe (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Com a criação do SUS, ficou estabelecida a necessidade de atuação do Ministério da Saúde (MS) como organizador da formação em saúde. Apesar dos apelos da Constituição Federal, a Lei 8080/1990, das CNS, das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, entre outros documentos

institucionais que conciliavam as reivindicações dos trabalhadores de saúde, foi somente em 2003 que se deu início, no âmbito do MS, a um novo momento para a área de recursos humanos, entendendo-se que o tema da gestão do trabalho e educação na saúde necessitava de atenção e dedicação constante. Assim, o MS criou, através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2003), que veio para formular as políticas, projetos e programas e tem como competência a formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004c).

A precarização do trabalho e o aprofundamento do modelo curativista/hospitalocêntrico têm sido apontados pela necessidade da formação dos trabalhadores, há várias décadas nos espaços das conferências de saúde. Considerada um suporte na implementação do SUS, de tal modo que efetive o conceito ampliado de saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se diferencia das propostas de transferência de conhecimentos, apontando as necessidades cada vez mais complexas de um perfil de trabalhador polivalente, qualificado ou, ainda, bem treinado. Assim, a abrangência do processo de educação transportado para as questões de saúde pode desencadear ações educativas sustentadas nos paradigmas referenciais da promoção de saúde. Pode, então, ser uma estratégia para transcender o pensamento tradicional (agente-corpo-hospedeiro), ainda presente na prática dos serviços de saúde, para promover a reflexão das condições materiais de vida e seus laços produtivos na saúde (SARRETA; BERTANI, 2009).

Demonstra-se, aqui, que a implantação da Política de EPS privilegiou o emprego da problematização, como metodologia eminentemente participativa, considerada inclusiva ao trabalho de campo, implicando no envolvimento pró-ativo de todos os atores sociais (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004), tendo em vista que a formação dos profissionais tem sido realizada de maneira desarticulada e fragmentada, produzindo pouco impacto no cenário nacional. Frente ao exposto, inicia-se no país um processo de construção coletiva de

uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004a; AMÂNCIO FILHO, 2004).

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde revela uma qualificação insuficiente para as mudanças. Uma necessidade crescente de EPS para esses profissionais, com o objetivo de mudar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A EPS é assumida então como uma estratégia privilegiada de ensino-aprendizagem por acontecer a partir da problematização da realidade concreta do processo de trabalho, através das rodas de discussão, que são espaços para o estabelecimento de diálogo e de negociação entre trabalhadores da saúde, gestores, instituições formadoras, com participação social (GIMENES; ABRAHÃO; MAIA, 2005).

1.2 Educação Permanente em Saúde

O termo Educação Permanente apareceu pela primeira vez na França em 1955 e foi oficializado no ano seguinte em um documento do ministro educacional sobre a continuação da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. No final da década de 60, passou a ser difundida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), fundamentada na teoria do capital humano, que compreende a qualificação do ser humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país (LEMOS, 2016).

Durante os anos de 1990 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sistematizou o conhecimento de EPS, apontando uma perspectiva teórica e metodológica para a constituição de Programas de EPS (BRASIL, 2007). Partia da evidência de que as “capacitações” tradicionais, realizadas de modo vertical e dirigidas indistintamente a públicos diversos, tinham baixo impacto, ou seja,

produziam poucas modificações nas práticas dos trabalhadores de saúde (MEHRY; FEUERWERKER, 2016).

A EPS tem seu conceito definido como ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, obtendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social (BRASIL, 2007).

A definição de EPS pela OMS (ROVERE, 1994) compreende a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, em diferentes serviços, cujo objetivo é melhorar a saúde da população. Está, portanto, diretamente relacionada à qualidade do atendimento da atenção, que, quando não é satisfatória, transforma-se num problema social de grande amplitude. Isto torna evidente que, sendo os serviços de saúde serviços de pessoas para pessoas, o principal fator de qualidade da atenção está constituído pela disponibilidade, atitude, conhecimento e desempenho da saúde.

A escolha da EPS como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e captasse docentes, estudantes e pesquisadores para a mais vigorosa implementação do SUS. O desafio da política brasileira foi o de ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional da formulação trabalhada pela OPAS, relativa à EPS, para implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, conectando-a às ações contra-hegemônicas necessárias (ROVERE, 2005).

A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Portanto, há necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus

trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores/gestores e os formadores; e entre trabalhadores/gestores/formadores e o controle social em saúde. Esta ação permitiria constituir o SUS verdadeiramente como uma rede-escola (FEUERWERKER, 2005).

Em 2003, com a mudança de governo em nível federal, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, ampliou as discussões sobre a EPS, tendo como base o Quadrilátero da Formação para área da Saúde. O enfoque inserido nesse debate coloca atores atuantes no ensino, no serviço, na atenção e no controle social, nas instâncias de gestão e pactuação para o planejamento de ações em EPS (LEMOS, 2016; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a EPS, está os componentes do Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005): análise da educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento; análise das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde; análise da gestão setorial, buscando novos modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, por meio da acessibilidade e satisfação dos usuários; análise da organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

Com base nesse conceito, o Ministério da Saúde articulou e aprovou a PNEPS, por intermédio da Portaria n.º 198/GM/MS, de fevereiro de 2004, e o conceito de EPS incorporou e se interconectou às demais políticas do SUS (BRASIL, 2004a).

De acordo com a PNEPS (BRASIL, 2004a), a integralidade do atendimento é a referência central para orientar as ações de saúde voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo, a família e a comunidade, em grau de complexidade

crescente e nos aspectos preventivo, curativo e de promoção da saúde. Sua implantação precisa, portanto, estar articulada aos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais para finalizar a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS. Assim, conforme Sarreta (2008), busca a formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, e que considere a realidade social para oferecer atendimento ético, humanizado e de qualidade, contribuindo para a qualidade do atendimento.

A Política de EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, visando ao desenvolvimento da autonomia das pessoas, à descentralização da gestão e participação, e à mudança do modelo de assistência centrado na doença e nos procedimentos fragmentados que valorizam as especialidades. Propõe o rompimento do sistema verticalizado na saúde, em que alguns detêm o saber e o poder, para trabalhar com um conjunto articulado de serviços básicos, especializados e hospitalares, em que todas as ações de saúde devem ser prestadas reconhecendo as necessidades das pessoas envolvidas (BRASIL, 2004a).

A atuação da EPS na atenção básica é importante por associar-se à busca pela garantia da universalidade e da integralidade do SUS, visto que, além de compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, é considerada espaço de construção coletiva, no qual os sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde (D’ÁVILA et al., 2014).

A proposta de EPS que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do Sistema de saúde, instituições formadoras, controle social; e possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir

um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Em 2007, o MS, divulgando as novas diretrizes para a implementação da PNEPS, editou a Portaria n.º 1.996/ GM/MS, de 20 de agosto de 2007, criando os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) com atribuição de formular o Plano de Ação Regional em Educação Permanente na Saúde (BRASIL, 2007). Essa portaria dispunha sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-as às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, de forma a considerar as especificidades e a superação das desigualdades regionais, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, de forma regionalizada e descentralizada. Trata-se, portanto, de uma política ascendente, que vem somar ao papel indutor do gestor federal. A PNEPS ressalta, portanto, que o desenvolvimento da função de gestão da educação na saúde é uma responsabilidade tripartite, e que avanços e compromissos precisam ser feitos, por todas as esferas de gestão do SUS, visando à efetivação do financiamento desta área (HADDAD, 2008).

1.3 Importância da Educação Permanente na Saúde

A EPS na Atenção Primária é de suma importância devido à associação com a procura pela garantia dos princípios do SUS, como a universalidade e integralidade, pois, além de compreender o ambiente de saúde a partir da família e da comunidade, ela é considerada como espaço de construção coletiva, onde os diferentes sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde, desde os profissionais que atuam na assistência em saúde aos pacientes que são assistidos por esses profissionais (HEIMANN et al., 2011).

A Atenção Básica ou Primária é um espaço adequado para o desenvolvimento da EPS, visto que esse modelo de atenção une ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento, bem como realiza referência a serviços de saúde especializados e de maior complexidade, seguindo as

necessidades de saúde da comunidade. Como é o primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Primária busca a integralidade nos seus serviços através do vínculo entre profissionais de saúde, usuários e a comunidade na qual está inserido o serviço (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, a EPS parte do pressuposto da aprendizagem que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica de seu cotidiano na rede de serviços e que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tenham como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004a).

A EPS tem o objetivo de ampliar a competência do profissional de maneira que este consiga, de forma autônoma, solucionar determinadas situações encontradas no seu cotidiano (BRASIL, 2009). Assim, vê-se como necessário o desenvolvimento de ações educativas que auxiliem na compreensão, por parte da população, do processo saúde/doença, bem como desenvolvem nestes indivíduos a autonomia sobre o seu autocuidado, considerando o individual e o coletivo (BRASIL, 2012).

A EPS propõe uma prática pedagógica diferente e adequada às necessidades dos serviços, que é a educação em serviço. Assim, os trabalhadores têm oportunidade de aprender, discutir casos, ações e condutas de acordo com os objetivos do serviço, da situação ou problema apresentado, objetivando qualidade e resolutividade na prestação do serviço de saúde (CUNHA et al., 2014).

Na pesquisa de Sarreta (2009), foi constatado que a inclusão da EPS ampliou as possibilidades de desenvolvimento, bem como de revisão dos afazeres do cotidiano, indo ao encontro das necessidades notadas pelos trabalhadores, associando a compreensão das dificuldades próprias do SUS, servindo de canal de troca de experiências, valorização profissional, busca de soluções

coletivas, entre outros aspectos, expandindo a visão da realidade e aproximando os trabalhadores da comunidade com um olhar mais integral.

1.4 Dificuldades da Educação Permanente na Saúde

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação tem gerado especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de concentração de saberes que terminam se impondo sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento (BRASIL, 2004a).

O desafio da EPS é estimular o desenvolvimento da consciência desses profissionais sobre seu local de atuação e sua responsabilidade no processo de aprendizagem (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007). A inserção da educação no processo de trabalho consiste em um dos principais desafios dos gestores, assim como a rotatividade e a falta de recursos humanos decorrente do pequeno número de trabalhadores e da grande demanda de atendimento (SIGNOR et al., 2015).

Uma das dificuldades para a realização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde, nem é compreendida como atividade final da política setorial (CECCIM, 2005).

