



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CURSO DE MESTRADO



LUCAS RAFAEL BORGES SANTOS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES
DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL EM 2014
E 2018**

Recife

2023

LUCAS RAFAEL BORGES SANTOS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES
DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL EM 2014
E 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Coorientadora: Prof^a Dr^a Gabriela de Almeida Raschke Medeiros

Recife

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S237a	<p>Santos, Lucas Rafael Borges</p> <p>Ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos centros de especialidades odontológicas do Brasil em 2014 e 2018 / Lucas Rafael Borges Santos. – 2023.</p> <p>100 p. : il.</p> <p>Orientador: Petrônio José de Lima Martelli. Coorientadora: Gabriela de Almeida Raschke Medeiros. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2023. Inclui referências.</p> <p>1. Serviços de saúde bucal. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Recursos humanos em odontologia. I. Martelli, Petrônio José de Lima (orientador). II. Medeiros, Gabriela de Almeida Raschke (coorientadora) . III. Título.</p> <p>614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2024 - 052)</p>
-------	---

LUCAS RAFAEL BORGES SANTOS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES
DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL EM 2014
E 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 31/03/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. **José Eudes de Lorena Sobrinho**

(Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco

Profa. Dra. **Gabriella Moraes Duarte Miranda**

(Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Petrônio José de Lima Martelli**

(Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado **aos membros do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva** pela acolhida, pelo suporte, em especial aos professores do programa. Seus ensinamentos foram muitos e certamente contribuíram positivamente para a minha formação. Aos secretários: José Moreira de Oliveira e Afonso Toscano pelo pronto atendimento sempre que solicitado.

Ao meu orientador Prof. Dr. Petrônio Martelli, obrigado pela confiança no meu trabalho, pelo respeito, por me ensinar, pela compreensão, pelos sábios conselhos sempre que o procurei para conversar, além da clareza e objetividade em seus direcionamentos.

À minha co-orientadora Gabriela Raschke pela disponibilidade e atenção ofertada em cada passo desta jornada.

Aos professores que compuseram as bancas examinadoras para qualificação e defesa deste projeto, pelas contribuições, direcionamentos e colocações.

Aos meus amigos de turma, os quais tive a oportunidade de conhecer nesta pós graduação e foram capazes de me acrescentar vivência e bagagem, cada um com seu jeito único.

Aos meus pais: Marilene e Djalma, e à minha irmã Leticia, exemplos de dedicação e esforço, em todo o tempo.

A todos os cirurgiões-dentistas que atuam nos CEO do Brasil, em especial aos que participaram da avaliação externa do PMAQ.

RESUMO

A valorização profissional sempre figurou como um tema caro desde a gênese do Sistema Único de Saúde (SUS), o inciso III do artigo 200 da constituição federal constitui base legal para o ordenamento da formação de recursos humanos para o sistema. Em vista disso, a política nacional de saúde bucal (PNSB) ao ser publicada reitera a necessidade da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal sendo uma das diretrizes para alcançar esse fim a definição de uma política de educação permanente (EP) para os trabalhadores em saúde bucal a fim de qualificar o trabalho e práticas de gestão no segmento da saúde. Desse modo, o presente estudo objetivou descrever as ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil em 2014 e 2018. Foi desenvolvido estudo quantitativo, descritivo com dados secundários nacionais de domínio público. Consideraram-se todos os CEO incluídos na Avaliação Externa dos 2 Ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Centros de Especialidades Odontológicas (AE-PMAQ-CEO) e que responderam os Módulos II, perfazendo 930 CEO (2014) de 766 municípios e 1042 CEO (2018) de 778 municípios. As informações referentes às ações de educação permanente procederam da AE-PMAQ-CEO. As variáveis exploratórias utilizadas foram as socioeconômicas: IDHM, índice gini, população residente no município, oriundas do TABNET/DATASUS, assim como de provisão de serviços odontológicos: a cobertura das equipes de saúde bucal (COBESB) e cobertura de saúde bucal pela atenção básica, provenientes do consolidado do Sistema de Informações em saúde para Atenção Básica – SISAB através da plataforma e-gestor AB e variáveis estruturais dos estabelecimentos: tipo de CEO, obtido através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi testada a associação entre as ações de EP e as variáveis exploratórias utilizando-se o qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher e Mann Whitney, considerado o nível significância de 5%. Comparando-se entre 2014 e 2018 o número de CEO que realizaram ações de EP aumentou significativamente, dos CEO que realizam ações de EP foi encontrada associação positiva com a cobertura de saúde bucal. Das ações de EP realizadas cursos presenciais e troca de experiência mantiveram associação positiva com IDHM, COBESB e COBESB pela atenção básica dos municípios, já a prática de telessaúde apenas teve associação com IDHM. Para os

CEO que relataram as ações de EP contemplar as necessidades dos serviços a associação foi positiva com 5 variáveis: índice gini, cobertura de saúde bucal e cobertura pela atenção básica, população dos municípios e tipo de CEO. Constatou-se maior adesão das equipes dos CEO às ações de EP em 2018, a prática mais relatada é a de troca de experiência/discussão de casos, a utilização da telessaúde apresentou tímido crescimento, e a maioria das equipes relata que as ações desenvolvidas contemplam as necessidades dos CEO, fortalecendo assim a formação e valorização profissional dos trabalhadores em saúde bucal do SUS.

Palavras-chave: serviços de saúde bucal; atenção secundária à saúde; recursos humanos em odontologia.

ABSTRACT

Professional development has always been an important topic since the creation of the Unified Health System (SUS), item III of article 200 of the federal constitution constitutes the legal basis for ordering the training of human resources for the system. In view of this, the national oral health policy (PNSB), when published, reiterates the need to reorient the model of oral health care, with one of the guidelines to achieve this end being the definition of a policy of permanent education (PE) for workers in oral health in order to qualify the work and management practices in the health sector. Thus, the present study aimed to describe the continuing education actions developed by the teams of the Dental Specialty Centers (CEO) in Brazil in 2014 and 2018. A quantitative, descriptive study was developed with national secondary data in the public domain. All CEOs included in the External Assessment of the 2 Cycles of the National Program for Access and Quality Improvement of Dental Specialty Centers (AE-PMAQ-CEO) and who responded to Modules II were considered, totaling 930 CEOs (2014) out of 766 municipalities and 1042 CEO (2018) from 778 municipalities. Information referring to continuing education actions came from the AE-PMAQ-CEO. The exploratory variables used were socioeconomic: IDHM, gini index, population residing in the municipality, from the TABNET/DATASUS, as well as the provision of dental services: coverage of oral health teams (COBESB) and oral health coverage by primary care, from the consolidated Health Information System for Primary Care – SISAB through the AB e-manager platform and structural variables of the establishments: type of DSC, obtained through the National Register of Health Establishments (CNES). The association between PE actions and exploratory variables was tested using Pearson's chi-square, Fisher's exact test and Mann Whitney, considering a significance level of 5%. Comparing between 2014 and 2018, the number of CEOs who carried out PE actions increased significantly, of the CEOs who carried out PE actions, a positive association was found with oral health coverage. Of the EP actions carried out, face-to-face courses and exchange of experience maintained a positive association with MHDl, COBESB and COBESB for primary care in the municipalities, whereas the practice of telehealth was only associated with MHDl. For the CEOs who reported that EP actions contemplated the needs of the services, the association was positive with 5 variables: gini index, oral health coverage and

primary care coverage, population of the municipalities and type of CEO. There was a greater adherence of CEO teams to PE actions in 2018, the most reported practice is the exchange of experience/discussion of cases, the use of telehealth showed a slight growth, and most teams report that the actions developed include the needs of CEOs, thus strengthening the training and professional development of oral health workers in the SUS.

Keywords: oral health services; secondary health care; human resources in dentistry;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	14
2.2	FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA A SAÚDE.....	16
2.3	A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PNEPS).....	17
2.4	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	18
2.5	A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL.....	21
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	27
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2	POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3	COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	29
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5.1	ARTIGO 1.....	33
5.2	ARTIGO 2.....	50
5.3	ARTIGO 3.....	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	92

1 INTRODUÇÃO

Em 2017 com os 10 anos da Política nacional de educação permanente (PNEPS) uma nova estratégia denominada Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS) foi lançada pelo Ministério da Saúde a fim de reafirmar no cenário político a necessidade da formação do pessoal em saúde. (BRASIL, 2018)

Neste período, foi empreendido no Brasil um conjunto de iniciativas visando à estruturação da política de Recursos Humanos em Saúde (RHS) do setor público, tendo como premissas básicas a integração dos setores da educação e da saúde e o alinhamento da formação de RHS às necessidades do sistema de saúde. (FRANÇA; MAGNAGO 2019, OPAS, 2017)

Priorizou-se iniciar um debate com os estados e municípios, atores concretamente promotores das políticas públicas, em articulação com a esfera federal, a conquista do PRO EPS-SUS significou a recuperação do fluxo de financiamento, através de repasses de recursos aos estados e municípios, com o propósito de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional. (GONÇALVES et al 2019)

O conceito de formação para profissionais de saúde está presente antes mesmo da criação do SUS, capacitar os profissionais do serviço para compreender e atender as necessidades da população é uma diretriz proposta desde a reforma sanitária onde a área de 'recursos humanos' em saúde passou a ter grande valor na construção do novo modelo do sistema público de saúde. (PINTO *et.al*, 2010)

Tendo em vista expandir e qualificar a atenção em Saúde Bucal, em 2004 com a publicação da política Brasil Sorridente, implantaram-se no Brasil os Centros de especialidades Odontológicas (CEO), principal serviço de média complexidade em saúde bucal, caracterizado por prestar uma atenção especializada e estar integrado dentro da Rede de Atenção à saúde (RAS). São estabelecimentos que devem dispor de gestores, planejamento de suas ações, metas estabelecidas para oferta dos serviços e relação com os demais níveis de atenção. (ROSSI, CHAVES; 2017)

O processo de trabalho dos CEO deve compreender a formação permanente dos profissionais de saúde bucal, por meio de atualizações periódicas, capacitações, discussão de casos, telessaúde, a fim de valorizar a interação entre os profissionais, motivando-os para os desafios do cotidiano, com o intuito de oferecer uma assistência pautada nas necessidades da população, do território e mais próxima do princípio da integralidade. (DE SOUSA ALMEIDA *et.al*, 2016)

Considerando que as práticas de saúde são transformadas a partir dos seus atores, qualquer alteração no eixo dessas práticas passa, necessariamente, por mudanças no *modus operandi* dos profissionais de saúde. Assim, os projetos de EPS que delimitam os processos educacionais, no âmbito dos profissionais de saúde, tomam um novo impulso, na medida em que colocam esses processos no centro da redefinição das práticas. (PINTO et al 2010)

Seria fundamental implementar ações de educação permanente em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO, assim como avaliar tecnologias e procedimentos próprios aos CEO, podendo ser esse processo conduzido mediante o estabelecimento de Rede de Pesquisas Clínicas para atenção secundária. (GOES et al 2012)

Encontra-se explícito na lista de pressupostos das diretrizes da PNSB de 2004:

(...) acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos. Assim como centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território. (BRASIL, 2004, p.4)

Ou seja, emerge a necessidade de avaliação em saúde, tanto a autoavaliação (profissional/gestão) quanto avaliação dos resultados.

Nesse sentido, em 2013, instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), visando a melhoria do acesso e da qualidade destes serviços. Este programa, além de fomentar a institucionalização da cultura de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), realiza o levantamento nacional de diversos aspectos estruturais e contextuais, dentre os quais, ressalta-se a investigação de questões relacionadas à Educação Permanente.

São imprescindíveis as práticas de monitoramento e avaliação dos CEO de forma contínua, objetivando subsidiar o planejamento em saúde e a tomada de decisão sobre as prioridades e investimentos nos serviços. (FELISBERTO et al 2017; FERREIRA et al 2018)

O significado da educação Permanente em saúde para os cirurgiões-dentistas possui comumente um sentido diferente do fazer colaborativo que perpassa questões pertencentes à assistência, à gerência e à administração dos serviços, pelo contrário, tem se caracterizado por experiências frustrantes de caráter programático e centralizado sem fornecer elementos suficientes para enfrentar a problemática da realidade concreta dos serviços de saúde, há necessidade de se promover efetivas oportunidades de crescimento dos profissionais. (MACIEL et al 2019, GOULART et al 2019)

O conhecimento do que cirurgiões-dentistas entendem por educação permanente não é suficientemente fundamentado pela literatura científica, já que muitas vezes a falta de um conhecimento claro sobre os conceitos de EPS e Educação Continuada acaba por dificultar os princípios da política. As percepções dessa categoria profissional quanto à EPS ainda são um campo pouco explorado. (MACIEL et al 2017)

Considerando que a produção de conhecimento sobre a Educação Permanente em Saúde é fundamental para que se alcance a reorganização dos processos de trabalho e planejamento em saúde, cabe destacar que a busca constante pelo aperfeiçoamento das práticas cotidianas dos serviços deve partir primeiramente do profissional no sentido de amadurecer seus conhecimentos. (BARCELLOS, 2020; BARBOSA, 2009)

Os projetos e as ações de EPS devem traduzir as necessidades e as diferenças locorregionais, no paradigma da promoção da saúde, e não do ponto de vista da doença. Devem ser compreendidos como um processo capaz de promover a motivação da equipe e, juntamente com a supervisão e monitoramento das ações e serviços de saúde bucal, enriquecer, sobremaneira, o avanço da saúde bucal nos municípios, e não apenas como uma capacitação pontual, visto que envolvem atitudes e habilidades para desenvolver esse contexto dentro do sistema de saúde. (SARRETA, 2009, MACIEL et al 2017)

Em face das considerações descritas, conhecer o perfil de formação permanente das equipes dos CEO reunirá elementos que auxiliarão compreender a realidade da educação no processo de qualificação do trabalho das equipes de saúde bucal da atenção secundária, contribuirá para avaliar limites e possibilidades da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, além de refletir e apontar alternativas para melhorar as relações entre os sujeitos envolvidos na saúde e ampliar a participação dos seus atores sociais.

Assim, conforme a seguinte pergunta norteadora: “Quais as ações de educação permanente foram desenvolvidas pelas equipes dos Centros de Especialidades odontológicas do Brasil em 2014 e 2018?”, este estudo objetiva analisar quais ações de educação permanente foram desenvolvidas pelas equipes dos CEOs em âmbito nacional nos anos relacionados à avaliação realizada pelo PMAQ-CEO.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (FEUERWERKER, 2005).

Os serviços de saúde, então, são palcos da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras na saúde suplementar) cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção – os gestores, a quem formalmente cabe governar – na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários (MERHY, 2016)

Existem, pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde (MERHY, 2002):

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política.

- A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.
- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia a dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um desenho organizativo da atenção que seja inovador e que tome as necessidades dos usuários como centrais. A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição de programas), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos. Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas (MERHY, 2002).