Outra dificuldade que pode ser apontada é em relação à parte administrativa, onde se podem citar a insegurança quanto ao legalmente adequado e possível uso do recurso de EPS do MS; dificuldades e a demora em licitar, firmar contratos e convênios com instituições parceiras que se responsabilizariam

pela execução direta das ações de EPS; limitações na legislação específica dos estados, que não previam dispositivos para facilitar a execução de ações de EPS, como, por exemplo, o pagamento de horas-aula, a contratação de educadores por meio de editais, bancos de educadores, pagamento ao servidor de outro ente; e outros (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

A inserção da EPS seria estratégia fundamental para recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, proporcionando ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades e dos direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

Para que haja mudanças de práticas de gestão e de atenção, é imprescindível que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções presentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2005).

Pode-se citar também, como um grande desafio, a necessidade de reconhecermos que a EPS é algo que não pode ser pensado como tendo um lugar determinado onde ocorrer nas instituições. Ao contrário, desloca-se nos territórios, organizacionais e existenciais, ao se transversalizar nos diversos campos da vida das organizações, constituindo, inclusive, os processos de gestão que estão implicados com a produção do cuidado. De certo modo, tal constatação se refere ao fato de que a EPS é um movimento que aponta muito menos para uma pedagogização da saúde e muito mais para um agir no campo da micropolítica do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013)

Por fim, considera-se, também, que um desafio que se atualiza, de outro modo, no atual contexto, é a diferenciação entre os conceitos de Educação Continuada (EC) e EPS (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

1.5 Educação Permanente x Educação Continuada

A EC se expressa através de ações pontuais e a EPS, através do processo de reorientação, e, ainda que ambas proponham uma estratégia global articulada ao desenvolvimento dos serviços e políticas de saúde, as experiências demonstram que a primeira pende no sentido de direcionar os serviços partindo de políticas centrais, em especial de cobertura. Por outro lado, a segunda, associada com as políticas de descentralização, se baseia em propostas de desenvolvimento, partindo das características e necessidades do processo de trabalho concreto dos serviços de saúde. Portanto, a lógica que orienta a mudança no campo da educação mostra duas tendências inversas: a primeira direciona para um caminho planejado centralmente e apoiado em processos racionais – neste caso, espera-se que a educação “atualize, melhore a competência técnica e articule-se com a carreira individual dos sujeitos” (BRASIL, 2007b).

Ao se discutir EPS e EC é importante não considerá-las antagonistas no sistema, mas como processos que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem; a construção de diálogos entre os processos de mudanças no mundo do trabalho frente à perspectiva de o próprio trabalho ser um princípio educativo. A EC pode e deve abranger metodologias ativas de ensino-aprendizagem orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, objetivando transformar a prática de saúde nos serviços (BRASIL, 2007b).

Segundo Ricas (1994), a EC abrange atividades de ensino após o curso de graduação com objetivos mais restritos de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades que possuem um prazo definido e acontecem através de metodologias consideradas tradicionais. Portanto, as necessidades da implementação de novos programas e ações de saúde nos serviços, da organização de respostas a novas demandas dos usuários, da reorientação

das políticas sanitárias e das necessidades de atualização dos profissionais. Ao colocar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EPS não procura transformar todos os problemas em problemas de capacitação, mas sim busca as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços. Na proposta da EPS, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que necessitam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BRASIL, 2007b).

Nessa perspectiva, a EC faz sentido por permitir a aquisição de conhecimentos já existentes em oferta e que podem ser supridos através da contínua formação dos quadros que se quer adestrar, ampliando suas caixas de ferramentas com saberes instrumentais já estruturados. É como se os problemas expressos naquelas condições já encontrassem opções de solução sistematizadas. Já a prática de construção de novos saberes em ato no fazer do cuidado em saúde posiciona os trabalhadores de saúde como um coletivo a construir modos de inteligência em rede. Esse processo é constitutivo do próprio cotidiano do fazer em saúde, em qualquer lugar onde ele se produza, e vai operando sobre os próprios trabalhadores de modo formativo. Esse processo formativo caracteriza a EPS, algo de natureza muito distinta da EC (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

1.6 Equipe de Saúde Bucal

A criação do SUS na Constituição de 1988 é o marco de referência do início da oferta de atendimento odontológico regular e em larga escala na rede pública de saúde. A adoção dos princípios constitucionais do SUS (universalidade, equidade e integralidade) implicou reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos (ANTUNES; NARVAI, 2010).

A ESF, criada pelo MS em 1994 com a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF), vem exibindo nos últimos anos sua efetividade como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, buscando atuar de forma ampla e integralizada. Nesse contexto, o indivíduo e a família são colocados não apenas como usuários de um serviço, mas como atores e sujeitos participativos para a consolidação desse processo. A relação entre os profissionais da saúde e a população possui, agora, um caráter de coletividade com base no conceito de saúde como qualidade de vida (TEIXEIRA; BEZERRA; PINTO, 2005).

Os princípios que norteiam e sustentam a ESF e são estruturantes do SUS, levam em consideração a atuação de uma equipe multiprofissional, que tem a corresponsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde. As intervenções organizam-se de forma interdisciplinar e os integrantes desta equipe concordam que, para enfrentar o complexo quadro de morbimortalidade, faz-se necessário um pacto de solidariedade técnica e confiança mútua (SOUZA et al., 2001).

Verificando-se os modelos de assistência à saúde bucal implementados no Brasil, nota-se que as atividades realizadas no passado estiveram, em sua maioria, voltadas para uma atenção assistencialista e tecnicista, quando a ação curativa e individual teve predomínio (OLIVEIRA et al., 2007). Estas ações são, muitas vezes, justificadas pela própria formação acadêmica, onde são destacados procedimentos individualizados e centrados na doença.

No século XIX, os CDs iniciaram reivindicações para a criação de escolas para formalizar o ensino odontológico, de maneira a qualificar e limitar a sua prática profissional. Entre 1910 e 1911, os CDs já começaram a sentir a necessidade de profissionais treinados para realizarem a limpeza dos dentes dos pacientes, liberando-os para tarefas mais complexas. Com esse intuito, foi criado o primeiro curso para auxiliares ministrado pela Faculdade de Odontologia de Ohio (USA) (ZIMMERMANN et al., 2011). A profissão se expandiu na década de 1970 no Brasil, e teve marco importante depois de sua regulamentação pela

Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia (PERES et al., 2013).

Com a publicação da Portaria GM/MS no 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que definiu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios brasileiros, por meio do PSF, as ações de saúde bucal foram definitivamente inseridas na estratégia do PSF. Esse instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, através do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2012). Quando implantadas, as ESBs atuaram em proximidade com a realidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando as ações de saúde bucal diretamente às comunidades (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Em 24 de dezembro de 2008, a Lei nº 11.889/2008 foi sancionada e as profissões de ASB e TSB foram regulamentadas. Assim, houve definição clara das atribuições, direitos e deveres desses profissionais auxiliares, bem como a mudança para as denominações de Técnico em Saúde Bucal (TSB), antigo Técnico em Higiene Dental (THD), e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), antigo Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) (ESPOSTI et al., 2012; BRASIL, 2008).

Os profissionais de Saúde Bucal que compõem as ESFs e de Atenção Básica devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB (MS, 2017). A reorganização da prática odontológica necessita que o CD seja qualificado e entenda o seu papel no contexto da saúde da família. São necessários a interação com outros profissionais, o planejamento em equipe e as ações coletivas para promoção de saúde (MATTOS et al., 2014).

A ESF, como parte de um novo paradigma e com vistas à integralidade, possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de Atenção Primária em Saúde Bucal, e os Centros de Especialidades Odontológicas (no âmbito do programa Brasil Sorridente) aumentaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica (BRASIL, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010). Essa inserção ampliou o campo de trabalho não só para os CDs, mas também para os níveis auxiliares, pelo aumento do número de escolas de saúde bucal (BRASIL, 2008). Além disso, o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal (ANTUNES; NARVAI, 2010).

No que se refere ao processo de trabalho em saúde bucal, existem dificuldades relacionadas à própria trajetória da profissão odontológica, que se caracterizam por ações isoladas, individuais, privatistas, com o poder centralizado no CD e verticalizado sobre os profissionais auxiliares da Odontologia (SOARES; PAIM, 2011). Contudo, deve-se considerar que a prática odontológica vem sofrendo transformações ao longo de sua história.

No Brasil, durante muitos anos, a inserção da saúde bucal nos serviços de saúde pública se deu de forma paralela e afastada do processo de organização dos serviços e das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais (BRASIL, 2004b), cenário esse que vem se buscando modificar.

No trabalho em saúde, todos os profissionais envolvidos possuem diferentes potenciais de intervenção nos processos do cuidado, que se complementam, independente do lugar que cada um ocupa no espaço social da saúde (BRASIL, 1994; FRAZÃO, 1998). Os resultados desse trabalho dependerão das formas de mobilização e de articulação dos profissionais de saúde, das suas relações, do compartilhamento de seus processos de trabalho, além do modelo de cuidado vigente para assistência aos usuários (PEDUZZI, 2001).

A atuação na ESF necessita do trabalho multiprofissional e cada profissional, por sua vez, é favorecido neste modelo por aumentar suas possibilidades de intervenção e enriquecimento da sua própria formação, afirma Faccin (2010).

A presença das equipes de saúde bucal amplia as contradições que existem entre médicos e enfermeiros, entre profissionais de nível superior e profissionais de nível médio. Seja por uma disputa de poder/espço ou uma autoafirmação da especialidade, os trabalhadores de saúde tendem a ter dificuldade em partilhar seus saberes (FARIAS; SAMPAIO, 2011). A inexistência da vivência em equipe na formação do profissional de saúde aponta para a necessidade de uma mudança radical no sistema de formação de recursos humanos para a saúde no Brasil (MATTOS et al., 2014).

O desenvolvimento do trabalho em equipe não acontece de forma legal. Os CDs geralmente não participam de forma integrada aos outros profissionais e, portanto, a articulação das ações entre os membros da equipe não acontece de maneira sistemática, como parte de seu processo de trabalho (COSTA et al., 2012). Entretanto, destaca-se que o CD tem um papel importante na capacitação dos ASBs e TSBs, no auxílio da EC dos mesmos, a partir da atuação como educador em saúde bucal em equipes multidisciplinares e multiprofissionais (AERTS; ABEGG; CESA, 2004). Geralmente os docentes dos cursos de formação de TSB são CDs. Entretanto, grande parte dos currículos de graduação em Odontologia baseava-se num modelo inadequado para atender às mudanças propostas pelo SUS. Tal como nas principais profissões de nível superior da área da saúde, os currículos dos cursos de graduação em Odontologia não englobam conteúdos sobre educação, uma visão mais ampla sobre o SUS nem tampouco proporcionam ao discente uma experiência prática efetiva com pessoal auxiliar (ESPOSTI et al., 2012).

Mudanças nas relações de trabalho possivelmente não acontecerão de maneira rápida, já que os profissionais que compõem as equipes, principalmente o CD, vêm de uma prática na qual predomina o tratamento curativo-restaurador ou mutilador sobre as demais atividades (COSTA et al.,

2012). Assim, torna-se fundamental, para a atualização de profissionais originários de formação específica, um processo de EPS (COTTA, 2006).

1.7 Educação Permanente na Odontologia

Espera-se que a formação dos novos profissionais de saúde seja voltada à realidade da população, respeitando suas necessidades com um modelo de assistência de excelência (MENDONÇA; NUNES, 2011). Evidencia-se que a reorientação da formação profissional em saúde deve ser um movimento de fortalecimento do SUS, portanto, a formação em serviço passa a ter papel fundamental na metodologia pedagógica (ALMEIDA et al., 2016).

A EPS é uma proposta tanto política como pedagógica que favorece aos trabalhadores um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral. Tal processo defende uma filosofia de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho dos profissionais (GARCIA; BAPTISTA, 2007). Destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira inter e multiprofissional (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Assim, a educação deve ser trabalhada de maneira permanente e dinâmica, procurando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

Historicamente o trabalho do CD está associado ao equipamento odontológico, porém sabe-se que suas funções vão, além disso. A discussão sobre as ações de promoção de saúde bucal aconteceu nesta perspectiva, dando enfoque à promoção e prevenção da saúde dos usuários do SUS (ALMEIDA et al., 2016). É importante ressaltar que a EPS está entre as habilidades e competências requeridas atualmente da formação do CD. Após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002, este profissional deve ser formado contemplando: o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência, o trabalho em equipe e possuir uma visão crítica e reflexiva. Desta forma, nota-se o claro direcionamento para o SUS e as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2002).

A EPS é de suma importância para a efetivação de um serviço de saúde de qualidade e excelência. Para que isto aconteça é necessária a compreensão de todo o processo de trabalho, buscando competências para atuar com os problemas de saúde em contextos socioculturais variados (PEDUZZI et al., 2009).

Essa compreensão do processo de trabalho muitas vezes não acontece, como mostrado no estudo de Almeida et al. (2016), onde a taxa de evasão dos CDs foi de 31%, o que se mostrou semelhante ao observado por Carvalho (2011), onde dois terços desses profissionais concluíram o curso de EPS. A participação dos próprios cirurgiões dentistas do Município de Fortaleza/CE mostrado no estudo de Almeida et al. (2016), como facilitadores do processo de EPS, permitiu uma valorização dos profissionais, assim como contribuiu na construção de uma aprendizagem significativa.

Na proposta da EPS o professor passa a ter o papel de facilitador da aprendizagem, proporcionando a construção de conhecimentos com significado para a prática diária dos profissionais de saúde (CARDOSO, 2012).

Com base nos conceitos acima, é cabível ressaltar o papel importante da equipe auxiliar odontológica para a implementação desta política. O TSB e o ASB fazem parte dessas categorias e compõem a equipe de saúde bucal juntamente com o CD. Eles prestam serviços à população desenvolvendo atividades e tarefas de menor complexidade odontológica sob supervisão direta ou indireta do cirurgião. Algumas dessas tarefas requerem habilidade e domínio de técnicas que demandam capacidade de observação, juízo e decisão envolvendo questões de responsabilidade com o ser humano e com a população e, sobretudo, ética profissional (PEZZATO, 1999).

No estudo de Hayacibara et al. (2012), os participantes relataram que eram poucos os momentos de encontro e discussão do processo de trabalho dos TSBs e ASBs, e que percebiam a necessidade de mais reuniões com a equipe de trabalho. Nos resultados, observou-se que 37% dos participantes

conheciam a EPS. Em relação à sua realização na Unidade Básica de Saúde de cada participante, 29% responderam que realizavam, 67% não realizavam e 4% não responderam. Em relação à importância do assunto discutido na oficina, 100% acreditavam ser importante. Quando foram questionados se gostariam de conhecer mais sobre EPS, 94% disseram que sim, 2%, que não e 4% não responderam.

Sugere-se que a EPS é uma estratégia necessária para promover a integração da equipe multiprofissional e a humanização do atendimento e do processo de trabalho, assim como para proporcionar crescimento dos atores envolvidos, levá-los a pensar em ações para melhorias no modelo que exercem e solucionar problemas que possam surgir ao longo da sua jornada de trabalho e também os decorrentes da própria comunidade de cada componente da equipe. Quando se tem um trabalho em equipe, ele deve promover o protagonismo de todos os seus integrantes, incluindo o sujeito que recebe os cuidados (CECCIM, 2005).

Entretanto, ainda é um grande desafio colocar em prática o trabalho em equipe, já que muitas vezes é visto como divisão de trabalho, pela fragmentação do cuidado em diferentes facetas das profissões e áreas. A atuação em grupo ainda não é verificada como uma construção coletiva de saberes, um trabalho em sinergia, ultrapassando os muros dos preconceitos e dos conflitos interpessoais, operacionalizando a transdisciplinaridade com vistas à integralidade da atenção (HAYACIBARA et al., 2012).

2. OBJETIVO

Analisar a percepção dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal sobre o processo de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implementada para as Equipes de Saúde Bucal da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, que atuavam na Atenção Básica entre os anos de 2007 a 2012.

3. RESULTADOS

3.1 - ARTIGO 1

A PERCEPÇÃO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADA NA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA/ES²

THE PERCEPTION OF DENTAL ASSISTENTS AND TECNICIANS IN ORAL HEALTH OF THE BASIC ATTENTION ABOUT THE NATIONAL POLICY OF PERMANENT EDUCATION IMPLEMENTED IN METROPOLITAN REGION OF GREATER VITÓRIA/ES

LA PERCEPCIÓN DE LOS AUXILIARES Y TÉCNICOS EN SALUD BUCAL DE LA ATENCIÓN BÁSICA SOBRE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE IMPLEMENTADA EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE LA GRAN VICTORIA/ES

² Artigo elaborado de acordo com as normas técnicas da revista Trabalho, Educação e Saúde.

RESUMO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde. Este estudo teve o objetivo de analisar a percepção dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (ASB/TSB) sobre a PNEPS implementada para as equipes de saúde bucal da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, cuja construção dos dados se deu por meio de um grupo focal, seguindo um roteiro guia previamente preparado acerca da PNEPS entre os anos de 2007 e 2012. A discussão entre os sujeitos foi gravada e transcrita na íntegra e de forma literal. O material foi analisado segundo a Análise de Conteúdo Temática. Os resultados mostram que as ASBs/TSBs não compreendiam a EPS nem conseguiam visualizá-la na sua prática em serviço. Viam a mesma como cursos rápidos e pontuais. Não se lembravam bem do que ocorreu de 2007 a 2012, mas mencionaram que antigamente os cursos e as rodas aconteciam com maior frequência. Citaram o número elevado de atendimentos, o que impossibilitava a ausência do consultório e a participação em outras atividades, a desvalorização da profissão, e a prioridade dada aos dentistas. Observavam a influência da gerência da unidade e o comprometimento dela na divulgação e realização de cursos e também o interesse do profissional em participar. Conclui-se que as ASBs/TSBs não viam a implantação dessa política no seu dia a dia e nem tampouco no seu local de trabalho, associando essa falta da execução da política a fatores como: falta de tempo, desvalorização da profissão, gestão da unidade e a escolha do próprio profissional.

Palavras-Chave: Políticas Públicas de Saúde; Educação Continuada; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The National Policy on Continuing Education in Health (PNEPS) enables the identification of training and development needs of health workers and the construction of strategies and processes that qualify care and management in health. The aim of this study was to analyze the perception of oral health workers and assistants (ASBs / TSBs) on the PNEPS implemented for the oral health teams of the Metropolitan Region of Greater Vitória, Espírito Santo, years from 2007 to 2012. A qualitative and descriptive study was carried out, where the construction of the data was performed through a focal group. The discussion between the subjects was recorded and transcribed in full and in a literal way. The material was analyzed according to the Thematic Content Analysis. The results show that the ASBs/TSBs do not understand EPS and can't even visualize it in their service practice. They see it as quick and punctual courses. They did not remember well what happened from 2007 to 2012, but they mentioned that in the past courses and wheels happened more frequently. They cited the high number of appointments, which makes it impossible for the practice to be absent and participation in other activities, the devaluation of the profession, and that the priority is always for dentists. They observe the influence of the management of the unit and the commitment of it in the divulgation and accomplishment of courses and also of the interest of the professional in being participating. It can be concluded that the ASBs/TSBs do not see the implementation of this policy in their day to day nor in their place of work, associating this lack of the execution of the policy to factors like: lack of time, devaluation of the profession, management of the unit and the choice of the professional himself.

Keywords: Public Health Policies; Continuing Education; Oral Health; Primary Health Care.

RESUMEN

La Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) posibilita la identificación de las necesidades de formación y de desarrollo de los trabajadores del área de la salud y la construcción de estrategias y procesos que califiquen la atención y la gestión en salud. Este estudio tuvo el objetivo de analizar la percepción de los Auxiliares y Técnicos en Salud Bucal (ASB/TSB) sobre la PNEPS implementada para los equipos de salud bucal de la Región Metropolitana de la Grande Vitória, Espírito Santo. Se realizó un estudio de abordaje cualitativo, cuya construcción de los datos se dio por medio de un grupo focal, siguiendo un guión guía previamente preparado acerca de la PNEPS entre los años 2007 y 2012. La discusión entre los sujetos fue grabada y transcrita en su totalidad y de forma literal. El material fue analizado según el Análisis de Contenido Temático. Los resultados muestran que las ASBs/TSBs no comprendían la EPS ni podían visualizarla en su práctica en servicio. Vía la misma como cursos rápidos y puntuales. No se acordaron bien de lo que ocurrió de 2007 a 2012, pero mencionaron que antiguamente los cursos y las ruedas ocurrían con mayor frecuencia. Citaron el número elevado de atendimientos, lo que imposibilitaba la ausencia del consultorio y la participación en otras actividades, la devaluación de la profesión, y la prioridad dada a los dentistas. Observaban la influencia de la gerencia de la unidad y el compromiso de ella en la divulgación y realización de cursos y también el interés del profesional en participar. Se concluye que las ASBs/TSBs no veían la implantación de esa política en su día a día ni tampoco en su lugar de trabajo, asociando esa falta de ejecución de la política a factores como: falta de tiempo, desvalorización de la profesión, gestión de la unidad y la elección del propio profesional.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; Educación Continua; Salud Bucal; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de um modelo baseado na Atenção Primária à Saúde exige que uma nova prática sanitária esteja em andamento, relacionando a atenção à demanda e à vigilância da saúde. Entende-se que há uma necessidade de adequação da formação de profissionais que sejam capazes de diagnosticar e solucionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de enfrentar situações de mudança e de trabalhar em equipe. Historicamente, a formação dos profissionais tem sido realizada de maneira desarticulada e fragmentada, o que produz pouco impacto no cenário nacional. Com isso, iniciou-se, um processo de construção coletiva de uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) (GIMENES; ABRAHÃO; MAIA 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, proporciona a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que caracterizem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social, objetivando a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA, 2009). Essa política representou o empenho de cumprir uma das mais nobres metas criadas pela Saúde Coletiva no Brasil: transformar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (CECCIM, 2005).