Aí é que entram estratégias de gestão como a educação permanente em saúde e o apoio institucional, utilizadas como dispositivo para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas,

enfim criar espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos. (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006)

2.2 FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA A SAÚDE

Foi na década de 1970 que foram percebidas as primeiras necessidades de reorientação do modelo de formação em saúde, período esse marcado pela interiorização e expansão dos serviços de saúde, surgia a primeira estratégia que visava articulação entre ensino e os serviços de saúde em um contexto regionalizado. Apesar do esforço, o cenário político era desfavorável uma vez que o crescimento dos serviços ocorreu de forma paralela ao sistema de saúde existente (CAMPOS, 2012)

Após o surgimento e regulamentação do SUS algumas iniciativas apareceram visando compreender o contexto em que se encontrava o ensino médico, a primeira denominada Comissão interinstitucional de avaliação do ensino médico (CINAEM) e a segunda Programa de incentivo às mudanças curriculares nas escolas de medicina (Promed), ambas direcionadas apenas ao curso de medicina.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi caracterizada como um passo para a reorganização das práticas de formação do pessoal em saúde por propor novos modelos de operacionalização, a começar pela criação do Aprender-SUS. Um programa de mudanças na graduação de todos os cursos de saúde e baseado em um curso de especialização específico para atores interessados em ativar mudanças nos cursos de graduação e o programa Vivência e estágios na realidade do sistema único de saúde (VER-SUS) cujo objetivo era proporcionar estágios aos estudantes de saúde em sistemas municipais de saúde juntamente a estudantes de diferentes cursos, viabilizando intercâmbio (CAMPOS, 2012; GONZALES e ALMEIDA, 2010)

Instituiu-se em 2004 uma estrutura institucionalizada de política de formação de recursos humanos em saúde: a Política nacional de educação permanente em saúde (PNEPS). Suas diretrizes para implementação foram publicadas em 2007, considerada um grande avanço por incentivar a condução regionalizada, a participação interinstitucional e intersetorial além de definir orçamentos para projetos

e ações de forma singular, explícita e transparente (BRASIL 2018, GONÇALVES et al 2019, SILVA; SCHERER 2020)

No ano de 2005 o Promed passou por uma ampliação com a criação do Prosaúde, essa iniciativa manteve as características do Promed com mudanças pontuais, o incentivo financeiro antes exclusivo dos cursos de medicina foi estendido para escolas de enfermagem e odontologia. O foco por parte do ministério da saúde por esses cursos mostra uma tentativa de concentrar suas ações nas profissões inseridas na estratégia de saúde da família. Posteriormente surge o Programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET-SAÚDE), uma das estratégias do Prosaúde em parceria com o ministério da educação, atualmente se subdivide em PET saúde da família, PET vigilância e PET saúde mental. Compostos por tutores, estudantes e preceptores (CAMPOS, 2012; GONZALEZ e ALMEIDA, 2010)

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PNEPS)

A implantação da PNEPS impulsionou o surgimento de programas de formação que buscaram construir modelos político-pedagógicos comprometidos com a promoção do diálogo entre o ensino e os serviços de saúde (COSTA, 2006)

Apesar dos avanços, permanecia uma crítica ao modelo hegemônico da educação baseado em cursos pontuais que objetivavam atualizar, capacitar ou mesmo especializar uma categoria profissional específica. Ocorriam fora do ambiente de trabalho e utilizavam métodos transmissivos do conhecimento (CARDOSO et al 2017)

Neste período foi estimulada a produção científica sobre esse tema, as dificuldades de articulação entre gestores, trabalhadores, instâncias de controle social e Instituições de Ensino Superior (IES), a participação incipiente dos gestores municipais e dificuldades na utilização dos recursos financeiros tem sido objeto de análise em alguns estudos que apontam evidências importantes como a reduzida implantação das Comissões de Integração Ensino e Serviço (Cies), previstas na PNEPS, a falta de parâmetros para construção de projetos e a ausência de avaliação das ações realizadas no que tange a mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde (FERRAZ et al 2013; FERRAZ et al 2014; NICOLETTO et al 2013; MACEDO et al 2014; FRANÇA et al 2016)

Visando superar os fatores limitadores para a efetiva implementação da PNEPS, o Ministério da Saúde (MS) iniciou, em 2017, o processo denominado de “A retomada da PNEPS”, com a finalidade de recolocar o tema da Educação na Saúde na agenda das políticas públicas do país (BRASIL, 2018), em concordância com recomendações publicadas pelos órgãos internacionais de saúde pública, a exemplo da Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2017 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Esta apresenta diretrizes que objetivam solicitar os países a estabelecer mecanismos para o enfrentamento dos desafios da área de Recursos humanos em saúde (RHS), incluindo o aumento dos gastos públicos, a eficiência do financiamento e a promoção do desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços (FRANÇA; MAGNAGO 2019, OPAS, 2017)

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Implementada em 2004, a Política nacional de saúde bucal denominada Brasil Sorridente corresponde a um marco na saúde pública do povo brasileiro, sua gênese vem de décadas anteriores e múltiplos atores estão envolvidos. Suas diretrizes vinham sendo delineadas nas conferências nacionais de saúde bucal pregressas, discutidas com atores governamentais e não governamentais (CHAVES, 2010)

A PNSB tem como principais eixos: a reorganização da atenção básica, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF); a organização da atenção secundária, através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); a promoção e a proteção da saúde, através da educação em saúde, a realização de procedimentos coletivos e a fluoretação das águas de abastecimento público; e a vigilância em saúde bucal, na perspectiva do monitoramento das tendências, por meio da realização de estudos epidemiológicos periódicos (CHAVES, 2010)

Dados do SIA/SUS de 2003 apontavam que apenas 3,5% dos procedimentos odontológicos realizados naquele ano pelo SUS eram especializados, traduzindo o grande desequilíbrio na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados, o que conduziu à instituição dos Centros de Especialidades

Odontológicas (CEO) como estratégia da política nacional de saúde bucal para garantir a atenção secundária em saúde bucal (FIGUEIREDO; GÓES, 2009)

Com o intuito de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos os CEO foram planejados para operacionalização da atenção especializada em odontologia fortalecendo o conceito de integralidade uma vez que estes estabelecimentos são de referência para as equipes da Atenção básica, ofertando de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município procedimentos clínicos complementares aos realizados na atenção primária, constituindo uma rede de atenção completa e capaz de oferecer ao usuário tratamentos de maior complexidade (BRASIL, 2006)

Os CEO foram classificados em três tipos, a partir da portaria 599 de 2006: tipo I; tipo II; tipo III, conforme a quantidade de consultórios odontológicos, que devem funcionar 40 horas semanais, dispondo de cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório, entre outros profissionais. São Centros que devem possuir demanda referenciada das equipes de saúde bucal da atenção básica e após os cuidados especializados o usuário é contra referenciado para a unidade básica.

A portaria de nº1464 de junho de 2011 que atualiza a quantidade de procedimentos mínimos por mês (metas) para cada tipo de CEO. A saber:

- CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas): Meta - 80 procedimentos de Atenção Básica, e Cirurgia Básica; 60 para Periodontia; 35 para Endodontia e 80 para Cirurgia Bucomaxilofacial.
- CEO tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas): Meta - 110 procedimentos de Atenção Básica; 90 de Periodontia; 60 de Endodontia e 90 de Cirurgia Bucomaxilofacial.
- CEO tipo III (7 cadeiras odontológicas): Meta – 190 procedimentos de Atenção Básica; 150 de Periodontia; 95 de Endodontia e 170 de Cirurgia Bucomaxilofacial.

O principal critério para determinação do perfil de CEO a ser instalado é o epidemiológico. Estes estabelecimentos vem sendo espaço desde sua implantação de experiências exitosas, acarretando um avanço no provimento de serviços e cuidados especializados em saúde bucal, fortalecendo assim, as redes de atenção à saúde bucal dos municípios.

Na literatura há diversos estudos que analisam a produção ambulatorial dos CEO e algumas variáveis como características estruturais, tempo de habilitação do profissional, cobertura das equipes de saúde bucal parecem influenciar o cumprimento ou não de metas estipuladas pelo Ministério da saúde (CONDESSA et al 2020; DE ARAÚJO et al 2021; SCHUEIGART, 2017; DE MOURA SANTOS, 2017)

Na especialidade de endodontia por exemplo, os resultados dos estudos mostram realidades que variam bastante entre os estados, ao passo que na Bahia os procedimentos mais realizados são obturações de dentes unirradiculares seguido de birradiculares, já em um CEO do Rio Grande do Sul os dentes que mais precisavam de tratamento eram multirradiculares, em Belo Horizonte o maior número de procedimentos foi em birradiculares seguido de multirradiculares (PANDOLFO, 2015; MAGALHÃES et al 2019; SOUZA NETO, 2018)

De fato, não apenas a produção varia, tempo de espera, técnica utilizada pelo cirurgião-dentista, taxa de contrarreferência dos estabelecimentos, a oferta dos procedimentos, assim, torna-se necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico entre a atenção básica e secundária e, dentro desta última, entre as especialidades, além de um adequado processo de referência e contrarreferência, visando garantir a integralidade do cuidado e a eficiência e eficácia do serviço (EHLERT; LUISI 2019; MAGALHÃES et al 2019)

Narvai (2011) destaca a importância de não reduzir a política à rede criada com os CEO:

[...] é um erro reduzir a PNSB a essa rede. Aliás, é crucial não fazê-lo: CEO, um ou mil, ou dez mil, só têm sentido se articulados em rede e integrados sistemicamente a outros níveis de atenção, sobretudo à atenção primária. Os CEO vieram para que fosse possível avançar na integralidade do cuidado, reduzindo o déficit histórico da atenção secundária pública em saúde bucal, não para se constituírem em algo à parte no SUS.

2.5 A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

O desempenho de sistemas e serviços de saúde constitui uma tarefa árdua para os gestores em todo o mundo. Para medir o desempenho modelos variados podem ser utilizados, contudo independente de qual instrumento ou modelo a ser utilizado o monitoramento e a avaliação tornam-se práticas essenciais em qualquer organização de alto desempenho (HUNTER; NIELSEN 2013, HATRY, 2013)

A avaliação tem por uma de suas finalidades diagnosticar uma realidade, a fim de nela intervir para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade, avaliação não como um fim em si mesma mas um processo onde um julgamento explícito é elaborado com potencial de desenvolver transformação na direção da qualidade desejada. (HARTZ; VIEIRA DA SILVA 2005, PISCO 2006, AKERMAN; NADANOVSKY, 1992)

Segundo Merhy (2016) Para avaliar a produção do cuidado em saúde, é necessário viabilizar a participação de todos os sujeitos trabalhadores e cidadãos, que compõem os cenários de produção das práticas de saúde. Para Contandriopoulos (2006) a avaliação deve ser entendida como o julgamento feito sobre uma intervenção ou sobre qualquer etapa do processo de trabalho que tenha como objetivo auxiliar na tomada de decisões. Este processo avaliativo pode ser feito a partir de normas ou a partir de um procedimento (pesquisa) científica.

Entre as múltiplas concepções para o termo avaliação, entende-se que a avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000) Ainda, pode-se compreender como a coleta sistemática de informações sobre as características dos programas com o objetivo de fazer julgamentos sobre o mesmo, aperfeiçoar sua efetividade ou embasar o processo decisório. (PATTON, 1997).

O debate sobre a institucionalização da avaliação ao interior nos sistemas de saúde não é recente e aponta para a necessidade de conceber e implantar uma cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006) e “deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente

as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas”. (HARTZ, 2002, p. 419) Dessa forma, é necessário indagar em que medida as práticas avaliativas permitem produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS. (CONTANDRIOPOULOS, 2006)

Esse processo paulatino de incorporação do processo avaliativo no cotidiano dos serviços de saúde e no processo de trabalho dos gestores e dos profissionais permite criar um “acultramento” da avaliação ao interior da gestão e dos serviços. (FELISBERTO, 2006)

Contandriopoulos et al. (2002) assumem a existência de duas formas de proceder à avaliação, ao julgamento de valor: a partir do resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação normativa é definida como atividade capaz de realizar um julgamento, comparando recursos estruturais e organizacionais com bens produzidos e os resultados obtidos com critérios e normas; já a pesquisa avaliativa, com procedimentos que utilizam métodos científicos.

Na área da saúde, a avaliação passou a ser considerada objeto de estudo e pesquisa a partir de vertentes que emergiram nos anos 1960. A primeira, oriunda da clínica, estava representada pelas contribuições de Avedis Donabedian, que sistematizou as diversas abordagens propostas para avaliação da qualidade do cuidado médico.

Donabedian (1988) defendia que a avaliação da qualidade se sustentava em 3 componentes: estrutura, processo e resultado. Esses três tipos de informação só podem ser utilizados se existir uma relação causal entre eles: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado.

Na estrutura se avalia a relação das propriedades físicas e organizacionais do local onde o cuidado é oferecido, o número e treinamento dos profissionais de saúde e os equipamentos disponíveis. Está relacionado principalmente com as condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá.

No processo consideram-se as atividades realizadas no cuidado ao paciente, sendo considerados os testes e procedimentos apropriados para o diagnóstico, a terapêutica e o acompanhamento, ou seja, a inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados.

Os resultados são geralmente medidos pelo estado de saúde e satisfação do paciente, usando indicadores como “taxa de mortalidade”, “taxa de satisfação do paciente”, entre outros.

Tendo uma compreensão destes 3 aspectos, começamos a ter uma visão um pouco mais sistêmica da gestão em saúde, e implementar ações mais assertivas e estratégicas. Às vezes, o que parece ser um problema de estrutura física pode ser um problema de processo, e quem dirá isso é o resultado.

Donabedian (1990) acredita também que o conceito de qualidade em saúde se desdobra em 7 pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Em relação à avaliação em Saúde no Brasil, as iniciativas vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, e este interesse não está sendo apenas no âmbito acadêmico. O ministério da saúde tem pactuado junto a instituições de ensino superior estudos avaliativos que ressaltam a crescente consciência da responsabilização entre gestão técnica/serviço/profissionais e população (PAIM, 2005).

No Brasil, ainda são poucos os estudos de avaliação dos serviços na área da Saúde Bucal. Via de regra são mais direcionados à atenção básica. Todavia percebe-se um discreto aumento de estudos que avaliam a atenção secundária, investigando cumprimento de metas, acessibilidade dos estabelecimentos, análise de oferta de procedimentos, referência e contrarreferência (THOMAZ et al 2016, SALIBA et al 2013, LAROQUE et al 2015, PINTO et al 2014, FREITAS et al 2016, SOUZA ET AL 2015, MARQUES et al 2017, RIOS; COLUSSI 2019, CHAVES et al 2011)

Diante do desafio de garantir a operacionalização da atenção especializada em saúde bucal no Brasil, é necessário que práticas de monitoramento e de avaliação dos CEO sejam realizadas continuamente, visando subsidiar o

planejamento em saúde e a tomada de decisão sobre as prioridades e investimentos nos serviços (FIGUEIREDO; GOES 2009, LIMA et al 2010, GOES et al 2012)

As avaliações sobre esses serviços no Brasil são incipientes, sobretudo porque a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é relativamente recente: 2004, a partir da introdução da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Isso implica a necessidade de desenvolver instrumentos que auxiliem a avaliação desses serviços. A avaliação e o monitoramento das ações e serviços ofertados nos CEO constituem importantes instrumentos de gestão (BRASIL 2004, PUCCA JÚNIOR 2009).

Nesse contexto, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) desponta como um importante avanço no processo de institucionalização da avaliação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do PMAQ-CEO teve por objetivo a melhoria no acesso e na qualidade nos CEO, além de criar uma base de dados pública com informações sobre os serviços em funcionamento no país (BRASIL 2017)

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e recontratualização). As duas primeiras etapas são de “Credenciamento” do CEO, a fase de desenvolvimento contempla: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional compreendendo ações transversais e sistemáticas durante todo o período de participação da equipe do CEO e da gestão no programa (FIGUEIREDO; MARTELLI 2016)

Na etapa de avaliação externa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos. O preenchimento prévio do módulo online com informações sobre características e ações do serviço e gestão subsidiará o trabalho de campo dos avaliadores (FIGUEIREDO; MARTELLI 2016)

Com base na necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação, os padrões de acesso e qualidade verificados para os CEOs serão classificados como: padrões gerais, estratégicos, obrigatórios e essenciais. Para fins de certificação o não alcance de um percentual mínimo dos padrões essenciais é condição para que o CEO seja considerado com desempenho insatisfatório.

Góes e cols (2018), em um estudo que buscou analisar os indicadores de planejamento e ações da gestão para organizar o processo de trabalho dos CEOs e apresentar um instrumento de acompanhamento e monitoramento das metas mensais de produção, destacam que o instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO (AVE PMAQ-CEO) traz importantes indicadores de saúde bucal para analisar a atenção especializada e subsidiar o seu planejamento.

A Avaliação Externa do PMAQ / CEO consistiu na coleta de informações por meio de visitas in loco realizadas pelos avaliadores de qualidade do AE-PMAQ / CEO nas unidades de saúde que atendiam aos requisitos de inclusão. O Instrumento de Avaliação Externa foi organizado em três módulos, de acordo com o método de coleta de informações (FIGUEIREDO; MARTELLI, 2016)

- Módulo I - Observação no CEO: objetivou-se avaliar as condições da estrutura, equipamentos, instrumentos e insumos
- Módulo II - Entrevista com o gerente do CEO e um Dentista de qualquer especialidade: visado na obtenção de informações sobre processos de trabalho, organização do serviço e atendimento aos usuários.
- Módulo III - Entrevista com usuários CEO: visa verificar a satisfação e a percepção dos usuários em relação aos serviços especializados de saúde bucal quanto ao acesso e utilização do serviço

Com a instituição do PMAQ-CEO, a cultura de avaliação nesses centros de especialidades é institucionalizada. Os resultados mostraram que existe uma preocupação dos profissionais e da gestão em acompanhar o desempenho do CEO, permitindo a análise dos resultados e, conseqüentemente, identificar e implementar estratégias de intervenção para enfrentamento e correção de direções. O não cumprimento das metas pode causar danos aos usuários e à administração. Desta forma, o acompanhamento e análise das ações e resultados alcançados contribuem

para a melhoria do processo de trabalho e qualificação dos serviços prestados, bem como a satisfação dos profissionais (NUNES et al 2018)

A avaliação externa do CEO pelo PMAQ trouxe informações importantes para o processo de qualificação do serviço. Em termos de planejamento, a maioria das equipes segue as metas, autoavaliação, e utiliza os resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho. Em um estudo que introduziu na literatura os principais aspectos teóricos e metodológicos da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO ocorrido em 2014, a conclusão foi de que esta ofereceu dados para demonstrar e reconhecer os serviços dos CEO e gestores municipais para garantir a qualidade do atendimento odontológico especializado (NUNES et al 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL: Analisar as ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos centros de especialidades odontológicas em 2014 e 2018

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- A. Descrever as ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos CEO por regiões do Brasil em 2018
- B. Comparar as ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos CEO por regiões do Brasil em 2014 e 2018
- C. Analisar relação entre as ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos CEO do Brasil em 2014 e 2018 e o tipo de CEO, porte populacional, indicadores socioeconômicos e de cobertura de saúde bucal dos municípios.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se estudo avaliativo, com abordagem quantitativa e corte transversal a partir da análise de dados secundários obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º e 2º Ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Utilizaram-se apenas os dados referentes ao Módulo II - Entrevista com um gerente e um cirurgião-dentista, sobre a formação permanente da equipe.

A avaliação externa constituiu uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Tem suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde. Consiste na coleta de informações para analisar as condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO) que participam do Programa (GOES *et al.*, 2018).

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi conduzida em todo o Brasil, nas cinco macrorregiões, incluindo tanto os serviços localizados nas capitais quanto os do interior. A coleta de dados do 1º ciclo aconteceu no primeiro semestre de 2014, mediante proposta de questionário, padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis de tipo *tablet*.

Os 984 CEOs habilitados pelo ministério da saúde em 2013 (na etapa de adesão) receberam a visita do avaliador externo, destes 52 foram excluídos por estarem fechados, em reforma, desabilitados pelo Ministério da Saúde, ou se recusarem a participar da etapa de avaliação externa.

Deste modo, a amostra desta pesquisa compreende 932 Centros de especialidades odontológicas, situados em 966 municípios, avaliados no 1º ciclo do PMAQ e 1042 CEO, localizados em 978 municípios, avaliados no segundo ciclo do programa, em 2017.

De cada CEO um cirurgião-dentista respondeu a 12 perguntas sobre o desenvolvimento de ações de educação permanente. As variáveis eram dicotômicas.

4.3 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

O estudo foi dividido didaticamente em 3 fases que correspondem ao cumprimento dos objetivos específicos:

1ª Fase: Descrição dos dados a partir da subdimensão de educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas, que constam nos microdados da Avaliação externa do PMAQ-CEO ciclo 1 e 2, disponibilizados no DAB/SUS

II.17.1		O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?	Sim
			Não
II.17.2.1	Quais dessas ações a equipe do CEO participa ou participou no último ano?	Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.2		Cursos presenciais	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.3		Cursos à distância	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.4		Tutoria/preceptoria	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.5	Discussão de casos com profissionais da atenção básica	Sim	
		Não	
		Não se aplica	
II.17.2.6	Telessaúde	Sim	
		Não	
		Não se aplica	
II.17.3.1	A equipe do CEO utiliza o	Segunda opinião formativa	Sim
			Não

	Telessaúde para:		Não se aplica
II.17.3.2		Telediagnóstico	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.3.3		Teleconsultoria	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.3.4		Tele-educação	Sim
			Não
	Não se aplica		
II.17.4	-	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?	Sim, totalmente
			Sim, parcialmente
			Não
			Não se aplica

Quadro 1 – Variáveis selecionadas do instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO.

A 2ª fase do estudo constará de uma comparação entre as ações de formação permanente desenvolvidas pelas equipes em 2014 e 2018 (período do 1º e 2º ciclo de avaliação)

Na 3ª e última etapa será investigado se variáveis de contexto dos municípios destes estabelecimentos possuem associação com ações de formação permanente descritas em 2014 e 2018.

Variáveis	Definição e Operacionalização
Regiões do Brasil (IBGE)	Região que envolve os territórios dos estados ou parte deles, compostos por aspectos comuns 1-Centro-Oeste 2-Nordeste 3-Norte 4-Sudeste 5-Sul
Tipo de CEO (CNES)	Categorização do serviço quanto ao nº de cadeiras odontológicas que possui 1- Tipo I 2- Tipo II 3- Tipo III
Gini (IBGE)	

IDHm (IBGE)	Nível de desenvolvimento humano do município 1- Menor que 0,7 2- Maior ou igual a 0,7
População (IBGE)	Porte 1: com municípios de até 5.000 habitantes; porte 2, com municípios de 5.001 a 10.000 habitantes; porte 3, com municípios de 10.001 a 20.000 habitantes; porte 4, com municípios de 20.001 a 50.000 habitantes; porte 5, com municípios de 50.001 a 100.000 habitantes; porte 6, com municípios com mais de 100.000 habitantes.
Cobertura da equipe de saúde bucal da Estratégia de saúde da Família (E-gestor)	Número médio de equipes de saúde bucal da atenção básica, para cada 3.450 pessoas, em relação à população residente total no município no ano avaliado multiplicado por 100. 1- Menor que 50% 2- Maior ou igual a 50%

Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas e de cobertura de saúde bucal.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi descritiva, com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Scienses – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise descritiva será apresentada em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central.

Os dados serão classificados de forma sistemática, com sumarização dos mesmos para avaliar as características gerais da população de estudo. Para testar a homogeneidade entre as variáveis, será utilizado o teste de qui quadrado de Pearson e considerado o nível de significância de 5%.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como nessa pesquisa serão utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não haverá a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)

Entretanto, a Pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1

Ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos Centros de Especialidades odontológicas do Brasil, 2018

Permanent education actions developed by the Brazilian Dental Specialty Centers, 2018

Lucas Rafael Borges Santos¹

Petrônio José de Lima Martelli²

Gabriela de Almeida Raschke Medeiros³

¹Cirurgião-dentista pela Faculdade de odontologia da universidade de Pernambuco (FOP/UPE), pós graduando em saúde da família pela Universidade Regional do Cariri (URCA), Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: lucas.borges@ufpe.br

² Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Alfenas, especialização em saúde pública pela ENSP/FIOCRUZ, mestrado em Saúde Pública pelo CPqAM/FIOCRUZ e doutorado em saúde pública também pelo CPqAM/FIOCRUZ. Professor vinculado ao Departamento de Medicina Social (UFPE).

E-mail: petroniocarla@uol.com.br

Autor correspondente:

Lucas Rafael Borges Santos

Rua Valentins, nº 184, Recife, Pernambuco.

52130-110

Lucas.borges@ufpe.br

RESUMO

Objetivo: O propósito deste estudo é descrever as ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes dos CEO do Brasil em 2018. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal descritivo, a partir de dados secundários do módulo II da avaliação externa, onde respondem um gestor e um cirurgião-dentista, do Programa de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) ciclo II, investigando 1042 serviços de todas as macrorregiões Brasileiras. **Resultados:** o número de CEO que desenvolveu ações de educação permanente foi maior (70,9%) do que os serviços que não desenvolveram (29,1%), as ações foram realizadas por equipes de CEO situados na região nordeste (79,0%), seguida da região centro-oeste (76,1%), a região Norte é a que conta com os CEO que menos realizam ações de educação permanente no país (42,4%), a maioria significativa das equipes participaram de seminários, mostras e oficinas (78,6%), assim como discutiram casos (67,9%). Das unidades que praticaram a telessaúde (25,7%) realizaram com o objetivo de tele-educação (14,4%) e teleconsultoria (6,3). **Conclusão:** É notório o avanço na prática de ações de educação permanente pelas equipes dos CEO brasileiros. Todavia, a utilização tímida da telessaúde constitui uma fragilidade destes serviços. A realização destas ações impacta no processo de trabalho por viabilizar a reflexão sobre a prática cotidiana pelos profissionais dos serviços e fomentar a cultura de formação de recursos humanos em saúde.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Atenção secundária em saúde bucal, Avaliação em saúde.

Abstract

Objective: The purpose of this study is to describe the continuing education actions developed by the teams of CEOs in Brazil in 2018. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional descriptive study, based on secondary data from module II of the external evaluation, in which they respond a manager and a dentist, from the Program for improving access and quality of CEOs (PMAQ-CEO) cycle II, investigating 1042 services from all Brazilian macro-regions. **Results:** the number of CEOs who developed permanent education actions was higher (70.9%) than the services that did not (29.1%), the actions were carried out by teams of CEOs located in the northeast region (79.0 %), followed by the Midwest region (76.1%), the North region is the one with the CEOs that least carry out permanent education actions in the country (42.4%), the significant majority of the teams participated in seminars , exhibitions and workshops (78.6%), as well as discussing cases (67.9%). Of the units that practiced telehealth (25.7%) performed with the objective of tele-education (14.4%) and teleconsulting (6.3). **Conclusion:** The progress in the practice of permanent education actions by the Brazilian CEO teams is notorious. However, the timid use of telehealth constitutes a weakness of these services. Carrying out these actions has an impact on the work process by making it possible for service professionals to reflect on daily practice and fostering a culture of training human resources in health.

Keywords: Permanent health education, Secondary care in oral health, Health assessment.

INTRODUÇÃO

O conceito de formação para profissionais de saúde está presente antes mesmo da criação do SUS, capacitar os profissionais do serviço para compreender e atender as necessidades da população é uma diretriz proposta desde a reforma sanitária onde a área de 'recursos humanos' em saúde passou a ter grande valor na construção do novo modelo do sistema público de saúde^{1,2}

Tendo em vista expandir e qualificar a atenção em Saúde Bucal, em 2004 com a publicação da política Brasil Sorridente, implantaram-se no Brasil os Centros de especialidades Odontológicas (CEO), principal serviço de média complexidade em saúde bucal, caracterizado por prestar uma atenção especializada e estar integrado dentro da Rede de Atenção à saúde (RAS). São estabelecimentos que devem dispor de gestores, planejamento de suas ações, metas estabelecidas para oferta dos serviços e relação com os demais níveis de atenção³

Almeida e colaboradores (2016)⁴ reiteram que o processo de trabalho dos CEO deve compreender ações de educação permanente em saúde (EPS) para os profissionais de saúde bucal, por meio de atualizações periódicas, capacitações, discussão de casos, telessaúde, a fim de valorizar a interação entre os profissionais, motivando-os para os desafios do cotidiano, com o intuito de oferecer uma assistência pautada nas necessidades da população, do território e mais próxima do princípio da integralidade.

Neste sentido, considerando que as práticas de saúde são transformadas a partir dos seus atores, qualquer alteração no eixo dessas práticas passa, necessariamente, por mudanças no *modus operandi* dos profissionais de saúde. A EPS parte do pressuposto de produzir saber ou conhecimento partindo de situações reais dos cenários de trabalho, considerando que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, propondo que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática^{1,5}

Seria fundamental para Goes e colaboradores ⁶ implementar ações de educação permanente em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO, assim como avaliar tecnologias e procedimentos próprios aos CEO, podendo ser esse processo conduzido mediante o estabelecimento de Rede de Pesquisas Clínicas para atenção secundária.

De semelhante modo, são imprescindíveis as práticas de monitoramento e avaliação dos CEO de forma contínua, de acordo com Felisberto *et al*⁷ e Ferreira *et al*⁸ tais práticas objetivam subsidiar o planejamento em saúde e a tomada de decisão sobre as prioridades e investimentos nos serviços.

Neste sentido, em 2013 instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), visando a melhoria do acesso e da qualidade destes serviços. Este programa, além de fomentar a institucionalização da cultura de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷, realiza o levantamento nacional de diversos aspectos estruturais e contextuais, dentre os quais, ressalta-se a investigação de questões relacionadas à Educação Permanente⁸.

Em face das considerações descritas, o presente estudo teve por objetivo investigar quais as ações de educação permanente foram desenvolvidas pelas equipes dos Centros de especialidades odontológicas do Brasil em 2018.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, delineamento transversal e descritivo, realizado a partir de dados secundários da avaliação externa do Programa de Melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) dos Centros de especialidades odontológicas do Brasil, em seu segundo ciclo.

A avaliação externa constituiu uma das etapas operacionais do PMAQ/CEO, e o programa possui suas bases teóricas e metodológicas pautadas na abordagem do modelo sistêmico donabediano de avaliação e da qualidade em saúde.

A pesquisa foi conduzida em todo o Brasil, nas cinco macrorregiões, incluindo tanto os serviços localizados nas capitais quanto os do interior. A coleta de dados do 2º ciclo aconteceu em 2017, mediante proposta de questionário, padronizado e

testado previamente, utilizando computadores portáteis de tipo *tablet*. A amostra de CEO correspondeu a 1042 estabelecimentos, localizados em municípios de todas as macrorregiões brasileiras, consistindo em um censo dos serviços implantados no país.

Os dados foram retirados do questionário de avaliação externa das unidades, especificamente do módulo II em que respondem o gerente e um cirurgião-dentista do CEO, e submódulo 17, que corresponde às ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, o banco de dados é público e está disponível na página de Internet da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde.

As variáveis utilizadas para compor este estudo foram dicotômicas e investigaram se são realizadas as ações de educação permanente nos serviços, inclusive elencando algumas delas como possibilidade: troca de experiência com a equipe de saúde bucal da atenção básica, preceptoria, cursos presenciais e à distância, práticas de telessaúde como teleconsultoria, tele-educação, telediagnóstico, e por fim se as ações desenvolvidas contemplaram as demandas e necessidades da equipe do CEO.

Para caracterizar as ações de educação permanente desenvolvidas pelas unidades, segundo as regiões do Brasil, foi construída uma tabela de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado de independência.

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

II.17. 1		O município promove ações de educação permanente que incluam	Sim
			Não

		os profissionais do CEO?	
II.17.2.1	Quais dessas ações a equipe do CEO participa ou participou no último ano?	Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.2		Cursos presenciais	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.3		Cursos à distância	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.4		Tutoria/preceptoria	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.5		Discussão de casos com profissionais da atenção básica	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.2.6		Telessaúde	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.3.1	A equipe do CEO utiliza o Telessaúde para:	Segunda opinião formativa	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.3.2		Telediagnóstico	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.3.3		Teleconsultoria	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.3.4		Tele-educação	Sim
			Não
			Não se aplica
II.17.4	-	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades	Sim, totalmente
			Sim, parcialmente
			Não
			Não se aplica

		da equipe do CEO?	
--	--	-------------------	--

RESULTADOS

No Brasil, verificou-se que as ações de educação permanente foram desenvolvidas com maior frequência por equipes de CEO situados na região nordeste (79%), seguida da região centro-oeste (76,1%) e sudeste (68,4%). A região Norte foi a única onde o percentual maior foi de equipes que não realizaram ações de educação permanente nos CEO.

No geral, o número de CEO que desenvolveram ações de educação permanente foi maior (70,9%) do que as que não desenvolveram (29,1%).