A PNEPS vem para congrega, articular e colocar em roda/em rede os diferentes atores do sistema de saúde, proporcionando a todos um lugar de destaque na condução dos Sistemas Locais de Saúde, contribuindo para a promoção do protagonismo de todos os seus integrantes, bem como do sujeito que irá receber os cuidados, atingindo o objetivo do trabalho em equipe (CECCIM, 2005b).

Segundo Narvai (2003), historicamente, o trabalho em saúde bucal foi desenvolvido com a atuação do Cirurgião-Dentista (CD) e também pelo trabalho do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e do Técnico em Saúde Bucal (TSB), porém a tardia regulamentação dessas profissões e a discordância entre as inúmeras legislações complicaram o estabelecimento de uma organização do trabalho em saúde bucal capaz de atender às propostas de ampliação da atenção para além das ações curativas.

Além de atuar nas questões preventivas e de promoção de saúde, difundindo conhecimento e aumentando a qualidade do serviço, a organização do trabalho com a participação desses profissionais auxiliares promove o aumento de produtividade e redução dos custos, tendo o objetivo de realizar o maior número de tarefas possíveis, para que o CD fique livre para os trabalhos mais complexos e específicos de sua competência. Esses profissionais auxiliares em Odontologia podem aumentar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados (KOVALESKI et al., 2005; QUELUZ, 2005).

Buscando mudança nas práticas de saúde dos profissionais, desde aqueles que estão em processo de formação até os que já se encontram nos serviços, a EPS se propõe como uma medida de excelência para a qualificação profissional. Para que seja implantada de forma eficiente, é necessária a análise do cotidiano de trabalho ou da formação em saúde, por meio de um processo pedagógico pautado nas relações concretas desenvolvidas de acordo com diferentes realidades e que possibilitem a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos serviços de saúde (CECCIM, 2005a).

Assim, o objetivo do estudo foi analisar a percepção dos ASBs/TSBs sobre a PNEPS implementada para as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV/ES).

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um projeto intitulado “Política de Educação Permanente e as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica”, que visou analisar a implementação da PNEPS executada na RMGV/ES para as Equipes de Saúde Bucal.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo foca nas características e nos fatores relacionados a um fenômeno que podem ser entendidos adequadamente quando analisados no contexto mais amplo no qual estão inseridos (GIBBS, 2009). A pesquisa qualitativa responde a questões particulares e permite compreender as relações que se dão entre atores sociais e sua situação (BARDIN, 2009).

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados seguindo o critério de terem atuado como ASB e/ou TSB em um dos sete municípios da região estudada, no período de 2007 a 2012. Esse período de tempo entre 2007 e 2012 foi determinado para o estudo, mediante o fato de que em 2007 houve a implementação das novas diretrizes da PNEPS estabelecida pelo Ministério da Saúde, e em 2012 houve uma mudança na portaria da mesma.

Foi realizado um primeiro contato, por telefone, com aproximadamente cinquenta profissionais informados pelas prefeituras (com exceção do município de Viana, que foi excluído da pesquisa devido à não colaboração na entrega da lista com os nomes e telefones desses profissionais) como aqueles que atendiam ao critério de seleção e, desses, somente dez profissionais aceitaram participar da pesquisa.

A construção dos dados foi realizada por meio de um grupo focal. Este foi realizado no mês de março de 2017, em um auditório da Universidade Federal do Espírito Santo, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, em horário de final de expediente. Esse horário e o local foram previamente acordados, por telefone, junto aos sujeitos da pesquisa, como situação mais conveniente para todos. Solicitou-se a esses profissionais que aceitaram participar da pesquisa que levassem, no dia do encontro, durante o qual os dados foram construídos, os certificados e os comprovantes de atividades de EPS referentes ao período de 2007 a 2012, no intuito de fazê-los rememorar o período vivido nos serviços de saúde, contudo, apenas duas das participantes levaram esses documentos.

Apesar da confirmação antecipada da presença dos dez sujeitos de pesquisa, os representantes de três municípios da região não compareceram no dia e local agendados por motivos pessoais e, assim, não participaram do grupo focal. Dessa forma, ao todo, participaram do grupo sete sujeitos, sendo cinco ASBs e duas TSBs. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os sujeitos de pesquisa, os mesmos preencheram um formulário para caracterização do grupo, segundo idade, sexo, tempo de formação, vínculo empregatício atual, ano de conclusão de curso de auxiliar e/ou técnico e anos de trabalho na atenção básica.

Seguindo as recomendações de Westphal, Bógus e Faria (1996), o grupo foi conduzido por um moderador, que propôs o tema de discussão para os participantes, seguindo um roteiro preparado a partir do objetivo do estudo, que incluía os seguintes tópicos: a PNEPS na RMGV/ES; a EPS como processo formador; a importância da EPS para a gestão dos serviços e para a qualidade da atenção à saúde bucal; os espaços destinados a

essa política; a participação dos profissionais de saúde nesses espaços e a participação da equipe de saúde bucal; e os fatores facilitadores e/ou complicadores da execução dessa política. Ficou a cargo do moderador encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos e opiniões sobre a questão em debate, assim como manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desviasse dele. Um observador foi encarregado de captar as informações não verbais expressadas pelos participantes e, ao final, auxiliou o moderador na análise dos possíveis vieses relacionados à sua forma de coordenar a sessão. Além destes, participaram da equipe de pesquisa dois digitadores relatores e dois assistentes de gravação de áudio.

Ao final do grupo, foi realizada uma reunião entre os pesquisadores, para discussão e relato sobre os pontos mais relevantes. A discussão entre os sujeitos de pesquisa ocorrida durante o grupo focal foi gravada e transcrita na íntegra e de forma literal. Após a leitura do material foram retirados os vícios de linguagem e nomes próprios para proteção dos participantes da pesquisa. O material empírico do grupo focal foi analisado segundo a Análise de Conteúdo temática, proposta por Bardin (2009), que aponta a divisão da análise em três momentos: pré-análise, a partir de uma leitura flutuante e exaustiva de todo material, o que permitiu ao pesquisador obter uma visão de conjunto e elaborar pressupostos iniciais, determinando os conceitos teóricos que orientaram a análise; no segundo momento, ocorreu a exploração do material, com a análise da discussão, distribuindo os trechos de fala, no esquema da classificação inicial, criando os núcleos de sentido e reagrupando as partes do texto por temas encontrados; e, por fim, o pesquisador tratou os resultados, realizando a interpretação dos mesmos e a inferência de acordo com a literatura.

A análise esteve também fundamentada em concepções de Ceccim (2004, 2005), de Feuerwerker (2000, 2004) e na cartilha do Ministério da Saúde – Brasil (2008) acerca da EPS, entrelaçando-se aos autores que trabalharam a mesma temática. Desta forma, foi possível captar significados, atitudes e comportamentos que residem nas entrelinhas da discussão, levando os pesquisadores à possibilidade de decifrarem as percepções dos sujeitos de pesquisa sobre a PNEPS implementada na região do estudo.

Para categorizar os temas, foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos MAXqda 12.0, que possibilitou uma extensão na forma com que o texto foi trabalhado, proporcionando maneiras de administrar e estruturar os aspectos da análise qualitativa. Optou-se pelo uso desse *software*, pois, segundo Gibbs (2009), o mesmo facilita a visualização de relações entre conjuntos de dados, aumenta a velocidade de resposta por meio das análises e aumenta a transparência dos trabalhos. O processo de codificação foi feito pelo próprio pesquisador, que pôde criar e organizar as categorias e manter o controle sobre todo o processo de análise.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de registro CAAE 38637414.0.0000.5060, Parecer nº 959.863.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sete profissionais participaram do grupo focal, duas com formação no curso de Técnico em Higiene Dental (atual TSB) e cinco em Auxiliar de Consultório Dentário (atual

ASB). No momento da coleta de dados, todas as participantes atuavam na Atenção Básica, seis com vínculo empregatício efetivo e uma em contrato de trabalho temporário. Mesmo as que tiveram sua formação como TSB, atuaram entre os anos de 2007 e 2012, período ao qual se refere à análise do estudo, como ASB nas equipes de atenção básica. A idade variou entre 34 e 61 anos; o tempo de formação variou entre 11 e 39 anos; seis formaram-se no Estado do Espírito Santo, e uma, no Rio de Janeiro.

A análise dos dados evidenciou três categorias que foram colocadas em um quadro para análise e discussão: 1. Sentidos da EPS; 2. EPS na prática dos profissionais auxiliares em Saúde Bucal; e 3. Fatores relacionados à implementação das ações de EPS no cotidiano do serviço. A construção temática dos resultados, conforme categorias, será apresentada a seguir.

Sentidos da EPS

No que diz respeito ao conceito de EPS, a maioria das participantes do grupo focal apresentou pouco entendimento sobre o assunto. Isso pôde ser percebido pelo fato de associarem, em geral, a EPS a cursos de capacitação realizados. Os seguintes trechos destacam bem essa relação:

“[...] cursos que eu fiz nesse período, que me lembra muito, foi o curso de PSF que a prefeitura colocou a gente pra fazer, né?”

“Os cursos que eu fiz lá [*município*] foram aquelas coisinhas lá. Não tem um curso, sabe. Eu nunca participei de cursos longos ao longo da minha vida.”

Ceccim e Ferla (2008) consideram que o conceito de EPS se refere à política, mas também a certas práticas de ensino-aprendizagem. Assim, não seria qualquer educação na saúde no SUS que poderia ser entendida como EPS.

O pensamento da EPS é descentralizador, ascendente e transdisciplinar. Com essa abordagem é possível: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprender, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes e de melhorar definitivamente a qualidade do cuidado à saúde, assim como de constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanizadas. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu enfoque deve ser a modificação das práticas profissionais e da organização do trabalho (CECCIM; FEUERWELKER, 2004).

O que caracteriza esses profissionais auxiliares em relação à Educação Continuada (EC) é a realização das capacitações pontuais, que em sua maioria são de caráter programático e centralizado, com um conteúdo padronizado, que objetiva à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, não considerando as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, e, dessa maneira, provocam pouco impacto nas práticas de saúde. Essas capacitações, baseadas na organização disciplinar e de especialidades, encaminham ao estudo fragmentado dos

problemas de saúde das pessoas, levando à manutenção da formação de profissionais que não conseguem lidar com as totalidades ou realidades complexas (MS, 2003).