Regiões avaliadas	Ações educação permanente	
	Sim	Não
Norte	28 (42,4%)	38(57,6%)
Nordeste	324(79%)	86(21%)
Centro-Oeste	54(76,1%)	17(23,9%)
Sudeste	249(68,4%))	115(31,6%)
Sul	84(64,1%)	47(35,9%)
TOTAL	739(70,9%))	303(29,1%)

Tabela 1. Distribuição da prática da ação permanente segundo a região da unidade

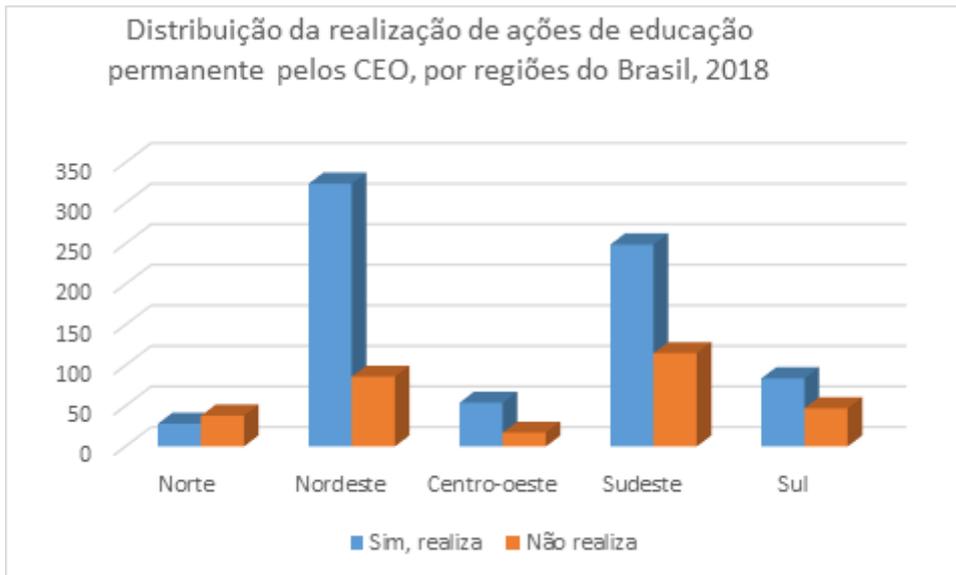


Figura 1. Distribuição da realização da educação permanente, segundo região.

Na figura 2 temos a distribuição das práticas das unidades que realizaram ações de educação permanente. Verificou-se que, das equipes que participam de ações de educação permanente, a maioria significativa participou de seminários, mostras e oficinas (78,6%) seguido da discussão de casos (67,9%), os cursos presenciais foram ações desenvolvidas por 43,8% dos serviços. Entre as ações menos desenvolvidas estão: Telessaúde (25,9%), a realização de cursos à distância (17,9%) e tutoria e/ou preceptoria (17,8%).

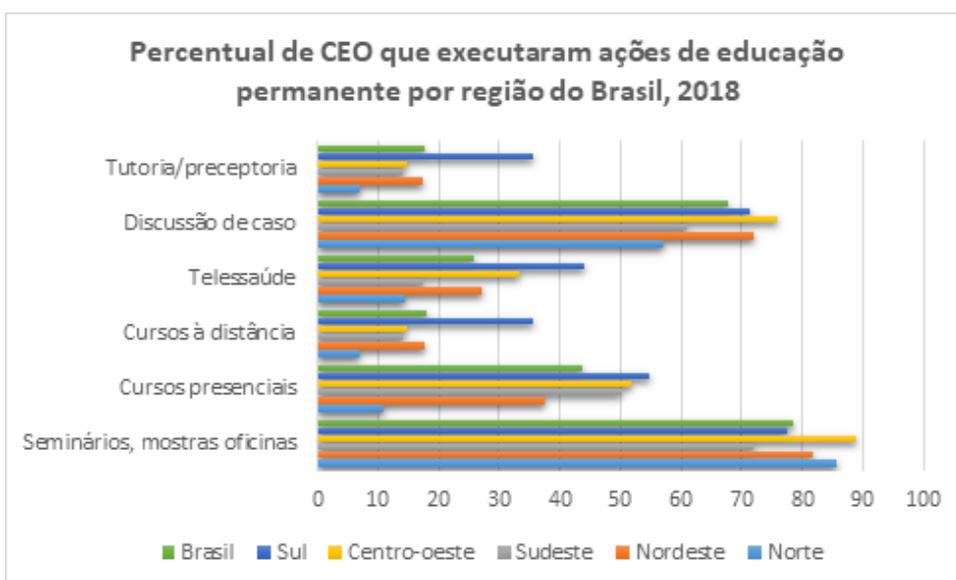
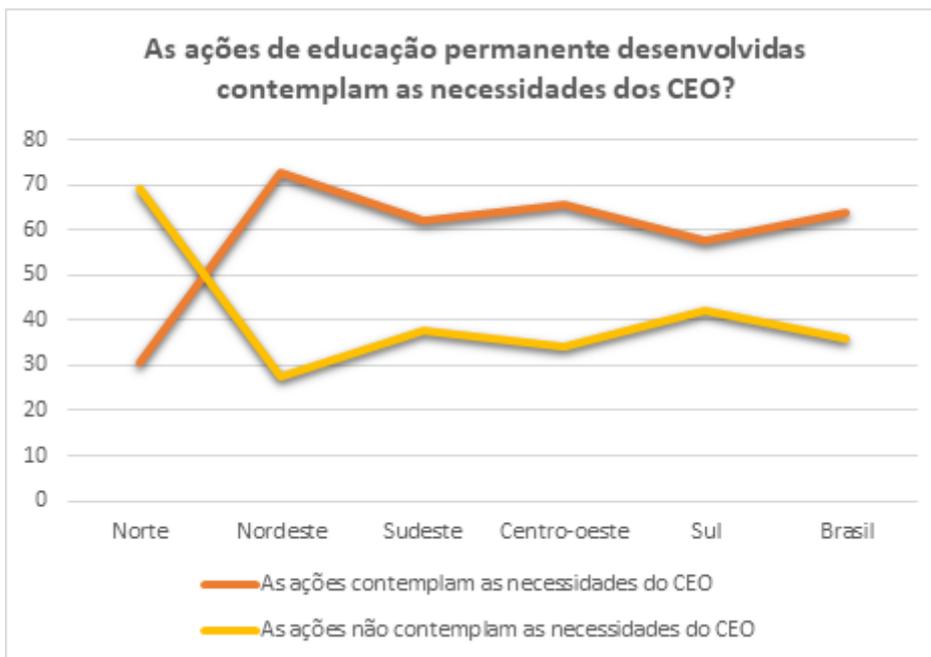


Fig.2 Percentual de CEO que executaram ações de educação permanente por região do Brasil

Dentre as equipes que utilizam a telessaúde nos CEO, foi questionado a finalidade do uso, houve destaque para a tele-educação em todas as regiões do país (14,4%), a ferramenta foi menos utilizada para telediagnóstico (5,6%).



As equipes foram ainda investigadas se ações de educação permanente realizadas satisfazem as necessidades dos serviços. Para 63,9% das equipes dos CEO do país as ações realizadas contemplavam as necessidades dos estabelecimentos. Apenas os serviços da região norte do país relataram não contemplar (69,4%).



DISCUSSÃO

Conhecer o perfil de formação da equipe de saúde bucal dos CEO se constitui importante uma vez que os profissionais saem de um modelo tecnicista, uma vivência de consultório, para um modelo multiprofissional e em equipe, em que a sua atuação deve estar integrada às necessidades da comunidade, inclusive em atividades preventivas e de educação em saúde bucal.

Este estudo evidenciou que, em 2018, as equipes de maior parte dos CEO realizaram ações de formação profissional que se caracterizassem de educação permanente para fins de qualificação do trabalho. A região norte do Brasil foi a única cujos serviços relataram em sua maioria não desenvolver ações desta natureza.

Embora a definição de Educação permanente perpassasse um processo amplo de problematização da situação cotidiana dos serviços ⁹ atividades que proporcionem capacitação e qualificação para o trabalho em saúde devem ser ofertadas pelas secretarias municipais de saúde.

Partindo do pressuposto que a mudança que pode ser alcançada através da educação permanente é produto de reflexões geradas em questões do processo de

trabalho, as atividades investigadas possuem caráter formativo e são capazes de gerar reflexão sobre a prática dos CEO.

A expressiva participação (78,6%) das equipes em Seminários, mostras e fóruns de discussão denota o aspecto convencional de formação complementar ofertado pelos municípios, baseando-se numa transmissão de conhecimento cujo formato tradicional é percebida, o incremento da tecnologia para ações de educação permanente ainda se insere de forma paulatina.

Entre as equipes de unidades que realizam ações de educação permanente, a discussão de casos figurou como a segunda atividade mais desenvolvida (67,9%), remetendo à comunicação entre profissionais da atenção primária e secundária em saúde bucal.

Em mapeamento da rede de atenção à saúde bucal da região metropolitana de Porto Alegre Silveira e cols¹⁰ identificaram que 93,6% dos dentistas da atenção básica (n=117) realizam pelo menos uma ação proposta de educação permanente e o CEO foi o serviço relatado (53,6%) que mais prestou apoio à ESB em casos complexos, caracterizando a interface entre estes níveis de atenção fortalecendo a rede e buscando o alcance da integralidade como um dos princípios basilares do SUS.

Frichembruder e cols¹¹ em estudo com objetivo de traçar as percepções de profissionais dos CEO do Rio grande do Sul, identificaram como elementos de maior fragilidade para estes profissionais a escassez de ações de educação permanente, a falta de atividades de capacitações: 60,7% não reconheceram programa de educação permanente nas instituições, mas informam acesso a colegas para discussão de casos. Poucos participantes (11,2%) relataram presença em fóruns de participação, os espaços referidos foram Conselhos de Saúde e os vinculados à área de exercício profissional.

Estudos realizados na região da Grande Natal e no Brasil^{12,13} identificam tímidos resultados sobre a capacitação das equipes dos CEO.

Equipes de saúde bucal da atenção básica foram avaliadas pela avaliação externa do PMAQ-AB, segmento do PMAQ que avalia equipes da atenção básica, e no que concerne a realização de ações de educação permanente, 90% dos

cirurgiões-dentistas da região norte não participavam de cursos à distância. Dentre as estratégias de EPS mais utilizadas pelos profissionais estão os seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão, seguidos pela troca de experiências. A Telessaúde e as atividades promovidas pelo Sistema Universidade Aberta do SUS (UNASUS) ainda apareceram de forma comedida nos estados da Região ¹⁴.

De acordo com Palú ¹⁵ questões como o tipo de vínculo empregatício do CD pode interferir no processo de trabalho das equipes, uma vez que a falta da estabilidade no emprego, aumenta a rotatividade de profissionais, e gera a falta de vínculo entre a equipe e o usuário, além disso interfere no comprometimento para realização das ações de educação permanente.

Entre as ações que poderiam ser realizadas através da telessaúde, a teleconsultoria é uma possibilidade pouco desenvolvida nos CEO brasileiros, entretanto em Santa Catarina, o relato da utilização para o encaminhamento e decisão de transferência de cuidado para o dentista especialista ocorre na rede de atenção em saúde bucal do município de Joinville, é o caso da teleperiodontia, vale ressaltar que a troca de experiência, saberes e tomada de decisões em conjunto se caracterizam ações de educação permanente ¹⁶

O programa nacional telessaúde Brasil Redes no Mato Grosso do Sul realiza ações de teleconsultoria e tele-educação com a participação de médicos e cirurgiões-dentistas na Atenção Primária a Saúde e especialistas da atenção secundária. As teleconsultorias, de acordo com a Portaria nº 2546, de 23 de outubro de 2011, correspondem um dos serviços ofertados pelos núcleos do programa espalhados pelo país, além do telediagnóstico e da segunda opinião formativa. Entretanto, as atividades de teleeducação, correspondem a conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação ^{17,18}

A política nacional de educação permanente através de diretriz específica de ordenar os recursos humanos em saúde sinaliza a importância do acesso a um processo pedagógico pelo profissional que contemple aquisição ou atualização de conhecimentos e habilidades, inclusive com incremento tecnológico ¹⁹.

É indispensável a identificação de pontos críticos da atenção para serem trabalhados na própria atenção e/ou na gestão, tendo por premissa a construção de estratégias adaptadas à realidade loco regional e às políticas de saúde estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde ²⁰.

Os benefícios da Telessaúde podem ser observados em um estudo observacional e retrospectivo de Marcolino et al.²¹, que avaliou o serviço realizado pela Rede de Teleassistência de Minas Gerais e relevou que 80% das teleconsultorias, do período de janeiro a dezembro de 2012, evitaram 19 encaminhamentos dos pacientes para serviços especializados e 95% dos profissionais tiveram suas dúvidas esclarecidas, melhorando a resolutividade da APS.

Na Paraíba, a criação de uma rede de clínicas online facilitou o atendimento de crianças com cardiopatias congênitas, uma vez que estas precisavam ser encaminhadas para centros de referência em Recife, e promoveu a capacitação dos médicos locais na detecção, diagnóstico e tratamento desses pacientes ²².

Diante de ferramentas e possibilidades, ao gerente de um CEO cabe planejar, executar e avaliar ações realizadas nestes serviços, sejam clínicas, de integração ensino-serviço, de educação profissional. Teixeira ²³ e Vieira ²⁴ ratificam a necessidade de um bom planejamento na formulação e execução dos principais instrumentos de gestão em saúde pública no Brasil. Aponta ainda que todo plano de saúde deve levar em consideração o período de quatro anos para o qual é formulado, devendo conter os objetivos, metas e ações a serem desenvolvidos nesse período, respeitando a legislação institucional existente, apoiado numa análise ampla, multissetorial e interdisciplinar, envolvendo os diferentes atores do processo com o compromisso de avaliar os resultados obtidos no setor saúde.

De acordo com Tanaka e Tamaki ²⁵, é pertinente a incorporação da avaliação por aqueles que têm o poder de decisão e de implementar ações para institucionalizar a avaliação na gestão dos serviços em saúde. A gestão é uma prática administrativa que demanda expertise. Nesse processo, o gestor utiliza de conhecimentos, habilidades, técnicas e procedimentos que lhe permitam conduzir o funcionamento dos estabelecimentos de saúde na direção dos objetivos traçados.

O desenvolvimento de ferramentas de educação permanente aumenta a resolutividade dos serviços, diminui filas de espera, fortalece o trabalho em rede e qualifica os profissionais para situações do cotidiano através da problematização de casos simples e complexos^{26,27}

CONCLUSÃO

A maioria dos CEO de todas as regiões brasileiras desenvolvem atividades de educação permanente aos profissionais de saúde bucal, com exceção da região norte, o que denota equipes de saúde bucal buscando aperfeiçoar o processo de trabalho na atenção secundária.

A telessaúde, surge como uma prática tímida dentre as atividades investigadas, na maioria dos estabelecimentos, é perdida a oportunidade de incrementar tecnologia na atenção à saúde bucal, de fato existem situações que são passíveis de resolução pela teleconsultoria, teleducação, todavia é um aspecto ainda a ser explorado pelos serviços.

Recomenda-se que o processo de Educação Permanente seja validado e incentivado pela gestão, inserido de forma contínua, com cronograma anual para a realização dessas atividades, e que contemplem todos os profissionais dos CEO, independente da especialidade que desenvolvem. Ao não desempenhar metas relacionadas à EP há o reforço de uma cultura gerencial de não priorização dos recursos humanos.

A construção de atividades educativas a partir de metodologias ativas, constitui maior resolutividade dos problemas de saúde, pela percepção verdadeira das necessidades do trabalho e da vivência de todos os que participam do processo de construção dos serviços de saúde: gestores, profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

PINTO, Elzimar Evangelista Peixoto et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, educação e saúde**, v. 8, n. 1, p. 77-96, 2010.

VINCHA, Kellem Regina Rosendo et al. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 507-520, set. 2014.

ROSSI, Thais Régis Aranha; CHAVES, Sônia Cristina Lima. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 188-201, 2017

DE SOUSA ALMEIDA, Janaína Rocha 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

LOLLI, Luiz Fernando et al. Odontologia Defensiva e educação permanente: gestão de prontuários contribuindo na formação de cirurgiões-dentistas com responsabilidade profissional. **Revista da ABENO**, v. 19, n. 4, p. 113-122, 2019.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s81-s89, 2012.

FELISBERTO, Eronildo et al. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde debate**. 2017; 41(esp):387-399.

FERREIRA, Jéssica et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde soc.** 2018; 27(1):69-79.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

SILVEIRA, Roberta Machado et al. Mapeamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal da Região Metropolitana de Porto Alegre. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, 2021.

FRICHEMBRUDER, Karla; HUGO, Fernando neves; HILGERT, Juliana balbinot. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 22(1), 2017. <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i1.7109>

DEITOS, Alexandre Raphael. Avaliação da atenção especializada em saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009

MORITA, Maria celeste; HADDAD, Ana estela; ARAÚJO, Maria Ercília de. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Maringá: **Dental Express**, 2010.

EMMI, Danielle Tupinamba; DE LIMA, Zaryff Said; MIRANDA, Mayara Sabrina Luz. Perfil do cirurgião dentista das equipes de saúde bucal e inserção em ações de educação permanente na Região Norte do Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 67, 2021.

PALÚ, Adriana prestes do nascimento. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná. [Dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina-PR. 2004. 103p.

DA COSTA, Christine Böhm et al. Teleconsultoria no sistema único de saúde: relato de experiência inédita em Santa Catarina. **Braz J Periodontol-March/June**, v. 30, n. 03, 2020.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta Silva et al. Teleodontologia no programa nacional telessaúde Brasil redes: relato da experiência em Mato Grosso Do Sul. **Revista da ABENO**, v. 14, n. 1, p. 17-29, 2014.

GAUER JÚNIOR, João. Educação a distância: uma possibilidade de acesso à educação permanente para profissionais de saúde bucal do SUS. 2021.

SIGNOR, Eduarda. et al. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Rev. Enferm da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, jan. 2015

BARBOSA, Aldenísia Alves de Albuquerque. A educação permanente em saúde sob a ótica de cirurgiões dentistas. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009

MARCOLINO, Milena Soriano et al. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 35, n. 5-6, p. 345-352. mai/jun. 2014.

MATTOS, Sandra da Silva et al. A telemedicine network for remote paediatric cardiology services in North-east Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 93, n. 12, p. 881-887. dec. 2015

TEIXEIRA, Carmem. Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004.

VIEIRA, Janete Maria Rebelo *et.al.* A prática do planejamento em saúde na atenção secundária: uma análise a partir do PMAQ-CEO - 1º Ciclo. **Research, Society and Development**. 2021 Sep 5;10(11):e423101119786.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012 Apr;17(4):821–8.

KAMIKAWA, Daniela Suemi *et.al.* Percepção sobre a implementação da educação permanente em saúde bucal no estado do Paraná / Perception on the implementation of permanent education in oral health in the state of Paraná. **Brazilian Journal of Development**. 2022 Jan 10;8(1):2126–36.

COUTO, Graziane Ribeiro *et.al.* Telessaúde Sergipe: principais demandas dos profissionais da equipe de saúde bucal. *Research, Society and Development*. 2021 Mar 16;10(3):e29910313361.

5.2 ARTIGO 2

Ações de Educação Permanente desenvolvidas pelos Centros de Especialidades Odontológicas em 2014 e 2018: Estudo comparativo

Permanent Education Actions developed by Dental Specialty Centers in 2014 and 2018: Comparative study

Lucas Rafael Borges Santos¹

Petrônio José de Lima Martelli ¹

Gabriela de Almeida Raschke Medeiros²

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO| Introdução: A política nacional de saúde bucal (PNSB) preconiza através de suas diretrizes o incentivo à formação permanente dos trabalhadores em saúde bucal do SUS, em todos os níveis de atenção tendo em vista a qualificação do processo de trabalho. **Objetivo:** O presente artigo comparou as ações de educação permanente desenvolvidas pelos Centros de Especialidades Odontológicas em 2014 e 2018. **Método:** Estudo de natureza quantitativa, transversal descritivo, desenvolvido através de dados secundários do módulo II da avaliação externa dos dois ciclos do programa de melhoria do acesso e qualidade (PMAQ) dos CEO, em que respondem um cirurgião-dentista e um gestor. **Resultados:** Os CEO são distribuídos entre as regiões do Brasil de forma desigual, entretanto houve maior adesão das equipes em 2018 às ações de educação permanente, percebe-se maior participação em cursos presenciais, à distância, seminários, assim como uma tímida utilização da telessaúde, seja para teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação. Um maior número de equipes relata que as ações desenvolvidas contemplam as demandas e necessidades dos CEO. **Conclusão:** As equipes de saúde bucal dos CEO do Brasil realizaram ações para desenvolvimento da educação permanente, tendo em vista a qualificação da assistência e do cuidado além de fortalecer a integralidade entre os níveis de atenção ao adotar novos caminhos para melhoria do processo de trabalho em saúde bucal.

Palavras-chave: educação permanente; processo de trabalho em saúde; saúde bucal.

ABSTRACT: Introduction: The national oral health policy (PNSB) recommends, through its guidelines, the encouragement of permanent training of workers in oral health of the SUS, at all levels of care, with a view to qualifying the work process.

Objective: This article compared the permanent education actions developed by the Dental Specialty Centers in 2014 and 2018. **Method:** A quantitative, cross-sectional descriptive study, developed through secondary data from module II of the external evaluation of the two cycles of the improvement program of access and quality (PMAQ) of CEOs, in which a dental surgeon and a manager respond. **Results:** CEOs are unevenly distributed among the regions of Brazil, however, there was a greater adherence of teams in 2018 to permanent education actions, a greater participation in face-to-face courses, distance learning, seminars, as well as a timid use of telehealth, whether for teleconsulting, telediagnosis, formative second opinion and tele-education. A greater number of teams report that the actions developed contemplate the demands and needs of CEOs. **Conclusion:** The oral health teams of CEOs in Brazil carried out actions to develop permanent education, with a view to qualifying assistance and care, in addition to strengthening comprehensiveness between levels of care by adopting new ways to improve the work process in oral health.

Keywords: permanent education; health work process; oral health.

1 INTRODUÇÃO

A capacitação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer nos diversos locais, de modo a incentivar a promoção e a prevenção por meio de intervenções educativas em saúde, a partir de cada realidade/necessidade regional, englobando saberes e associando a gestão e o cuidado ¹.

Na proposta da Educação Permanente em saúde (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 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 ²

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 ^{3,4}

Numa perspectiva mais ampla, 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 ⁵. 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 ⁶.

A perspectiva da formação, principalmente da EPS, é que essa se fortaleça, despertando a sua capacidade de assumir e cuidar da saúde das populações. Contudo, o processo de trabalho desagregado, em que cada profissional atua na sua área, com expertise, isolados uns dos outros, promove desacordo na interação entre membros das equipes de saúde ⁴.

É válido ressaltar que a gestão do trabalho e as políticas de educação em saúde com ênfase na valorização profissional e no fortalecimento das relações são ferramentas que, ao transformar o sujeito em um ser crítico, reflexivo e ativo, permitem o diálogo e a participação dos envolvidos no processo educativo, de forma

que promove o desenvolvimento de habilidades e competências por meio da disseminação do conhecimento ⁸

Dessa forma, este artigo decorrente de uma dissertação de mestrado em andamento em um programa de pós-graduação em saúde coletiva, tem por objetivo comparar as ações de educação permanente desenvolvidas pelos centros de especialidades odontológicas em 2014 e 2018. Trata-se de um estudo inédito por investigar a temática em âmbito nacional e de importância significativa por fornecer subsídio para planejamento futuro para os gestores.

2 MÉTODO

O presente estudo apresenta natureza quantitativa, transversal realizado através de dados secundários públicos situados no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) vinculada ao Ministério da Saúde (MS).

Os dados que viabilizaram este estudo foram obtidos através da etapa de avaliação externa dos dois ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), ocorridos em 2014 e 2017 respectivamente. Os dados foram retirados do questionário de avaliação externa das unidades, especificamente do módulo II em que respondem o gerente e um cirurgião-dentista do CEO, e submódulo 17, que corresponde às ações de educação permanente desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal.

A pesquisa foi conduzida em todo o Brasil, nas cinco macrorregiões, incluindo tanto os serviços localizados nas capitais quanto os do interior. A coleta de dados do 1º ciclo aconteceu no primeiro semestre de 2014, mediante proposta de questionário, padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis de tipo tablet. A amostra de CEO correspondeu a 932 estabelecimentos, localizados em 766 municípios, consistindo em um censo dos serviços implantados no país. A coleta de dados do 2º ciclo aconteceu em 2017, a amostra de CEO correspondeu a 1042 estabelecimentos situados em 778 municípios.

As variáveis utilizadas para compor este estudo foram dicotômicas e investigaram se são realizadas as ações de educação permanente nos serviços, inclusive elencando algumas delas como possibilidade: troca de experiência com a

equipe de saúde bucal da atenção básica, preceptoria, cursos presenciais e à distância, práticas de telessaúde como teleconsultoria, tele-educação, telediagnóstico, e por fim se as ações desenvolvidas contemplaram as demandas e necessidades da equipe do CEO.

O conjunto de dados foi tabelado em planilha no aplicativo Excel (Microsoft) e exportados para o software SPSS para se obter a análise descritiva e uma análise bivariada por meio do teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância igual a 5%. Em seguida foi construída uma tabela de contingência a fim de se comparar entre os anos 2014 e 2018.

Através do teste qui-quadrado foi constatado que houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis “O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO”, “Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão”, “Telessaúde”, “Tutoria/preceptoria”, “Segunda opinião formativa”, “Tele-educação” e “Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO” quando comparados os anos.

O cumprimento de ações de educação permanente foi investigado na avaliação externa, entretanto a partir de uma óptica mais ampla, a EPS constituiu uma das dimensões da fase de desenvolvimento do programa, além da sua evidente dimensão pedagógica, mas também como um importante “estratégia de gestão”.

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não haverá a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

3 RESULTADOS

Os CEO investigados em 2018 relataram em sua maioria desenvolver ações de educação permanente (71,2%). Diferentemente dos serviços entrevistados em 2014 em que a maioria (50,5%) declarou não realizar tais ações.

Das ações desenvolvidas, as mais apontadas foram a participação das equipes em seminários, mostras e oficinas (79,2%), cursos presenciais (62,1%), troca de experiência (68,2%).

Em contrapartida, a telessaúde tanto em 2014 (9,8%) quanto em 2018 (25,5%) foi a ação realizada com menor frequência. Da utilização do telessaúde a prática mais relatada foi para tele-educação em 2014 e em 2018.

Algumas práticas como as de cursos à distância foram apontadas pelas equipes, percebe-se um aumento de equipes que realizaram esta ação porém em 2018 não chegou à metade dos serviços entrevistados (44%).

Ademais, outro fator que deve ser apontado é que mais da metade dos serviços entrevistados em 2018 apontaram que as ações de educação permanente desenvolvidas satisfazem sim às necessidades dos CEO porém de forma parcial (53,1%), já 41,7% dos estabelecimentos relataram atender às necessidades totalmente.

Tabela 1 – Ações de educação permanente desenvolvidas pelos CEOs do Brasil em 2014 e 2018

Variáveis	Ano		p-valor *
	2014	2018	
	n (%)	n (%)	
O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO			
Sim	460 (49,5)	713 (71,2)	< 0,001
Não	470 (50,5)	288 (28,8)	
Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão			
Sim	341 (74,1)	565 (79,2)	0,041
Não	119 (25,9)	148 (20,8)	
Cursos presenciais			
Sim	306 (66,5)	443 (62,1)	0,127
Não	154 (33,5)	270 (37,9)	

Cursos à Distância			
Sim	179 (38,9)	314 (44,0)	0,082
Não	281 (61,1)	399 (56,0)	
Telessaúde			
Sim	45 (9,8)	182 (25,5)	< 0,001
Não	415 (90,2)	531 (74,5)	
Troca de experiência			
Sim	291 (63,3)	486 (68,2)	0,083
Não	169 (36,7)	227 (31,8)	
Tutoria/preceptoria			
Sim	66 (14,3)	136 (19,2)	0,031
Não	394 (85,7)	571 (80,8)	
Segunda opinião formativa			
Sim	24 (53,3)	65 (31,6)	0,006
Não	21 (46,7)	141 (68,4)	
Telediagnóstico			
Sim	18 (40,0)	58 (31,2)	0,259
Não	27 (60,0)	128 (68,8)	
Teleconsultoria			
Sim	19 (42,2)	70 (37,6)	0,570
Não	26 (57,8)	116 (62,4)	
Tele-educação			
Sim	28 (62,2)	149 (79,7)	0,013
Não	17 (37,8)	38 (20,3)	
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO			
Sim, totalmente	129 (28,0)	296 (41,7)	< 0,001
Sim, parcialmente	284 (61,8)	377 (53,1)	
Não	47 (10,2)	37 (5,2)	

(*) Teste Qui-Quadrado

Na tabela 1, houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis “O município promove ações de educação permanente que incluem os profissionais do CEO”, “Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão”, “Telessaúde”, “Tutoria/preceptoria”, “Segunda opinião formativa”,

“Tele-educação” e “Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO” quando comparados os anos.

Tabela 1. Percentual de CEO que promoveram ações de EP por região, em 2014 e 2018

Região	Município promove ações de educação permanente no CEO (%)	
	2014	2018
Norte	33,9	42,4
Nordeste	47	79
Sudeste	54,9	68,4
Sul	52,1	64,1
Centro-oeste	43,5	76,5

Entre os anos de avaliação externa do PMAQ-CEO houve um incremento de equipes que desenvolveram ações de EP em todas as regiões do Brasil, especialmente as das regiões centro-oeste e nordeste. As equipes dos CEO da região norte destacam-se com o menor incremento.

Tabela 2. Percentual de CEO que relataram as ações de EP atender suas necessidades, por região em 2014 e 2018

Região	As ações de educação permanente contemplam necessidades dos CEO (%)	
	2014	2018
Norte	8,5	30,6
Nordeste	14,1	72,6
Sudeste	14,8	62,3
Sul	13,7	57,7
Centro-oeste e	12,9	65,8

Em consonância com a realização de ações de EP, um maior número de CEOs de todas as regiões brasileiras em 2018 relatou de que estas ações contemplam as necessidades destas unidades, sobretudo CEOs da região nordeste e centro-oeste. O menor percentual em comparação entre 2014 e 2018 foi de CEOs da região norte.

Tabela 3. Relação de ações que os CEO participaram, por região em 2014 e 2018

Região	Seminários, mostras, oficinas (%)		Cursos Presenciais (%)		Cursos à distância (%)	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Norte	25,4	85,7	20,3	10,7	6,8	7,1

Nordeste	35,7	81,8	27	37,6	18,3	17,6
Sudeste	38,9	71,9	39,5	50,2	23,1	14,1
Sul	40,2	77,4	39,3	54,8	17,9	35,7
Centro-oeste	33,9	88,9	30,6	51,8	17,7	14,8

Nota-se que a região norte apresenta os menores índices de serviços que desenvolveram ações de educação permanente, do contrário, as regiões nordeste, sul e sudeste destacaram-se. Com um percentual significativo de CEO que realizam tais ações.

Tabela 4. Relação de ações que os CEO participaram, por região em 2014 e 2018

Região	Telessaúde (%)		Discussão de Caso (%)		Tutoria/preceptoria (%)	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Norte	1,7	14,3	20,3	57,1	0	7,1
Nordeste	2	27,2	29,3	71,9	6,5	17,6
Sudeste	8	17,3	34,4	61	7,1	14,1
Sul	4,3	44	35	71,4	11,1	35,7
Centro-oeste	8	33,3	29	75,9	9,7	14,8

De todas ações possíveis de ser realizadas pelas equipes dos CEO a telessaúde em 2014 e 2018 foi a menos desenvolvida. A região norte desponta como o menor percentual de serviços. CEO das regiões centro-oeste, nordeste e sul relataram desenvolver a prática de discussão de casos.

Tabela 5. Percentual de utilização do telessaúde pelos CEO, por região em 2014 e 2018

Região	2ª opinião formativa (%)		Telediagnóstico (%)		Teleconsultoria (%)		Tele-educação (%)	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Norte	0	1,4	0	2,8	0	2,8	0	5,6
Nordeste	1,4	6,5	1,7	6,5	0,8	7,4	1,1	17,2
Sudeste	3,5	3,7	1,8	3,2	2,7	3,4	4,7	8,9
Sul	5,6	9,5	1,7	7,3	4,3	8	3,4	21,2
Centro-oeste	6,4	11,5	6,4	11,4	3,2	13,9	6,4	21,5

Percentuais baixos de serviços de todas as regiões desenvolveram ações de telessaúde. CEO das regiões norte e sudeste foram os que menos realizaram ações que necessitassem de utilização do telessaúde.