Ao se discutir EPS e EC é importante não considerá-las antagonistas no sistema, mas como processos que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem; a construção de diálogos entre os processos de mudanças no mundo do trabalho frente à perspectiva de o próprio trabalho ser um princípio educativo (BRASIL, 2007b).

As participantes do grupo focal apontaram as rodas de discussão como um espaço para a realização das atividades relacionadas à EPS:

“Na minha unidade existiu roda. Uma vez por mês. Onde a gente pegava um problema da unidade pra tentar resolver.”

Contudo, durante a discussão percebeu-se que algumas apresentavam dificuldade em diferenciar a metodologia da roda de discussão dos momentos destinados às reuniões de equipe. Essas questões podem ser exemplificadas nos seguintes trechos da discussão:

“Elas [*rodas*] funcionavam como reuniões em 15 em 15 dias. Essa reunião participava o médico e enfermeiro, o psicólogo, as técnicas de enfermagem, o dentista, a auxiliar e a TSB e ali eram discutidos os casos.”

A PNEPS previa a criação dos Polos de EPS nas regiões de saúde do país, com o objetivo de administrar os processos de formação e capacitação dos trabalhadores do

setor de saúde em seu território de abrangência. Dessa forma, estabelecia como estratégia de gestão dos polos as “Rodas de Educação Permanente” (REP), local de negociação e pactuação que era composto pelos diferentes atores que constituíam o chamado “quadrilátero de formação”: instituições de ensino em saúde, trabalhadores, usuários e gestores do setor de saúde de cada região (MS, 2004).

O Método da Roda (Método Paideia), criado por Campos (2000), foi definido como "um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a co-gestão de instituições e para a constituição de sujeitos com a capacidade de análise e de intervenção" (CAMPOS, 2000). Baseou-se no estabelecimento de espaços coletivos de "ofertas e demandas" que, submetidos à análise cotidiana, se transformam em projetos, tarefas, ações. O Método da Roda propõe ativar a produção de subjetividade, potencializando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos (CARDOSO, 2012).

As rodas buscavam sempre a melhor maneira de formar e desenvolver definitivamente os trabalhadores da saúde. Dessa maneira, se faz primordial a consolidação urgente dos espaços coletivos, ou seja, rodas de “trocas”, nas quais juntos todos possam criar um conhecimento comum que busque a integralidade da assistência, tendo em vista a saúde como expressão da qualidade de vida (GIMENES; ABRAHÃO; MAIA, 2005, grifo dos autores).

Os resultados da avaliação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória indicam que as REPs se constituíram em um importante espaço de discussão do

processo de trabalho das equipes de saúde. Antes das Rodas, não havia espaço coletivo nas unidades que debatesse esse tema unindo todas as categorias profissionais e o gestor de cada serviço. Assim, os servidores passaram a se conscientizar mais das questões da gestão e a participar da tomada de decisões locais, consolidando-se como um importante dispositivo de cogestão (CARDOSO, 2012).

Durante o debate acerca das rodas de discussão, foi indicado pelas participantes que apenas os profissionais de saúde participavam dessas rodas, e foi possível observar que todas concordavam quando se tratava da não participação dos usuários, como mostrado nos trechos abaixo:

“Em [*município*] acontecia isso [*não participação da população nas rodas*]. A gente tinha reuniões de conselho local, a gente tinha colegiado gestor que a população participava lá. Nesse encontro eu acho... [*sobre a participação positiva da população*].”

Nota-se que esse resultado corrobora o estudo de Goulart (2016), no qual os CDs não relacionaram a importância do usuário no processo de EPS. Esse resultado também foi obtido na pesquisa realizada pela SEMUS em Vitória, onde a participação dos usuários nas REPs foi insignificante, muitas vezes por resistência dos próprios profissionais de saúde, que sentiam que os serviços não estavam organizados o suficiente para dar respostas às cobranças dos usuários, recusando-se a convidá-los para as reuniões (CARDOSO, 2012). Porém, sabe-se que os usuários são parte fundamental do SUS, visto que os serviços são direcionados a eles, justificando a importância da presença dos mesmos nessas rodas.

Assim, quando se trabalha na perspectiva da EPS, esta completa seu quadrilátero com a participação social. É visto que cada espaço de EPS deve ser pensado de forma singular a cada contexto de discussão; desse modo, os espaços destinados à formação em saúde para e com os usuários devem ser pensados mediante a dinâmica de cada serviço de saúde, contando com maior ou menor participação da comunidade, sendo pensadas estratégias para trazer a comunidade para uma discussão horizontal, permitindo que todos e todas, com formas especialmente diferentes a cada papel, discutam o cuidado com a saúde (BELLO, 2016).

EPS na prática dos profissionais auxiliares em Saúde Bucal

Em relação aos cursos de capacitação realizados pelas participantes, percebeu-se que, em sua maioria, os mesmos tratavam de questões mais técnicas relacionadas à profissão. Cursos como Biossegurança, PSF e Recursos Humanos foram citados, e apenas uma das profissionais mencionou a participação em um curso voltado para a metodologia da EPS. Contudo, elas enfatizaram a falta de cursos de capacitação para a profissão, demonstrando um déficit no conhecimento dos profissionais em relação a determinados assuntos, principalmente aqueles voltados para atividades de EPS. As citações abaixo ilustram esses dados:

“Na [*município*] tudo é biossegurança. Qualquer coisa que tem na [*município*] é biossegurança para ASB. Só isso, mas nada.”

“Já fiz alguns cursos de capacitação [...] recursos humanos já fiz. Vários deles, com tópicos pequenos, né? Não é um curso, mas...”

“Teve um curso de educação permanente que foi pela Fiocruz, que foi o... Ele caiu em cima da minha cabeça, caiu mesmo. Ele falava da questão básica. Falava da unidade. De tudo.”

“É muita pouca oferta de curso, de capacitação.”

A capacitação dos trabalhadores do SUS precisa ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, ou seja, nos diversos locais, a partir de cada realidade/necessidade local e regional, englobando saberes e associando a gestão e o cuidado (BATISTA; GONÇALVES, 2011). No presente estudo pôde-se notar esse pensamento nas falas das participantes, visto que as mesmas citaram a quantidade repetida de cursos abordando os mesmos temas (Biossegurança, Recursos Humanos), quando na verdade o essencial seria que selecionassem os temas de acordo com as necessidades da população naquele momento ou simplesmente temas que complementassem a formação das profissionais.

A integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acrescidos no processo de formação profissional e de vida. Esse conjunto precisa de locais para análise e reflexão, orientados a relacionar os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações mais complexas nos processos de trabalho, diante da diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização de serviços e dos espaços. Dessa maneira, a escolha de estratégias e modelos de capacitação renovados e aderidos aos contextos de trabalho e espaço de ação dos participantes tende a minimizar o déficit na formação dos profissionais diante dessa permanente reestruturação (FEUERWERKER, 2000).

Na proposta da EPS em saúde, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho e que necessitam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada. A EPS não procura mudar todos os problemas de capacitação, mas busca as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A ação de EPS não tem um foco na capacitação ou treinamento, mas sim na construção de conhecimentos numa vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Dá prioridade à relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto inicial são os problemas ou a problematização da realidade concreta. É, nessa abrangência, uma estratégia que parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que produz sentido para o sujeito e se relaciona com os problemas enfrentados na realidade, além de levar em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem (BERTUSSI, 2004).

Nessa mesma categoria, discutiu-se a forma como as participantes entendiam que a EPS estava presente no seu ambiente de trabalho, e, assim, percebeu-se que, na visão das participantes, a EPS estava diretamente ligada a algum outro profissional de saúde que, na roda de discussão, compartilhava o conhecimento sobre algum assunto de destaque na atualidade ou na própria Unidade Básica de Saúde, como evidenciado nos seguintes trechos da discussão:

“A roda pode ser um aprendizado, levar alguém, como ela falou, pra falar sobre a Tuberculose, para falar sobre uma febre amarela.”

“[...] teve em outubro, teve o encontro com infectologista, aí a pergunta que ele fez: “Quem usa a N95, a máscara cirúrgica?”. Quem tem consultório particular. Foi a pergunta que ele fez. Aí ele falou que era EPI [equipamento de proteção individual], foi que abriu os olhos, já que, até então, a gente não sabia o uso certo sobre isso [...]”

As capacitações sem contexto e baseadas na transmissão de conhecimentos não são eficazes, pois contribuem muito pouco para transformações no setor de saúde. Esses treinamentos não proporcionam um compromisso com os princípios do SUS e não se traduzem em trabalho realizado, sendo descrições de habilidades, comportamentos e perfis (LOPES et al., 2007; CECCIM, 2005a).

Por meio da discussão sobre o cotidiano de trabalho, a EPS possibilita pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS, objetivando os processos de trabalho, nos quais o alvo são as equipes e seu local de produção são os coletivos (BRASIL, 2008). Essa aprendizagem dos profissionais de saúde passa a ter sentido quando ela é significativa, ou seja, quando o material a ser aprendido tem algum sentido para o educando (CARDOSO, 2012).

Desse modo, não basta apenas que haja a presença de um profissional especializado no assunto determinado para discussão nas rodas se ele for unicamente um transmissor de informações, ou seja, é necessário que a informação seja compartilhada e em seguida discutida. Nota-se então que é preciso trabalhar esses conceitos com essas profissionais, já que as mesmas baseavam o conceito que têm de EPS na presença de um profissional palestrando sobre um tema.

A EPS é de suma importância para a concretização de um serviço de saúde de qualidade e excelência. Desta maneira, para que isto aconteça é necessária a compreensão de todo o processo de trabalho, procurando competências para atuar com os problemas de saúde em contextos socioculturais diferentes (PEDUZZI et al., 2009). Nesse sentido, a PNEPS tende a ser um espaço de discussões onde todos os envolvidos possuem sua importância e contribuem para a ressignificação dos processos de saúde (ALMEIDA et al., 2016).

Fatores relacionados à implementação das ações de EPS no cotidiano do serviço

Existem fatores capazes de influenciar a inserção da prática da EPS no ambiente de trabalho das equipes na atenção básica. No grupo focal emergiu o fator relacionado à falta de oportunidade que essas profissionais tinham para a realização de cursos e de participação nas rodas de discussão devido a pouca oferta para essa profissão. Esse fator é um dos responsáveis pela presença ou pela ausência de um processo de trabalho eficiente e de um atendimento qualificado aos pacientes. Alguns trechos da discussão destacam bem esse fator:

“Até serviço social que estava fazendo estágio. Que ia entrar e ia sair, né. Até elas tinham mais coisa pra fazer curso do que quem era efetivo. Então, esse daí [*curso de EPS*]. Porque o médico não podia ir porque estava fazendo coisa, o enfermeiro não podia ir. Aí chamou eu e outra colega pra ir fazer este curso.”