4 Discussão

- A integração do CEO à rede de atenção à saúde bucal e o processo de trabalho das Equipes

A estruturação da média complexidade na Odontologia, em especial pela implantação dos CEO, proporcionou vazão aos procedimentos de maior densidade tecnológica e a continuidade da assistência ao usuário, sem rompimento da linha de cuidado à saúde bucal. Assim, iniciativas municipais isoladas ou conjuntas com a estruturação de um centro de referência, constitui-se marco para a estruturação de uma rede de atenção à saúde bucal, na qual o usuário tem acesso ao atendimento na atenção primária, com encaminhamento para os centros de especialidade ⁹.

Um dos principais motivos que dificultam a plena inserção do cuidado à saúde bucal na rede de atenção à saúde reside na fragilidade do cumprimento das atribuições relativas ao nível de atenção primária. Na condição de estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde ¹⁰, com foco na satisfação das necessidades e demandas da população, o primeiro contato ou o acesso do usuário aos serviços odontológicos, bem como a articulação com outros níveis de atenção são identificados como fragilidade para a garantia de acesso universal. O planejamento das ações de saúde bucal, a definição de áreas programáticas e projetos, baseados no levantamento epidemiológico, e a tradução em indicadores não constitui rotina no processo de trabalho das ESB ou do CD.

Ademais, Entre as desigualdades regionais existentes no Brasil, uma de grande importância consiste na distribuição macrorregional dos CEO, destacando-se que algumas regiões apresentam menor percentual de implantação desse tipo de serviço ^{11,12}.

Outra fragilidade reside no fato do trabalho odontológico ocorrer predominantemente em âmbito restrito, de consultório, distanciado de uma compreensão ampliada da base territorial e das determinações socialmente produzidas, dentre as quais o processo saúde-doença bucal se desenvolve ¹³

Mesmo com a ocorrência de novas contratações, a escassez de pessoal – cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal – foi considerada por gestores entrevistados em um estudo ⁹ outra dificuldade para a construção de uma

rede que atenda o conjunto de problemas acumulado na população usuária. Adicionalmente, o desconhecimento sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista no SUS traz à tona a falta de protocolos como um potencial prejuízo do trabalho em rede. No âmbito de um mesmo município, os centros de saúde têm práticas e condutas distintas ¹⁴.

Tendo em vista discutir sobre o cotidiano de trabalho, a educação permanente em saúde possibilita pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS, seu foco são os processos de trabalho, seu alvo são as equipes e seu lócus de produção são os coletivos ¹⁵.

A problematização trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, sendo o conteúdo oferecido na forma de problemas e não de forma acabada, problemas esses que devem ser discutidos pelos trabalhadores ^{16,17}.

Visando a implantação dessa metodologia, propõe-se a construção do conhecimento através do movimento de agir sobre a realidade, orientando-se desta maneira o sujeito pela observação da práxis. Neste modelo o diálogo é essencial, os problemas estudados necessitam de um espaço real ¹⁸.

A participação maior dos cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal (2018) em atividades de atualizações como cursos presenciais ou à distância, seminários, mostras, discussão com a ESB da atenção básica, demonstra o interesse destes profissionais no aperfeiçoamento dentro do escopo do ofertado pelas secretarias municipais de saúde, ademais possibilita a valorização profissional, bem como contribui na construção de uma aprendizagem significativa.

Com relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) destaca-se que seu objetivo foi instigar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção secundária em saúde bucal, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção secundária à saúde. O PMAQ não foi um programa que de forma pontual, mas um processo contínuo de avaliação visando aperfeiçoar os processos, melhorar a qualidade e aumentar o acesso à população.

□ A tecnologia à serviço da saúde bucal nos CEO do Brasil

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as tecnologias de informação e comunicação corroboram com a prestação de cuidados na saúde pública, pesquisas e atividades relacionadas à saúde para o benefício, principalmente, de países em desenvolvimento ¹⁹. Permite, ainda, a instituição de ferramentas estratégicas de apoio ao desenvolvimento das ações em saúde no que se refere ao planejamento, assistência, pesquisa e educação em saúde ²⁰.

O termo telessaúde vem sendo usado para designar as atividades que utilizam as tecnologias de informação e comunicação na atenção à saúde. A distância é uma barreira importante para a prestação de muitos serviços essenciais, como diagnóstico, tratamento, prevenção, promoção, educação continuada, pesquisa e avaliação em saúde ²¹.

Um Núcleo de Telessaúde (NT), ou serviço de Telessaúde, pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Este núcleo possui cadastro no sistema nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), sendo, portanto, um serviço de saúde ²².

O apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde pode reduzir as filas de espera dos usuários que precisam de fato ter acesso a consultas e procedimentos especializados, promovendo o atendimento com qualidade na APS nos casos em que o deslocamento para outro serviço é desnecessário e ampliando o acesso de quem tem real necessidade, o que é potencializado pela regulação dos fluxos por meio de protocolos construídos compartilhadamente entre Telessaúde e instâncias gestoras ^{23,24}.

As atividades previstas no Telessaúde Brasil Redes conforme a portaria GM/MS 2.546/11 são: teleconsultoria; segunda Opinião Formativa (SOF), tele-educação e telediagnóstico. A mesma portaria também define cada serviço ²⁵.

A teleconsultoria é a consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos

clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. Tem respaldo ético e legal. Trata-se da relação mediada entre profissionais pares de sua profissão. E é diferente da teleconsulta que é a interação mediada por recursos de tecnologia entre paciente e médico não presencialmente, cuja modalidade ainda não se encontra regulamentada no Brasil, diferente de alguns outros países ^{26,27}.

A segunda opinião formativa (SOF) trata-se de uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. Estas respostas sistematizadas ficam à disposição dos usuários no acervo Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)²⁸.

Teleducação ou educação à distância (EAD) é uma forma de ensino que possibilita a aprendizagem, com a mediação humana de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação. Alguns exemplos são as videoconferências, webconferências, ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e vídeos tutoriais ²⁹.

O Telediagnóstico é definido como um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para apoiar o diagnóstico através de distâncias geográficas e temporais. As ferramentas de telediagnóstico têm se mostrado um mecanismo capaz de prover a atenção, a prevenção, o diagnóstico e de auxiliar no tratamento em saúde, com potencial de diminuir os custos emocionais e financeiros envolvidos com o deslocamento de pacientes para maiores centros ³⁰.

É importante reiterar que não se trata simplesmente da incorporação de tecnologias de informação e comunicação às rotinas dos serviços de saúde, mas do início de uma nova forma de organização dos serviços, promovida por recursos tecnológicos ³¹.

Essa nova organização tem como foco promover o encontro entre profissionais de diferentes níveis da atenção à saúde, com a troca de informação e conhecimento entre eles, tendo em vista a resolutividade e integralidade do cuidado.

Os sistemas disponíveis para execução de teleodontologia ainda são restritos, mas representam uma ferramenta fácil, viável e acessível, útil tanto para profissionais de saúde quanto para pacientes. Essa comunicação pode ocorrer por meio de aplicativos de mensagens instantâneas (WhatsApp, Telegram, Instagram, SMS, Messenger) e aplicativos de videochamada (Google Meet, Skype, Facetime, WhatsApp)³².

Um estudo publicado ³³ confirmou o uso do WhatsApp como suporte no diagnóstico bucal, em que 82% dos casos teleconsultados concordaram com o diagnóstico clínico-patológico, indicando ser uma opção a ser considerada para a teleodontologia. As teleconsultorias, síncronas ou não podem ser de grande utilidade, por permitir a discussão e solução de casos, desde os mais simples aos mais complexos ³⁴.

As teleconsultorias Odontológicas são realizadas em diversas áreas de especialidades, como patologia, cirurgia, pediatria, oclusão, periodontia, endodontia, ortodontia, geriatria, materiais, prevenção e farmacologia.

Há ainda o potencial da abrangência apresentado pelo exercício da educação permanente em saúde bucal usando de recursos à distância, sem que sejam necessários grandes investimentos em infra-estrutura, reunindo grande número de pessoas simultaneamente, com uma logística simples (computador e conectividade de internet, e, se necessário e possível, datashow)³⁵.

Contudo, algumas barreiras são encontradas na implantação e aderência dos profissionais ao Telessaúde. Um exemplo disso são as limitações tecnológicas. A baixa velocidade e sinal da conexão de internet, baixa qualidade de imagens geradas nos exames realizados nas unidades básicas de saúde e falta de experiência na utilização dos equipamentos para comunicação são problemas frequentemente relatados pelos profissionais ³⁶.

Existe também dificuldade por parte dos profissionais em admitir a necessidade de uma segunda opinião, bem como o desejo do paciente de ser encaminhado para um especialista, ou seja dificultando articulação matricial ³⁷.

A avaliação da percepção de profissionais da saúde, em relação ao uso de videoconferências no Telessaúde para resolução de dúvidas na atenção primária,

mostrou que a maioria dos profissionais não tiveram maiores problemas para se adaptarem à nova tecnologia e se tornaram gradualmente mais familiarizados com a tecnologia. Contudo, um número expressivo ainda apresenta limitações em utilizar todo o potencial das ferramentas. Nesse caso, os profissionais não receberam instruções sobre a utilização da tecnologia por técnicos, lidando diretamente com os equipamentos³⁸.

Para se melhorar a integralidade no cuidado da população com o uso do Telessaúde, é necessário que se busque uma adesão cada vez maior aos serviços que são oferecidos pelo programa e melhoria na conectividade das unidades de saúde^{39,40}.

Assim, é possível compreender que, embora os resultados ainda sejam em pequena quantidade, as equipes dos CEO em 2018 alcançaram maior participação nas ações de EPS em relação à 2014, a telessaúde se estabelece paulatinamente como potente ferramenta de apoio à atenção e à gestão do SUS na construção das redes de atenção à saúde bucal.

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO elencou ações passíveis de serem desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal dos CEO, o que não exclui ou pretere caminhos distintos de se alcançar a problematização do cotidiano laboral dos profissionais.

5 Conclusões

Todos os segmentos se beneficiam com a prática de ações de EPS: as equipes de saúde bucal, os usuários por serem atendidos de forma integral com profissionais atentos e atualizados e a gestão por monitorar e aperfeiçoar as equipes dos CEO.

A utilização da telessaúde nas diversas possibilidades exploradas neste artigo implica investimentos em infraestrutura, inclusive de padrões de informação e TICs em saúde capazes de garantir a interoperabilidade, sistemas, serviços, recursos

humanos e modelos de organização. Esses investimentos, que não se limitam ou são resolvidos apenas com recursos financeiros, implicam tempo para a sua constituição, particularmente em contextos tão diversos como o brasileiro, o que pode ser um limite para o atendimento do seu pleno potencial.

Como todo novo dispositivo, a telessaúde necessita ser continuamente avaliada e aperfeiçoada, pois apresenta um grande potencial para promover a gestão participativa, para fazer com que os trabalhadores se apropriem das políticas de saúde pública e para humanizar as relações de trabalho.

No entanto, há desafios com relação às estratégias para melhorar a participação de todos os atores envolvidos e para que estas se tornem mais resolutivas. Apesar disso, o incentivo à realização das ações de EPS parece ser um caminho para a construção da integralidade da atenção e instituição da gestão participativa nos serviços de saúde, onde os atores envolvidos podem "decidir juntos a melhor maneira de se fazer saúde".

REFERÊNCIAS

Krug SBF, Mocelin G, Magedanz MC, Oliveira BR de, Dubow C. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021;31(1).

Silva A das N, Santos AMG dos, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 Apr;20(4):1099–107.

Pinheiro GEW, Azambuja MS de, Bonamigo AW. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2018 Dec;42(spe4):187–97.

Queiroz DM de, Silva MRF da, Oliveira LC de. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014 Dec;18(suppl 2):1199–210.

Santos PF, Pedrosa KDA, Pinto JR. A Educação Permanente como ferramenta no trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2016 Nov 21;10(3):177.

Peres C, Silva RF da, Barba PC de SD. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016 Aug 15;14(3):783–801.

Miccas FL, Batista SHS da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2021 Sep 5];48:170–85. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n1/170-185/pt/>

Silva LAA da, Schmidt SMS, Noal HC, Signor E, Gomes IEM. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016 Dec;14(3):765–81.

Mello ALSF de, Andrade SR de, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 Jan;19(1):205–14.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30].

Goes PSA de, Figueiredo N, Neves JC das, Silveira FM da M, Costa JFR, Pucca Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(suppl):s81–9.

Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez F de L, Bulgareli JV, Ambrosano GMB, et al. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014 Dec;17(4):978–88.

Libardoni PJ, Galia RW, Silveira GE, Eidelwein T. *Revista Chilena de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*. 2021 Jun 24;12(23):49.

Silva MAM da, Trajano ETL, Gueiros RF, Mendes A de AJ. A caracterização da gestão da rede de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro pelo perfil regional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021;31(4).

Brasil. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União* 2007.

Mattos MP, Campos HMN, Gomes DR, Ferreira L, Carvalho RB de, Esposti CDD. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate* [Internet]. 2021 Mar 31;44:1277–99. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YyZgbjW8Q6SggHtJcDvvz9h/?lang=pt>

Souza RMP, Costa PP. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. *Saúde em Debate*. 2019 Aug;43(spe1):116–26.

Rézio L de A, Ceccim RB, Silva AKL da, Cebalho MT de O, Borges FA. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde Mental: uma pesquisa-intervenção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2022;26.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). National eHealth strategy toolkit. 2012. Disponível em:

<http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-E.pdf>.

Acesso em: 20 jan. 2023

Almeida TMC de, Santos RMM, Sampaio DMN, Vilela ABA. Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2019 Aug;43(spe1):77–85.

SILVA, AB Política pública, educação, tecnologia e saúde articuladas: como a telessaúde pode contribuir para fortalecer o SUS?. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Tese de doutorado, 2013

Dolny LL, Lacerda JT de, Natal S, Calvo MCM. Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23.

SCHMITZ, C. A. A. Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. 2015. 106 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Lucena BE de B, Diniz Junior J, Diniz RVZ. TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA DE APOIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE AS TELECONSULTORIAS EM CARDIOLOGIA. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde - ISSN:2236-1103*. 2015 May 8;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011

Rojano Rodríguez A, Rey Arrieta AD, Díaz Cardenas S. Teleconsulta en Odontología para paciente con síndrome de Down durante la pandemia por COVID-19: reporte de caso. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*. 2022 Jan 8;12(1).

Candido N, Marcolino A, Santana J de, Silva J, Silva M. Atendimentos não presenciais em fisioterapia durante a pandemia por COVID-19: uma reflexão sobre os desafios e oportunidades no contexto brasileiro. 2021 Apr 26;

Padilha EZ, Silva FR da S, Pontes FS. Segunda opinião especializada educacional no telessaúde brasil: uma revisão. Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saude. 2013;19(1):39–46

Eskenazi E de S, Martins M de A, Ferreira Junior M. Tele-educação e monitoria ativa no ensino da saúde bucal a estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2013 Jun;37(2):235–44.

Fonseca BB, Amenábar JM, Piazzetta CM, Schussel JL, et.al Diagnóstico à distância de lesões bucais com fotografias de smartphones. Revista associação paulista de cirurgiões dentistas. 2016 Fev; 70(1):52-7.

Correia AD da MS, Dobashi BF, Gonçalves CCM, Monreal VRFD, Nunes EA, Haddad PO, et al. Teleodontologia no programa nacional telessaúde Brasil redes: relato da experiência em Mato Grosso Do Sul. Revista da ABENO. 2014 Mar 17;14(1):17–29.

Telles-Araujo G de T, Caminha RDG, Kallás MS, Santos PS da S. Teledentistry support in COVID-19 oral care. Clinics (Sao Paulo, Brazil) [Internet]. 2020 Jun 12 [cited 2021 Aug 15];75:e2030. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32555951/>

Petruzzi M, De Benedittis M. WhatsApp: a telemedicine platform for facilitating remote oral medicine consultation and improving clinical examinations. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2020 May 14];121(3):248–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212440315013036>

Sarti TD, Almeida APSC. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2022 May 9 [cited 2022 May 15];38. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tVcMcH4ZvL95vYLw6HD4S5M/?lang=pt>

Bernardes ACF, Coimbra LC, Serra HO. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018 Nov 27 [cited 2021 Jan 3];42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386056/>

Peixoto RTR da C, Lucas SD. Programa de teleodontologia da UFMG. *Revista da ABENO*. 2013 Jun 26;11(1):71–5.

de Souza CHA, Morbeck RA, Steinman M, Hors CP, Bracco MM, Kozasa EH, et al. Barriers and Benefits in Telemedicine Arising Between a High-Technology Hospital Service Provider and Remote Public Healthcare Units: A Qualitative Study in Brazil. *Telemedicine and e-Health*. 2017 Jun;23(6):527–32.