“Mas assim... saúde bucal, né... Falta de oportunidade. Eles não davam pra gente. Odontologia, então...”

“A gente não é reconhecida, não é enxergada.”

A desvalorização das categorias profissionais relacionadas à Odontologia necessita ser falada, nos seus valores tanto simbólicos como concretos (salários que não estimulam, ausência de propostas de EP, exclusão do CD e dos profissionais que compõem a equipe de saúde bucal das capacitações existentes para os outros profissionais nos serviços de saúde, e a própria tendência ao isolamento da odontologia dentro da equipe multiprofissional) (MOURA et al., 2013). Assim, devido a essa desvalorização percebeu-se a falta de profissionais estimulados e dispostos a aprender sobre novos assuntos. Além disso, é preciso unir essas profissões com as demais presentes na UBS, visto que a prioridade deve ser sempre o bem-estar do usuário, o que só será conseguido quando a saúde for vista de forma integral, ou seja, relacionando todas as áreas da saúde.

É notável a contradição explícita que ainda existe entre as demandas dos processos de municipalização, descentralização e quebra dos programas verticalizados em direção à

integralidade do cuidado e à vigilância à saúde e o domínio dos programas de capacitação verticalizados e direcionados a diferentes categorias de profissionais, o que claramente requer o aumento da capacidade de decisão local e novas formas de relação com os usuários (RIBEIRO; MOTA, 1996).

Ainda nessa categoria, observou-se como um fator que influenciava negativamente a percepção das auxiliares e técnicas em relação à implantação da EPS, a falta de oportunidade que essas profissionais tinham de realizar cursos e participar de rodas quando se observava o dia a dia das mesmas, já que, como citado por elas no grupo focal, havia falta de tempo devido ao imenso número de pacientes atendidos em um único dia e os horários em que esses cursos eram ofertados não propiciava a participação:

“[...] teve na [*município*] um curso de ASB no ano passado. Juntou todas as prefeituras, ‘as maiores’, mas não pudemos fazer, ofereceu à noite. À noite a gente estava aqui em [*município*], aí eu fui conversar com o gestor, pra saber, aí falaram assim: [...] a gente tinha interesse, mas tava contratada, a gente vai deixar a cadeira?”

“Aí começou a fazer reunião de equipe e eu doída pra ir à reunião né, aí não dava. Aí eu falei: No próximo ano eu vou organizar a minha agenda. Aí eu organizei minha agenda pra exatamente naquele momento ali eu não ter ninguém de escovário, nem escola, nem nada. Aí chegou uma determinação da prefeitura que

as THDs, no horário da reunião de equipe, elas têm que está na cadeira. Não podia assistir. Aí aquilo lá dá até depressão, não é? Você é excluído, na hora eu organizei bonitinho, você não pode ir, tentei mudar.”

“Mas no dia adia não dá pra colocar em prática aquilo que eles querem porque é muito corrido, o povo é muito apressado, o povo é muito exigente. Então, você não pode colocar em prática realmente o que você gostaria.”

“No início começa a funcionar, depois vai dissolvendo, porque a necessidade fala mais alto. O fluxo é muito grande, tá aumentando muito, por exemplo, a gente tá num bairro que ele tem... vou botar umas seis vezes mais [*pessoas*] em [*município*].”

No estudo de Lazzaroto; Roecker e; Ross (2009) identifica-se na fala dos trabalhadores que o maior desafio é a readequação do quadro de pessoal, que deve ser suficiente para proporcionar uma assistência de qualidade, além de possibilitar o desenvolvimento das atividades educativas, já que a rotatividade e a falta de recursos humanos são dificuldades encontradas para a realização de práticas educativas, devido à pequena quantidade de trabalhadores e à enorme demanda de atendimento. Assim também foi evidenciado no estudo de Goulart (2016), no qual os profissionais CDs apontaram que um dos fatores destacados para a falta da realização de atividades de EPS era a frequente priorização dada pelos gestores à produtividade, em detrimento da qualidade da assistência a ser prestada pelos profissionais. Vê-se, aqui, que a gestão também tem

grande papel nesse item, já que a mesma é a responsável por criar o quadro de horários desses profissionais, sendo importante a seleção de períodos para a dedicação a atividades voltadas para o crescimento de conhecimento do profissional, para que ele seja capaz de atuar de forma eficaz na saúde do usuário.

As práticas educativas referem-se às atividades de educação em saúde voltadas ao aperfeiçoamento individual e coletivo, que objetivam a melhoria da qualidade de vida dos usuários e a qualificação do processo de trabalho em saúde. Com isso, as práticas de saúde requerem práticas educativas. Entende-se que exercer atividades de EPS requer espaço social, visto que o campo da saúde é mais amplo do que o da doença (PEREIRA, 2003).

Percebe-se que, em muitos casos, à vontade e a necessidade de realizar esses cursos e participar dessas rodas de discussão existe, porém a pouca oferta dessas atividades para os auxiliares em Odontologia e, muitas vezes, a despreocupação em formar com qualidade o profissional impedem que isso ocorra. Assim, cabe à gestão da unidade dividir as disponíveis entre as diversas profissões daquele local de trabalho e entender a importância da capacitação desse profissional para o processo de trabalho. Podemos perceber, pelas falas citadas, que uma gestão se difere da outra:

“[*município*] quando eu cheguei, vai fazer dez anos, se falavam em fazer o curso de ASB de profissionalizar. Só que isso nunca aconteceu. Cada gestão, cada gestão ia se prorrogando [...]”

“Dependendo da gerente. É, algumas, elas são muito mais preocupadas em formar o funcionário dela.”

“E tem aquela outra gestão que nem te avisa que tem o curso. Quando você vai saber já acabou as vagas e nem se deram ao trabalho de te informar.”

É necessária a capacitação das instituições/organizações de modo a acompanhar a evolução, traçando estratégias que irão orientar o caminho a ser seguido. É de suma importância investir nos trabalhadores, o maior bem da organização, dando oportunidade de uma aprendizagem contínua, de forma que possam satisfazer as suas necessidades pessoais e também profissionais, demarcando as melhores estratégias no coletivo para encontrar as soluções que venham ao encontro das necessidades dos usuários e trabalhadores (SIQUEIRA, 2001).

Com isso, a forma de pensar, de planejar e de gerenciar resulta em um processo interativo e as estratégias de gestão são ações que promovem possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em saúde, direções inovadoras e democráticas, num todo interdependente. Desse modo, a gestão do trabalho em saúde não deve ser considerada apenas como uma questão técnica, já que engloba mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (MEDEIROS et al., 2010).

Novos modelos de planejamento e de gestão são necessários para que os serviços se tornem espaços de aprendizagem, e uma atenção especial deve ser dada à criação de

novos pactos de trabalho, de modo que absorvam as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde. Na realidade da EPS e da significação dos processos de formação pelas necessidades sociais em saúde, integralidade do atendimento e rede de cuidados, é importante que as instituições formadoras também realizem iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacional (CECCIM; FEUERWELKER, 2004).

Em meio à discussão, algumas sugestões foram feitas em relação à gestão:

“É eu acho, por exemplo, assim. Eu acho que tudo é questão de organização, tudo com organização funciona.”

“Fecharia agenda de todos os dentistas no mesmo dia depois do atendimento de urgência, tipo assim, tiraria os três últimos pacientes de todos. Nesse horário, aí a gente sentava e ia todo mundo conversar.”

“Depende se a gestão se interessar em ajudar. Gestão que eu falo é a gestão direta. A gerente da unidade. Porque ela pode dá aval de apagar ali a agenda. Aí pode ter uma pauta igual, é, hoje o que seria importante para gente conversar? Sobre a febre amarela.”

“Precisa qualificar o gestor.”

As novas competências gerenciais, integradas à gestão participativa, devem ser construídas no coletivo, no e pelo trabalho, de modo a possibilitar a criação de estratégias para gerenciar a competitividade, a complexidade, a adaptabilidade, o trabalho em equipe, a incerteza e o aprendizado (MEDEIROS et al., 2010).

Assim, o papel dos gerentes/líderes será de criar ambientes que inspirem, que suportem e que alavanquem a imaginação e a iniciativa que existe em todos os níveis, e, com isso, promover o incentivo de mudança por meio dos trabalhadores que estão envolvidos no trabalho, de modo que esses gerentes/líderes não tenham o papel de conduzir as pessoas para a mudança (SENGE, 1998).

Observando a necessidade de reconstruir modelos de gestão, novas estratégias surgiram, como a gerência participativa e os programas de qualidade, já que os mesmos preconizam, dentre outras, a descentralização das decisões e a aproximação dos integrantes da equipe de trabalho. Essa abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na escolha das decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho, tendo, como base a ser seguida, a EPS (MEDEIROS et al., 2010).

A EPS deve ser utilizada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores (MS, 2005). Por ser uma estratégia para a aprendizagem coletiva, a partir das práticas e do trabalho, a EPS é parte que constitui a gestão democrática, ou seja, é uma estratégia para a gestão participativa (MEDEIROS et al., 2010).

Neste estudo, percebe-se que a gestão é uma grande influenciadora da participação ou não desses profissionais auxiliares nas atividades relacionadas à EPS, visto que em muitos casos é papel da gestão direcionar para quem os cursos serão oferecidos, sendo capaz de selecionar pelo menos um integrante de cada profissão dentro da equipe, no foco do estudo da equipe de saúde bucal, de forma a proporcionar maior conhecimento e capacitação desses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNEPS é uma das estratégias que buscam o desenvolvimento dos profissionais de saúde, com o objetivo final de garantir uma atenção à saúde de qualidade à população no âmbito do SUS, e o seu desenvolvimento deve ocorrer de maneira descentralizada, ascendente e multidisciplinar, assim, deve ser desenvolvida a nível local e envolvendo vários saberes.

Os resultados da pesquisa mostraram que as ASBs/TSBs não entendiam o conceito de EPS nem conseguiam visualizá-la na prática em serviço, já que viam a mesma como cursos rápidos e pontuais. Além disso, não se lembraram bem do que ocorreu no período de 2007 a 2012, contudo, mencionaram que, alguns anos atrás, os cursos e as rodas aconteciam com maior frequência e que hoje não aconteciam mais.

Citaram o número elevado de atendimentos, o que impossibilitava a ausência do consultório e participação em outras atividades, a desvalorização da profissão, e a prioridade para os dentistas em realizar cursos. Destacaram a influência da gerência da unidade e o comprometimento da mesma na divulgação e realização de cursos, bem

como o interesse do profissional em participar desses, como pontos importantes para a realização ou não de atividades relacionadas à EPS.

AGRADECIMENTOS

Ao apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) - EDITAL nº 006/2014 - UNIVERSAL - PROJETO INDIVIDUAL DE PESQUISA e à colaboração das Secretarias Municipais de Saúde da RMGV/ES e aos profissionais Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal que se dispuseram a participar deste trabalho.

REFERÊNCIAS

AERTS, Denise; ABEGG, Cláides; CESA, Kátia. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

ALMEIDA, Janaína R.S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista da ABENO*, Londrina, v.16, n.2, p.7-15, 2016.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATISTA, Karina B.C.; GONÇALVES, Otilia S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.884-899, 2011.

BELLO, Patrícia A. “*Reflexões sobre a Educação Permanente em Saúde e os equipamentos da rede atenção psicossocial de campinas*”. 2016. 29 f. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2016.

BERTUSSI, Débora Cristina. *Caminhos para a educação permanente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. ACD e THD: regulamentar ou não? RETSUS, Rio de Janeiro, jul./ago. 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/retsus_revista_10.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.889/08, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal – TSB e de auxiliar em saúde bucal – ASB. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/92607/lei-11889-08>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. 2. ed. Brasília, 2005. 36 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS*. Brasília, 2003. 15 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, 2004. 68 p.

CAMPOS, Gastão W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Carlos Eduardo A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.509-84, 2003.

CARDOSO, Ivana M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.1, p.18-28, 2012.

CAROTTA, Flavia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 8-51, 2009.

CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário - Debate. *Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação*, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 140-141, 2004.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 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.

ESPOSTI, Carolina D.D. et al. O Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal e suas Relações com a Equipe de Saúde Bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v.21, n.2, p.372-385, 2012.

FEUERWERKER, Laura C.M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, 2000.

GIBBS, Graham. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIMENES, Heloisa T.; ABRAHÃO, Patrícia; MAIA, Ludmila G. Perspectivas dos Profissionais de Saúde frente ao Processo de Implementação dos Pólos de Educação Permanente. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 120-123, 2005.

GOULART, Wagner S.L. *A Percepção dos Cirurgiões-dentistas da Atenção Básica sobre a Política Nacional de Educação Permanente implementada na Grande Vitória-ES*. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2016.

KOVALESKI, Douglas Francisco; BOING, Antonio Fernando; FREITAS, Sérgio Fernando T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Revista de Odontologia da Unesp*, Araraquara, v. 34, n. 4, p. 161-65, 2005.

LAZZAROTTO, Elizabeth Maria; ROECKER, Simone; ROSS C. *Gestão por habilidades e atitudes: trabalho do enfermeiro na saúde da família*. Cascavel: Coluna do Saber, 2009.

LOPES, Sara Regina S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MEDEIROS, Cássia Regina G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1521-31, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo. *Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo*. São Paulo, SP, 2007.

MOURA, Marcoeli S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.471-480, 2013.

NARVAI, Paulo C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, Leo. (Coord.). *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.475-94.

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 - Comunic., Saude, Educ.*, São Paulo, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PEREIRA, Adriana L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.

QUELUZ, Dagmar de P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. *Odonto Cienc.*, Porto Alegre, v.20, n.49, p.270-80, 2005.

RIBEIRO, Eliana Claudia O.; MOTTA, Jose Inácio J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v.12, p. 39-44, jul. 1996.

SBRAVATI, Richard S.; MENEGHIM, Marcelo C.; PEREIRA, Antônio Carlos. T.H.D no mercado de trabalho: uma realidade? *Revista Robrac*, Goiânia, v. 8, n. 25, p.37-9, 1999.

SENGE, Peter M. *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. São Paulo: Best Seller; 1998.

SIQUEIRA, Hedi C.H. *As interconexões do serviço no trabalho hospitalar – um modo de pensar e agir*. 2001. 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2001.

WESTPHAL, Marcia F.; BÓGUS, Claudia M.; FARIA, Mara de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*, Washington, v.120, n6,p.472-82, 1996.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS propõe a integração dos processos educativos de profissionais da saúde às experiências cotidianas dos serviços de saúde, assim, ela se destaca como política nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, de modo que se possam unir as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e ampliar a capacidade que esses profissionais têm de resolver os problemas presentes nos serviços de saúde. Essa política pública propõe, então, que os processos de formação e capacitação dos profissionais da saúde tenham como referência as necessidades de saúde do indivíduo e também da comunidade em que vive, da gestão setorial e do controle. Esse processo de desenvolvimento torna os usuários, a comunidade, os gestores e os profissionais da saúde os principais sujeitos responsáveis pela efetividade dessa política.

Diante do exposto, percebe-se que o enfrentamento de problemas é uma ferramenta extremamente importante a ser trabalhada coletivamente, permitindo a reconstrução de relações tanto interna quanto externamente. Contudo, ainda é preciso avançar para resolver a desmotivação quanto à valorização profissional dos componentes da equipe de saúde bucal, bem como a alta demanda de trabalho e os problemas referentes à gestão do setor.

Os desafios identificados estão relacionados principalmente ao desenvolvimento e realização das ações de EPS, como: falta de união dessas ações junto às de promoção, prevenção e recuperação da saúde, assim como a organização do processo de educação permanente. E na utilização de estratégias de ensino inadequadas, prevalecendo a verticalizada, com predomínio de atividades educativas voltadas para o público-alvo de uma área profissional específica, o que vem caracterizar a fragmentação das ações de saúde e a prevalência do trabalho individualizado por categorias no modo de organizar o processo de trabalho em saúde, deixando de lado a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Os resultados indicam que as Rodas de EPS, para as categorias profissionais estudadas são um importante espaço de discussão do processo de trabalho das equipes de saúde, inclusive da equipe de saúde bucal. Antes das Rodas, não havia espaço coletivo nas unidades que discutisse esse tema articulando todas as categorias profissionais e o gestor de cada unidade. As reuniões de equipe realizadas caracterizam-se pelo repasse de informações pelo diretor, e as reuniões dentro das equipes de Saúde da Família não tocam nos temas centrais ou estruturantes das unidades. Os servidores passaram a se conscientizar mais das questões da gestão e a participar da tomada de decisões locais, tornando-se um importante dispositivo de cogestão.

Assim, o primeiro passo para a criação de mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais sem considerar as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia; precisam estar unidas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Acredita-se, também, ser de suma importância a implementação da avaliação permanente do processo de produção do conhecimento, permitindo a utilização do planejamento como instrumento de gerência aplicado em processo contínuo e dinâmico para conferir uma correta direcionalidade das ações no ensino.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

ALMEIDA, J.R.S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, v.16, n.2, p.7-15, 2016.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação**, Botucatu, v.8, n.15, p.375-380, 2004.

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p.360-365, 2010.

ARAUJO M.B.S.; ROCHA P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 04 mar. 2002. Seção 1.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43.

_____. Lei nº 11.889/08, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal – TSB e de auxiliar em saúde bucal – ASB. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/92607/lei-11889-08>>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para a formação de Técnico de Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS**. Brasília, 1994. 167 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para

a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, 2003. 15 p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a. 16 p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2004b. 68 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Educação da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004c. 11 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, 2007. 160 p.

_____. _____. Secretaria de Estado da Saúde. Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo**. São Paulo, 2007b.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília, 2012.

CARDOSO, M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.1, p.18-28, 2012.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.1, p.8-51, 2009.

CARVALHO B.G. et al. Percepção dos médicos sobre o curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.132-41, 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário - Debate. **Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, 2005.

CECCIM, R.B.; CAPOZZOLO, A.A. **Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: prática clínica como resistência e criação.** In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). Educação Médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.346-390.

_____. FEUERWERKER, L.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.

COSTA, R. M. et al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.7, n.24, p.147-63, 2012.

COTTA, R.M.M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Revista Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

CUNHA, A.Z.S. et al. Implicações da Educação Permanente no processo de trabalho em Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.15, n.4, p.64-75, 2014.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 780-8, 2004.

D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.19, v.2, p.401-416, 2014.

ESPOSTI, C.D.D. et al. Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal e suas Relações com a Equipe de Saúde Bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, p.372-385, 2012.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1643-1652, 2010.

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.109-115, 2011.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**, São Paulo, v.12, n.4, p.329-336, 1998.

GARCIA, R.M.; BAPTISTA, R. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, supl.1, p.70-78, 2007.

GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas**: Conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016, p.273.

GIMENES, H.T.; ABRAHÃO, P.; MAIA, L.G. Perspectivas dos Profissionais de Saúde frente ao Processo de Implementação dos Pólos de Educação Permanente. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v.2, n.7, p.120-123, 2005.

HADDAD, A.E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.1, p.98-114, 2008.

HAYACIBARA, M.F. et al. Educação permanente em saúde para técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal: relato de experiência. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.93, p.290-296, 2012.

HEIMANN, L.S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2877-2887, 2011.

LEMO, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.913-922, 2016.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, 2017.

MEHRY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Interveniren La Micropolítica Del Trabajo em Salud. **Revista Salud Colectiva**, Lanús, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Revista**

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.15, n.38, p.871-82, 2011.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.597-604, 2010.

OLIVEIRA, A.G.R. et al. Modelos Assistenciais Em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Revista Ação Coletiva**, Viçosa, v.2, n.1, p.09-14, 1999.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.478-484, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PERES, H.; RODRIGUES, B.S.; PARANHOS, L.R.; FERNANDES, M.M.. Aspectos éticos e legais relacionados à atuação dos técnicos e auxiliares em saúde bucal. **Revista SALUSVITA**, Bauru, v.32, n.3, p.321-331, 2013.

PEZZATO, L.M. A formação para o pessoal auxiliar em odontologia no Brasil: contribuição ao tema. **Revista Ação Coletiva**, Viçosa, n.2, n.1, p.35-40, 1999.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade**: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. Belo Horizonte. 1994. 232f. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

ROVERE, M. R. Gestionestrategica de La educacion permanente em salud. In: HADDAD, J. et al. Educacion permanente de personal de salud. Organización Pan-americana de La Salud. Organización Mundial de La Salud. 1994. Disponível em: <http://www.opas.org.br/> Acesso em: 12 jun. 2016.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

SARRETA, F.O. O trabalho do assistente social na saúde pública. **Revista Ciência et Praxis**, Passos, v.1, n.1, p.33-40, 2008.

_____. **Educação Permanente para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

_____. BERTANI, I.F. Perspectivas da educação permanente em saúde. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v.4, n.3, p.1-10, 2009.

SIGNOR, E. et al. Educação Permanente em Saúde: Desafios para a Gestão em Saúde Pública. **Revista de Enfermagem**, Juiz de Fora, v.5, n.1, p.01-11, 2015.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, Goiânia, v.9, n.2, p.389-01, 2007.

SOARES, C. L. M; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.966-974, 2011.

SOUZA, D. S. et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 7-29, 2001.

TEIXEIRA, A.H.; BEZERRA, M.M.; PINTO, V.P.T. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: conhecendo a atuação das equipes em Sobral-CE. **Revista SANARE**, Sobral, v.6, n.1, p.09-18, 2005.