Medeiros RHA de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2015 Dec;25(4):1165–84.

Oliviera DG de, Frias PG de, Vanderlei LC de M, Vidal SA, Novaes M de A, Souza WV de. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015 Nov;31(11):2379–89.

Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro G da R, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5).

5.3 ARTIGO 3

Ações de educação permanente desenvolvidas pelos centros de especialidades odontológicas do Brasil: associação com fatores sociodemográficos, socioeconômicos e cobertura de saúde bucal

Lucas Rafael Borges Santos¹ Petrônio José de Lima Martelli² Gabriella Morais Duarte Miranda³ José Eudes de Lorena Sobrinho⁴ Gabriela de Almeida Raschke Medeiros⁵

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFPE
<https://orcid.org/0000-0003-2257-3515>

²Área acadêmica de Saúde Coletiva, UFPE
<https://orcid.org/0000-0001-6920-6435>

³Área acadêmica de Saúde Coletiva, UFPE
<https://orcid.org/0000-0001-9588-6817>

⁴ Programa de pós graduação em Hebiatria, UPE
<https://orcid.org/0000-0001-7820-735X>

⁵ Núcleo de Pesquisa e Extensão em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC)
<https://orcid.org/0000-0002-7406-3210>

Autor correspondente: Lucas Rafael Borges Santos, UFPE - Programa de pós graduação em saúde coletiva, Av Prof Moraes Rego, s/n Hospital das Clínicas, Bloco E – 4º Andar
Cidade Universitária, CEP: 50.670-901 - Recife – PE. E-mail: lucaskofdt@gmail.com

Santos LRB, Martelli PJJ e Medeiros GAR participaram da concepção do estudo, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. Sobrinho JEL e Miranda GMD realizaram revisão crítica do artigo e sugestões para elaboração do manuscrito.

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse, atual ou potencial, de ordem financeira, pessoal ou institucional.

Resumo

Objetivo: Analisar relação entre ações de educação permanente (EP) desenvolvidas pelas equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas em 2014 e 2018 com variáveis contextuais dos municípios. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, exploratório. A variável dependente foram as ações de EP desenvolvidas pelos CEO do Brasil em 2014 e 2018, dados obtidos através da avaliação externa dos ciclos 1 e 2 do programa nacional de melhoria do acesso e qualidade (PMAQ-CEO). Constituíram variáveis independentes: IDHM, índice Gini, tipo de CEO, população dos municípios e cobertura de saúde bucal. Para testar associações foram utilizados qui quadrado, e teste exato de fisher, considerado nível de confiança em 95%. **Resultados:** A distribuição quantitativa dos CEO entre as macrorregiões brasileiras difere, existe maior predominância de CEO tipo II em todas as regiões. Os municípios que promoveram ações de EP possuíam em média IDH de 0,72 em 2014 e 0,70 em 2018, possuíam cobertura de saúde bucal (SB) de 52% em 2014 e 61% em 2018, cobertura de SB pela atenção básica de 62% (2014) e 76% (2018), possuíam índice Gini de 0,52 e 745 mil habitantes (2014), 718 mil habitantes (2018). Os municípios cujas ações de EP contemplaram as necessidades dos CEO possuíam em 2018, IDHM 0,69, 448 mil habitantes, 63% de cobertura de saúde bucal e 78% de cobertura pela atenção primária e 0,51 de índice Gini. **Conclusão:** A prática de EP ocorreu em todas as regiões do país, especialmente em municípios com IDH \geq 0,7, índice Gini 0,5 e cobertura de saúde bucal superior a 60%. Constatou-se utilização discreta da telessaúde, e a maioria das equipes relataram que as ações de EP desenvolvidas contemplaram as necessidades destes serviços.

Palavras-chave: educação permanente; atenção secundária à saúde; saúde bucal.

1 Introdução

Passados seus 30 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro continua a enfrentar obstáculos de diversas naturezas para cumprir sua missão enquanto política pública de Estado¹⁻⁴. Um dos setores que oportunamente se situam na agenda dos gestores é a gestão de pessoas.

Embora com diferentes estratégias e modelos, diversas iniciativas e programas específicos foram desenvolvidos ao longo do tempo como o Pró-Saúde, o PET-saúde, Provab, entretanto, todas tinham em comum um objetivo: a valorização profissional^{6,7,8}

Dentre os passos dados, a publicação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) constituiu um marco institucional em 2004, firmando o compromisso do Ministério da Saúde com a gestão dos recursos humanos no SUS⁹

Nos anos seguintes, por uma portaria específica de 2007, a PNEPS teve suas diretrizes dispostas e sua importância enquanto política pública fortalecida, e a garantia de aporte financeiro federal^{10,11}

Após uma década, através da publicação da Portaria 3.194 é reconhecido o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS, cujo objetivo é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho¹².

As equipes de saúde de todos os níveis de atenção devem ser contempladas a depender do planejamento e execução de atividades relacionadas, abordagens técnicas para fortalecimentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), aperfeiçoamento dos processos de trabalho, o diagnóstico local e a qualificação dos trabalhadores^{13,14}

Assim como, constitui-se primordial institucionalizar as práticas, iniciativas de contínuo acompanhamento, monitoramento e avaliação (útil e ética) no âmbito da gestão do SUS, a fim de que se consiga diagnosticar nós e se construa, priorize uma agenda estratégica.^{15,16}

Nesse contexto, este artigo, oriundo de uma dissertação de mestrado, tem por objetivo analisar as ações de educação permanente desenvolvidas pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em 2014 e 2018, período de avaliação externa realizada pelo Programa Nacional de Melhoria e acesso e qualidade dos CEO em seus dois ciclos e investigar associação entre fatores socioeconômicos, sociodemográficos dos municípios e de estrutura destes estabelecimentos.

2 Método

Estudo de natureza quantitativa de corte transversal, exploratório. Desenvolvido com dados secundários oriundos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) em seus dois ciclos, cuja coleta dos dados ocorreu nos anos de 2013 e 2017 e publicação nos anos posteriores: 2014 e 2018.

Foram elencadas as variáveis relacionadas à realização de ações de educação permanente pelas equipes das unidades, presentes no submódulo 17 do módulo II do instrumento de avaliação externa, em que respondem um cirurgião-dentista e um gestor, disponibilizadas no site: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>

Foram investigados os dados referentes aos CEOs de todas as macrorregiões brasileiras, totalizando 930 serviços em 2014 e 1042 em 2018. Foram excluídos os estabelecimentos que não aderiram ao PMAQ-CEO ou encontravam-se em reformas no período da coleta de dados da avaliação externa, e no caso do ciclo II do programa os CEO que não obtiveram certificação (garantia de cumprimento de padrões mínimos de qualidade para funcionarem).

As variáveis relacionadas às ações de educação permanente selecionadas estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Ações de educação permanente (EP) elencadas na avaliação externa do PMAQ- CEO.

Variáveis
O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?
Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
Cursos presenciais
Cursos à distância
Telessaúde
Troca de Experiência
Tutoria/preceptoria
Segunda opinião Formativa
Telediagnóstico
Teleconsultoria

Tele-educação
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?

As variáveis exploratórias utilizadas foram as socioeconômicas e de provisão de serviços odontológicos, incluindo a cobertura das equipes de saúde bucal e equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família.

Quadro 2 – Variáveis exploratórias

Indicadores socioeconômicos e demográficos:	Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM)
	Índice de Gini (GINI)
Indicadores de provisão de serviços odontológicos	Proporção da população coberta por equipe de saúde bucal (COBESB)
	Proporção da população coberta por equipe de saúde bucal no Programa de Saúde de Família (COBESBPSF)
Indicadores estruturais	Tipo de CEO (I,II ou III)

Indicadores socioeconômicos e demográficos: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); Índice de Gini (GINI), que mede o padrão de distribuição de renda em uma população; população residente no município. As variáveis socioeconômicas e demográficas foram obtidas por meio do TABNET/DATASUS; IBGE.

Indicadores de provisão de serviços odontológicos: Proporção da população coberta por equipe de saúde bucal (COBESB); Proporção da população coberta por equipe de saúde bucal no Programa de Saúde de Família (COBESBPSF): obtida através do consolidado do Sistema de Informações em saúde para Atenção Básica – SISAB através da plataforma e-gestor AB.

Indicadores estruturais dos CEO: Tipo de CEO (I,II ou III) - Diz respeito à quantidade de cadeiras odontológicas, 3, 4 a 6 e 7 ou mais cadeiras, respectivamente. Dados obtidos através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Os dados foram tabulados em excel e exportados para o SPSS versão 20. Foi realizado teste de normalidade kolmogorov-smirnov constatando distribuição normal dos dados, e para testar associação entre as variáveis foram realizados os testes qui quadrado de pearson, Mann Whitney e o exato de Fisher.

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo apenas dados de domínio público em que não há identificação dos participantes, não houve necessidade de submissão ao CEP/CONEP.

3 Resultados

“Observa-se que houve um crescimento entre o número de CEOs no território brasileiro, quando analisados os anos de 2014 e 2018. Além disso, percebem-se diferenças entre as macrorregiões do país, com destaque para a região Norte, que possui a menor proporção de estabelecimentos do tipo I e III e a região Centro-Oeste, com menor participação entre as unidades do tipo II (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos CEO de acordo com seu tipo, pelas macrorregiões brasileiras.

Região	CEO tipo I				CEO tipo II				CEO tipo III			
	2014		2018		2014		2018		2014		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	2		2		2		2		1		1	
	3	6,7	3	5,6	4	5,1	8	5,6	2	0	2	9,0
Nordeste	1		1		1		1		5		5	
	4	41,	8	44,	6	34,	7	34,	5	4	5	
Sudeste	2	4	3	5	2	7	1	4	1	3	4	40,6
	11	32,	1	30,	1	42,	2	41,	2	2	3	
Sul	2	7	2	4	9	4	0	4	7	3	3	24,8
	5	15,	6	15,	4	10,	5	10,	1	1	1	
Centro-oeste	2	2	2	1	7	1	1	3	8	5	9	14,3
	1		1		3		4		1		1	
Total	4	4,1	8	4,4	6	7,7	1	8,2	2	0	5	11,3
	3		4		4		4		1		1	
Total	4	100	4	100	6	100	9	100	2	0	3	
	3	,0	11	,0	7	,0	7	,0	0	0	3	100,0

Fonte: autoria própria

A média de IDH dos municípios que foram avaliados foi de 0,72 para 2014, e 0,70 para 2018. A população estimada em média foi de 659 mil habitantes para 2014 e 640 mil hab. para 2018, variando entre 1389 e 12.176.866 habitantes (quadro 3).

A cobertura de saúde bucal dos municípios foi de 53% em média em 2014, e 59% em 2018; já a cobertura de saúde bucal pela equipe de saúde bucal da atenção básica foi 63% (2014) e 75% em média para 2018. O índice Gini dos municípios foi em média 0,52 para os avaliados em 2014 e 2018 (quadro 3).

Quadro 3 - Características sociodemográficas e dados de cobertura de saúde bucal (SB) dos municípios onde estão localizados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Medidas de Tendência Central	IDHM		População		Cobertura de saúde bucal (%)		Cobertura SB pela Atenção Básica (%)		GINI	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Média	0,72	0,7	659.938,54	640.503,53	53,29	59,71	63,35	75,75	0,529	0,523
Desvio padrão	0,08	0,7	2.089.494,80	2.098.857,20	35,24	35,38	30,45	26,76	0,062	0,066

Fonte: autoria própria

O quadro 4 apresenta a associação entre as variáveis de Educação Permanente e as variáveis socioeconômicas e demográficas, de provisão de serviços e estruturais. Percebe-se a associação positiva entre as variáveis “Cursos presenciais”, “Troca de experiência”, “Telediagnóstico”, “Teleconsultoria” e “Essas ações de EP contemplam as demandas do CEO” e variáveis contextuais dos municípios.

Quadro 4 – Associação entre as variáveis de Educação Permanente e as variáveis socioeconômicas e demográficas, de provisão de serviços e estruturais.

Variáveis	IDHM		População		Cobertura de saúde bucal		Cobertura SB pela Atenção Básica		GINI		Tipo de CEO	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
O município promove ações de EP que incluam os CEO?	0,15	0,81	0,132	0,274	0,588	0,001*	0,473	0,18	0,79	0,904	0,595	0,314
Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão	0,165	0,89	0,418	0,48	0,41	0,226	0,461	0,054*	0,73	0,234	0,865	0,677
Cursos presenciais	0,02*	0	0	0	0	0	0,011*	0	0,92	0,9	0	0
Cursos à distância	0,733	0,49	0,198	0,76	0,721	0,94	0,528	0,321	0,09	0,002*	0,528	0,359
Telessaúde	0	0,015	0,467	0,114	0,089	0,112	0,86	0,11	0,5	0,024	0,351	0,235
Troca de Experiência	0,618	0,03*	0,09	0,02*	0,01*	0,006*	0,005*	0	0,17	0,262	0,565	0,151
Tutoria/preceptoria	0,4	0,118	0	0,385	0,303	0,677	0,144	0,767	0,2	0,899	0,01*	0,844
Segunda opinião Formativa	0,237	0,964	0,092	0,578	0,383	0,905	0,256	0,132	0,77	0,766	0,259	0,028*
Telediagnóstico	0,01*	0,23	0,183	0,233	0,05*	0,343	0,037*	0,036	0,38	0,917	0,889	0,543
Teleconsultoria	0,481	0,273	0,01*	0,126	0,05*	0,601	0,022*	0,167	0,23	0,408	0,57	0,648

Tele-educação	0,9 03	0,6 16	0,3 2	0,3 41	0,2 28	0,804	0,088	0,678	0,7	0,13 8	0,7 82	0,861
Essas ações de EP contemplam as demandas do CEO?	0,0 94	0,7 41	0,0 1*	0,1 06	0,0 1*	0,231	0,001*	0,038	0,1 1	0,01 2*	0,0 3*	0,988

Entre os dois ciclos de avaliação do PMAQ observou-se um aumento do número de CEO desenvolvendo atividades de EP. Em 2014, 50% dos CEO não realizavam ações de EP, situação diferente de 2018 onde 68,4% atestaram realizar tais ações.

A região norte em ambos os ciclos do PMAQ apresentou menor índice de realização de ações de EP, o que traz para o debate uma questão de provável hábito cultural organizacional das equipes dos CEO desta região.

Cursos presenciais e troca de experiências/discussão de casos foram as ações realizadas pelas equipes que se associaram positivamente com o IDHM, cobertura de saúde bucal e cobertura de SB pela atenção básica.

A prática de telessaúde apenas obteve relação com IDHM no primeiro ciclo do programa. Das ações de telessaúde desenvolvidas, teleconsultoria e telediagnóstico obtiveram associação positiva com respectivamente: cobertura de saúde bucal e cobertura pela atenção básica, telediagnóstico ainda obteve relação estatística com IDHM e teleconsultoria com a estimativa populacional dos municípios.

Os CEO que atestaram que as ações de EP contemplam as necessidades do serviço dentre as variáveis contextuais dos municípios apenas não obtiveram associação positiva com IDHM.