ZIMMERMANN, R.D.; PAULA, F.J.; SILVA, M. **Deontologia Odontológica: Ética e Legislação**. Santos: Editora Santos, 2011, p.375.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Política de Educação Permanente e as equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica**”, sob a responsabilidade do professor Edson Theodoro dos Santos Neto.

JUSTIFICATIVA

Pretende-se com este estudo identificar as principais ações de educação permanente (cursos de atualização, capacitação, especialização ou treinamentos, reuniões e estratégias) planejadas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória/Espírito Santo (RMGV/ES). Espera-se alcançar dados suficientes para verificar se as políticas de educação permanente implementadas para as equipes de saúde bucal estão funcionando como agentes potencializadores das mudanças de práticas na equipe de saúde bucal na atenção básica. Desta forma, poderão ser propostas estratégias para fortalecer o processo ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo. Assim, pesquisas e estratégias de gestão em saúde pública deverão ser implementadas para melhor conhecer os fatores relacionados à implementação de políticas de Educação Permanente, que tanto auxilia na formação de recursos humanos em saúde para o Estado do Espírito Santo.

OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar a implementação da política de educação permanente executada na RMGV/ES, para as equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica.

PROCEDIMENTOS

Inicialmente será realizada uma pesquisa documental junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da RMGV/ES, sendo este material analisado por um formulário específico. Num segundo momento, serão realizados grupos focais, com profissionais da equipe de saúde bucal, utilizando-se um roteiro-guia criado especificamente para isso, com uma lista de temas a serem

abordados: política estadual de educação permanente, educação permanente como processo formador, gestão dos serviços de saúde bucal e qualidade da atenção à saúde bucal. Desta forma, serão analisadas as principais ações de educação permanente planejadas e as ações executadas para os profissionais que atuam na atenção básica em saúde bucal no ES, sendo possível a comparação entre o planejado e o executado.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta das informações será realizada na Universidade Federal do Espírito Santo, Campus de Maruípe, e terá duração de aproximadamente 55 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

Os riscos que a pesquisa apresenta para profissionais e gestores são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta no grupo focal. Entretanto, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Porém, não é preciso responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar.

BENEFÍCIOS

Além dos benefícios diretos para a redefinição das políticas institucionais e de educação em saúde, o estudo também permitirá o aprimoramento de estratégias de parceria entre: a instituição acadêmica envolvida no projeto, Universidade Federal do Espírito Santo, as Secretarias Municipais de Saúde da RMGV/ES, a Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da educação permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja

penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados coletados nesta pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar o pesquisador Edson Theodoro dos Santos Neto, nos telefones (27) 3335-7225 e (27) 99836-6222 ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória/ES, Brasil. Caso não consiga contatar o pesquisador ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória/ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também os meus direitos e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**Política de Educação Permanente e as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica**”, eu, Edson Theodoro dos Santos Neto, declaro ter cumprido as exigências do(s) item (ns) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Local: UFES, Data: 28/03/2017

Participante da pesquisa

Edson Theodoro dos Santos Neto

APÊNDICE B – ROTEIRO GUIA PARA GRUPO FOCAL

- 1- Em 2007 o Ministério da Saúde lançou uma política nacional visando qualificar e capacitar os profissionais da área da saúde, com cursos, rodas de discussão. Vocês sabem algo sobre isso? Achar que isso ocorreu na unidade onde vocês trabalhavam entre 2007 e 2012? Caso não tenha ocorrido: na opinião de vocês, por que não ocorreu?
- 2- Essa política foi chamada de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e queria qualificar os trabalhadores de saúde levando em conta as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Onde vocês trabalhavam isso acontecia? A qualificação era direcionada de acordo com as necessidades da população à qual vocês prestavam os serviços de saúde?
- 3- Que espaços vocês podem apontar onde essa política aconteceu em nível municipal e estadual?
- 4- Como é a participação dos profissionais de saúde nesses espaços destinados a essa política de capacitação? Essa participação é de toda equipe de saúde bucal ou é destinada a um grupo principal?
- 5- Como essa qualificação acontecia na unidade de saúde em que vocês trabalhavam? Deem exemplos.
- 6- Vocês percebem alguma influência dessa política de qualificação profissional no processo de trabalho da atenção à saúde bucal? Comentem.
- 7- Vocês acreditam que existia um ambiente favorável (espaço físico) que não foi utilizado para que essa política de Educação Permanente ocorresse no município onde vocês trabalhavam? Quais seriam esses ambientes? Por que vocês acham que esses ambientes não foram explorados?
- 8- Para vocês, quais fatores facilitavam e/ou atrapalhavam a execução dessa Política de Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde? Podem citar exemplos?

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CADASTRO DO PARTICIPANTE

Vitória, 28 de março de 2017

Formulário

Sexo: F () M ()

Nome:

Data de Nascimento: / /

CPF:

RG:

Endereço:
nº:

Complemento:

Bairro:
Estado:

Cidade:

Unidade em que trabalha:

Unidade em que trabalhou entre 2007 e 2012:

Profissão:

Trabalha há quantos anos na profissão:

Ano de conclusão do curso de Auxiliar ou Técnico:

Trabalha há quantos anos na Atenção Básica:

Telefone:

E-mail:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política de Educação Permanente e as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica

Pesquisador: Edson Theodoro dos Santos Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38637414.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO - FAPES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 959.863

Data da Relatoria: 25/02/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa documental junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo (RMGV-ES), sendo este material analisado por um formulário específico. Num segundo momento, serão realizados grupos focais, com profissionais equipe de saúde bucal, utilizando um roteiro-guia criado especificamente para isso, com uma lista de temas a serem abordados: política estadual de educação permanente, educação permanente enquanto processo formador, gestão dos serviços de saúde bucal, qualidade da atenção à saúde bucal. Desta forma, serão analisadas as principais ações de educação permanente planejadas e ações executadas para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, sendo possível a comparação entre o planejado e o executado. A coleta das informações será realizada na UFES, Campus de Maruípe, e terá duração de aproximadamente 60 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implementação da política de educação permanente executada na Região Metropolitana da Grande Vitória, para as equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica.

Levantar os documentos elaborados pela Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo (RMGV-ES) para planejamento e execução de políticas de educação permanente para os profissionais que atuavam na atenção básica em

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@cca.ufes.br

Continuação do Parecer: 959.863

saúdebucal no Espírito Santo no período de 2007 a 2012.

Identificar principais ações de educação permanente(cursos atualização,capacitação, especialização ou treinamentos,reuniões/estratégias)planejadas para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, no período de 2007 a 2012.

Analisar as principais ações de educação permanente planejadas e as ações executadas, no período de 2007 a 2012, para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, a partir do debate nos grupos focais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os profissionais e gestores são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes e o constrangimento em responder alguma pergunta no grupo focal.A pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e as informações obtidas com relação a divulgação dos dados.Não é preciso responder a qualquer pergunta se sentir que é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar.

Benefícios diretos para a redefinição das políticas Institucionais e de educação em saúde, permitindo o aprimoramento de estratégias de parceria entre: a Instituição acadêmica envolvida no projeto, UFES, as Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Vitória, a Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da educação permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Benefícios diretos para a redefinição das políticas Institucionais e de educação em saúde, permitindo o aprimoramento de estratégias de parceria entre: a Instituição acadêmica envolvida no projeto, UFES, as Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Vitória, a Secretaria do Estado de Saúde do E.S. e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da educação permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica.

A pesquisa pretende desenvolver um diagnóstico panorâmico sobre a política de educação permanente nas equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica dos Municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto assinada pelo diretor do CCS.

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@cca.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 959.053

Documento de aceite da chefia NUEDCT/SESA para a pesquisa documental.

Cronograma de atividades com datas após aprovação pelo CEP.

Orçamento financeiro detalhado com custeio dos pesquisadores e Bolsa Iniciação científica e tecnológica.

TCLE de acordo com a resolução.

Anexado formulário específico/roteiro-guia

Recomendações:

Sem

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência cumprida - Anexado Formulário específico/roteiro-guia

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 23 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Cíntia Furst Leroy Gomes Bustoni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-001

UF: ES Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

ANEXO B: NORMAS DA REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Instruções aos autores

Trabalho, Educação e Saúde pública contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde. A política editorial da revista consiste em discutir esta área sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar. Antes de fazer a submissão de um manuscrito, recomenda-se a leitura e o atendimento das normas para publicação.

A revista aceita contribuições inéditas dos seguintes tipos:

Ensaio: Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo. Tamanho: 6.000 a 10.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Artigo: Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates: Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas: Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas: Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 1.500 palavras.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um

resumo em português e em inglês (*abstract*) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Em texto com dois ou mais autores, logo após as notas de fim, devem vir especificadas, de forma sucinta, as responsabilidades de cada autor na preparação do manuscrito.

Palavras-chave: Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações: Não deve ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas: As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas. Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, deve ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações: Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no

texto, como em Spink *et al.* (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências: Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada, e um espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* Diferentes títulos de um mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra em minúscula após a data (ex. 2010a, 2010b), tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo AROUCA, Antônio Sergio. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.
SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)- São Paulo, Faculdade de Medicina, USP, 1979.

Capítulo de livro BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos LAURELL, Asa Cristina. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.) RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc. BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos)

Relatórios final ou de atividades BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18. **b. Com autoria:** TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em 7 out. 2013.

b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de crack das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. Educação profissional: referenciais

curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

CD-ROM

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade - 1979 a 1996*. Brasília, 1997. 1 CD-ROM.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por até três pareceristas *ad hoc*. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores. Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que está indicado o contrário, ficam concedidos à revista os direitos autorais referentes aos trabalhos publicados, que não podem ser reproduzidos sem a autorização expressa dos editores, em forma idêntica, resumida ou modificada, em português ou qualquer outro idioma. Os colaboradores manterão o direito de reutilizar o material publicado em futuras coletâneas de sua obra sem o pagamento de taxas à revista. A permissão para reedição ou tradução por terceiros do material publicado não será feita sem o consentimento do autor. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Benefício dos autores

Após a publicação, os autores recebem dois exemplares do número da revista no qual o texto foi publicado.

Instruções para submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação de manuscritos da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br> Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar o manuscrito. Solicitamos aos autores que observem e sigam as instruções para apresentação do manuscrito. Para informações adicionais, consultar os editores:

Revista Trabalho, Educação e Saúde / Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio Fundação Oswaldo Cruz

Avenida Brasil, 4.365 - Manguinhos - CEP 21040-360

Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tels.: (21) 3865-9850 / (21) 3865-9853 / Fax: (21) 2560-8279

e-mail: revtes@fiocruz.br

Copyright © 201