Quadro 4 - Média e valores mínimo e máximo das variáveis exploratórias (GINI, IDHM, População e cobertura de saúde bucal) dos municípios cujo CEOs responderam “sim” para prática de ações de EP, para prática de telessaúde e satisfação das necessidades dos serviços

Variáveis		IDHM		População		Cobertura de saúde bucal (%)	
		2014	2018	2014	2018	2014	2018
O município promove ações de educação o	Sim	0,72852	0,70075	745564,68	718418,77	52,462	61,971
		min	min	min 5743	min 1389	7	2
		0,524	0,519	max	max	min 0	min 0
		max	max	11821873	12176866	max 100	max 100

permanente que incluem os profissionais do CEO?								
Telessaúde	Sim	0,76436 min 0,575 max 0,837	0,68703 min 0,531 max 0,845	933338,22 min 12341 max 11821873	353529,10 min 1389 max 12176866	61,648 7 min 3,02 max 100,00	65,664 7 min 0 max 100	
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?	Sim, totalmente	0,71603 min 0,524 max 0,837	0,69838 min 0,519 max 0,847	190820,57 min 5743 max 6429923	448301,74 min 1389 max 12176866	60,718 1 min 0 max 100	63,259 4 min 0 max 100	
	Sim, parcialmente	0,73232 min 0,525 max 0,862	0,70232 min 0,520 max 0,862	933315,55 min 7764 max 11821873	875054,86 min 2361 max 12176866	49,183 9 min 0 max 100	61,831 6 min 0 max 100	

Variáveis		Cobertura SB pela Atenção Básica (%)		GINI	
		2014	2018	2014	2018
O município promove ações de educação permanente que incluem os profissionais do CEO?	Sim	62,4252 min 0 max 100	76,8585 min 0 max 100	0,5296 min 0,36 max 0,69	0,5228 min 0,35 max 0,68
Telessaúde	Sim	70,3380 min 10,27 max 100,0	65,6647 min 0 max 100	0,5224 min 0,41 max 0,64	0,5140 min 0,37 max 0,65

Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?	Sim, totalmente	71,0539 min 7,74 max 100	78,5117 min 0 max 100	0,5186 min 0,39 max 0,68	0,5151 min 0,35 max 0,67
	Sim, parcialmente	59,5384 min 0 max 100	76,6118 min 0 max 100	0,5346 min 0,4 max 0,69	0,5276 min 0,39 max 0,68

4 Discussão

A maior parte dos estudos avaliativos sobre os CEO do Brasil buscam inferir dados sobre a produção desenvolvida por estes centros, utilizando o indicador cumprimento global de metas ^{17,18}. Tais estudos mostram que há uma considerável proporção de CEO com desempenho insatisfatório ou ruim quanto ao cumprimento das metas de produção ambulatorial propostas, tendo desempenho desfavorável os municípios com menor população e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), evidenciando o baixo desempenho em populações de maior vulnerabilidade. Tal associação foi encontrada tanto em nível nacional ¹⁹ quanto em estudos no nível estadual ²⁰⁻²²

O estudo desenvolvido por Ceissler ²³ analisou padrões de qualidade referentes a relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas (CD) em CEO do Brasil através de dados do 1º ciclo do PMAQ e constatou que a relação entre a garantia de atividades de Educação Permanente com o Cumprimento Global de Metas apresentou significância estatística, onde o desempenho ótimo também foi observado nos estabelecimentos que promovem estas atividades.

Estudo que buscou através de dados do PMAQ-AB ciclo II, analisar em quais ações de EP cirurgiões dentistas (CD) que atuam nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na região Norte do Brasil se inserem ²⁴ constatou que o tipo de vínculo pode influenciar na compreensão e execução de ações de EP gerando instabilidade profissional e pouca interação com o sistema de saúde.

Ou seja, vínculos do tipo 'temporário-prestação de serviço' é o mais desfavorável para os profissionais uma vez que não resguarda seus direitos trabalhistas e os colocam ainda à mercê das mudanças políticas. Entretanto, as indicações são métodos rotineiros de contrato em alguns municípios para o trabalho na ESF. Isso pode contribuir para a inserção de profissionais sem experiência de atuação na Atenção Básica ²⁴

Nesse sentido, a possibilidade de estudo, a partir dos dados do PMAQ-CEO, permitiu observar a situação do trabalho e do trabalhador de saúde, inclusive as relações laborais vigentes, na Atenção secundária.

Considera-se importante para o planejamento da força de trabalho a percepção do trabalhador sob o seu trabalho, que é essencial para garantir a condução do sistema de saúde ²⁵, pois esse é coparticipante nas ações e decisões e pode favorecer estratégias específicas para a gestão em saúde local.

Desta maneira, reconhecer os processos da dinâmica da gestão do trabalho que perpassa pela educação ao trabalhador do SUS propõe à gestão em saúde ampliar estratégias que possam ser transformadoras das práticas de saúde ^{26,27}.

Para a qualificação da atenção, apresenta-se imprescindível a atuação do gestor como articulador e facilitador dos processos, além de um importante indutor do financiamento, em um modelo de gestão que busque conciliar todos os atores envolvidos na discussão dos contextos, para a definição das demandas educacionais relacionadas aos problemas reais do cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, a educação permanente configura-se como ferramenta de grande importância para a gestão, especialmente no nível local, podendo ser favorecida pelo apoio institucional, dentre outros dispositivos ²⁸.

É evidente que existem dificuldades para associar o exercício da educação permanente com a realidade no cotidiano dos serviços de saúde, em seus processos de trabalho. Faz-se necessário, assim, repensar a construção coletiva, a democratização na construção da corresponsabilidade, a ampliação da qualidade de análise da realidade e a elaboração do aprendizado no cotidiano dos serviços de saúde.

Para tanto, é preciso superar a cultura da educação fragmentada e dissociada da realidade, enxergando o cotidiano como um espaço rico de possibilidades para se produzir aprendizado e transformações importantes para a mudança de modelo assistencial ²⁹.

Como implicações para a prática, indica-se que a educação permanente é um campo que carece de investimentos no Brasil. Não se pode ser vista somente como ferramenta de organização do sistema de saúde ou estratégia para remodelar o processo de trabalho, com a realização de cursos ou ações educacionais pontuais, restrita a momentos formais instituídos. Ela deve ser entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento para lidar com o mundo ²⁹.

A EPS pautada em concepções freireanas tem como característica principal a transformação da realidade, com a possibilidade de construção do cuidado qualificado. Destaca-se que a pedagogia de Paulo Freire serviu como referencial teórico da PNEPS pela sua relação com a formação permanente dos profissionais, a partir da problematização da realidade cotidiana ³⁰.

A proposta de Paulo Freire segue com as necessidades do SUS, uma vez que considera o indivíduo como um agente ativo, que necessita ser empoderado e reconhecido como figura central ³⁰.

O Brasil é um país de dimensões continentais e os determinantes e condicionantes da saúde, bem como os serviços de saúde, não são equânimes nas macrorregiões brasileiras ^{31,32}.

Sendo assim, diante da diversidade de tipos de vínculo dos trabalhadores de saúde do SUS, há a necessidade de saber se o processo de trabalho que envolve estas equipes oportuniza o desenvolvimento da valorização profissional e aperfeiçoamento das práticas, de forma reflexiva e crítica, o que somente é possível por meio da avaliação dos serviços oferecidos à população, como uma prática rotineira e continuada nos diversos setores da saúde para o diagnóstico do serviço, objetivando que o acesso e os padrões adequados de qualidade sejam equivalentes nos diferentes municípios, estados e regiões do País.

Vale salientar que “a educação permeia todas as fases da vida do homem, sendo imprescindível nas relações pessoais, sociais e políticas”. Por conseguinte, quando bem planejada e desenvolvida, a educação é capaz de produzir mudanças positivas nos ambientes de trabalho, no sentido de efetivar ações para o enfrentamento dos desafios gerados no trabalho diário.

6 Considerações Finais

No presente estudo, evidenciou-se a predominância de avaliação positiva das equipes e da gestão quanto à EP, no entanto, constata-se uma melhora evidente quando comparados os anos de 2014 e 2018 na participação das equipes e consequentemente no padrão de qualidade que se deseja alcançar, sugerindo que a EP ainda não se efetivou no cotidiano dos profissionais, muito embora haja avanços.

Os municípios que promoveram ações de EP incluindo profissionais do CEO possuíam em média IDH de 0,72 em 2014 e 0,70 em 2018, possuíam cobertura de saúde bucal em torno de 52% em 2014 e 61% em 2018, cobertura de saúde bucal pela atenção básica de 62% (2014) e 76% (2018), possuíam índice Gini de 0,52 e 745 mil habitantes (2014), 718 mil habitantes (2018).

Nota-se que o eixo de desenvolvimento do PMAQ-CEO, por meio de processo avaliativo, permite reflexões na equipe de saúde para a importância da EP para o trabalho em saúde. Esse achado é corroborado pelos resultados satisfatórios de desenvolvimento das ações e garantia de formação pelas respectivas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Faz-se fundamental o reconhecimento do PMAQ-CEO como programa indutor de uma prática de avaliação e monitoramento da atenção especializada coerente com o estabelecimento de padrões mínimos de qualidade para garantir o acesso e qualificar a atenção em saúde oferecida à população.

Contribuição dos autores

Santos LRB - Conceitualização, Metodologia, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Rascunho Original e Redação.

Martelli PJJ - Conceitualização, Metodologia, Investigação Revisão e Edição, Visualização, Supervisão.

Medeiros GAR - Conceitualização, Metodologia, Investigação Revisão e Edição, Visualização, Supervisão.

Sobrinho JEL - Revisão e Edição, Visualização, Supervisão.

Miranda GMD - Revisão e Edição, Visualização, Supervisão.

Apoio Financeiro

Pró-reitoria de pós graduação(PROPG) da UFPE, edital nº 9/2023 – processo 23076.050983/2023-44

Conflito de interesse

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse, atual ou potencial, de ordem financeira, pessoal ou institucional.

Disponibilidade de dados

Os dados usados para apoiar os resultados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

REFERÊNCIAS

PAIM, J. S.. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(6), jun. 2018.

SANTOS, L., SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 22 Fevereiro 2023] , pp. 2043-2050. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>>.

SANTOS, N. R., SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 22 Fevereiro 2023] , pp. 1729-1736. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>.

SILVA, J. A. A; COSTA, E. A; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 22 Fevereiro 2023] , pp. 1953-1961. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>>.

LOPES, L.T.; BARROS, F.P.C. Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 277-289, 2022.

ALMEIDA, R.G.S.; TESTON, E.F.; MEDEIROS, A.A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 97-105, 2019.

DE SANTANA, A.F. et al. Do PROVAB ao Programa Mais Médicos: caminhos percorridos no estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 247-257, 2022.

SILVA, M.A.M.; AMARAL, J.H.L.; SENNA, M.I.B.; FERREIRA, E.F.; O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface** (Maynooth). 2012;16(42):707-17. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300010>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 198-GM, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de fevereiro de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1996-GM, 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da política nacional de educação permanente

em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de agosto de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200 GM, 14 de setembro de 2011. Recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 de setembro de 2011

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3194 GM, 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de novembro de 2017.

BARWALDT, C.K. A Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS. Dissertação de mestrado. 2019.

BERALDI, M.L. et al. Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido por seus trabalhadores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310112, 2021.

FRANÇA, T.; RABELLO, E.T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 106-115, 2019.

SILVA, C.B.G.; SCHERER, M.D.A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190840, 2020.

SILVA, H.E.C.; GOTTEMS, L.B.D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciênc Saúde Colet** 2017; 22:2645-57

MACHADO, F.C.A.; SILVA, J.V.; FERREIRA, M.A.F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc Saúde Colet** 2015; 20:1149-63

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA, J.G.A., et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad Saúde Pública** 2012; 28 Suppl:S81-9.

THOMAZ, E.B.A.F.; SOUSA, G.M.C.; QUEIROZ, R.C.S.; Coimbra LCC. Evaluating productivity targets achievement in Dental Specialty Centers from Maranhão State, Brazil, 2011. **Epidemiol Serv Saúde** 2016; 25:807-18.

SANTANA, D.A.; SANTOS, L.P.S.; CARVALHO, F.S.; CARVALHO, C.A.P.; Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad Saúde Colet** (Rio J.) 2015; 23:261-7.

FREITAS, C.H.S.M.; LEMOS, G.A.; PESSOA, T.R.R.F.; ARAÚJO, M.F.; FORTE, F.D.S. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde Debate** 2016; 40:131-43.

CEISSLER, C.A.S. Análise das relações e condições de trabalho nos centros de especialidades odontológicas do Brasil. 2019. Dissertação de Mestrado. **Universidade Federal de Pernambuco.**

EMMI, D.T.; DE LIMA, Z.S.; MIRANDA, M.S.L. Perfil do cirurgião dentista das equipes de saúde bucal e inserção em ações de educação permanente na Região Norte do Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 67, 2021.

RIZZOTTO, M.L.F.; GIL, C.R.R.; CARVALHO, M.; FONSECA, A.L.N.; SANTOS, M.F. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate.** 2014;38(spe):237-51.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018>

BARBOSA L.G.; DAMASCENO, R.F.; SILVEIRA D.M.M.L.; COSTA, S.M.; LEITE, M.T.S. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cad Saude Colet.** 2019;27(3):287-94.
<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030084>

SEIDL, H.; VIEIRA, S.P.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, R.C.D.; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate.** 2014;38(spe):94-108.
<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab Educ Saúde** [Internet]. 2014 mai/ago; [cited 2017 Mar 20]; 12(2):425-41. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R. DE .; SILVA, K.L.. Permanent professional education in healthcare services. **Esc. Anna Nery**, 2017 21(4), p. e20160317, 2017.

MATTOS, M.P. et al.. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 44, n. **Saúde**

debate, 2020 44(127), p. 1277–1299, out. 2020.

SALIBA, N.A.; NAYEME, J.G.R.; MOIMAZ, S.A.S.; CECILIO, L.P.P.; GARBIN, C.A.S. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev Odontol da UNESP**. v. 42, n. 5, p. 317-323, 2013.

BALDANI, M.H.; RIBEIRO, A.E.; GONÇALVES, J.R.S.N.; DIETTERICH, R.G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Rev Saúde e Debate**. v. 42, n. spel, p. 145-162, 2018

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu identificar um panorama das relações e processo de trabalho na atenção especializada em Saúde Bucal do Brasil. Após quase 20 anos da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, pôde-se observar que apesar de importantes avanços em termos de expansão, a ausência de diretrizes específicas que envolvam a valorização profissional e a força de trabalho pode influenciar no desenvolvimento de ações de educação permanente nos serviços.

As equipes dos CEO desenvolveram ações de educação permanente em 2014, entretanto de forma mais discreta, houve maior adesão das equipes em 2018, em que percebe-se maior participação em cursos presenciais, à distância, seminários, assim como uma tímida utilização da telessaúde, seja para teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.

A prática de EP ocorreu em todas as regiões do país, especialmente em municípios com IDH $\geq 0,7$, índice Gini 0,5 e cobertura de saúde bucal superior a 60%. Constatou-se utilização tímida da telessaúde, devendo ser mais estimulada, e a maioria das equipes relataram que as ações de EP desenvolvidas contemplaram as necessidades e demandas destes serviços.

Os achados deste estudo reforçam a evidência que indica uma considerável participação dos CEO em ações de educação permanente, a ser explorada a telessaúde. De fato, os resultados reforçam a necessidade de incentivo às ações de educação permanente. Resta destacar a importância de avaliações institucionais periódicas a fim de que se alcance qualidade na prestação de serviço em saúde bucal no SUS.

Assim, evidencia-se a necessidade de mais estudos sobre o tema, uma vez que é através da pesquisa científica que se constrói bases para diagnóstico dos processos, situações, relações e se subsidia o planejamento dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. **Cadernos de saúde pública**, v. 8, n. 4, p. 361-365, 1992.

BARBOSA, Aldenísia Alves Albuquerque. **A Educação Permanente em Saúde sob a Ótica de Cirurgiões-Dentistas**. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/260d10816206ae1024d3480033ff9fae.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 mar. 2006a, p. 51, Seção 1

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 3 out.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A formação superior dos profissionais de saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2012. p. 885-910.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1489-1500, 2017.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 373-383, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1005-1013, 2010.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.

CONDESSA, Aline Macarevich et al. Specialized dental care for people with disabilities in Brazil: profile of the Dental Specialty Centers, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018154, 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Revue d'Epidémiologie et de**

Santé Publique, Paris, v. 48, p. 517-538, 2000. Disponível em: https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/publication_202.pdf.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 705-711, 2006.

COSTA, Patrícia Pol. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5260/2/1050.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021.

DE ARAÚJO, Andrey Rennato et al. Prevalência de sintomas das Disfunções Temporomandibulares nos pacientes atendidos no CEO de Palmares-PE. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 30556-30567, 2021.

DE MOURA SANTOS, João Gabriel; SIMONATO, Luciana Estevam. Or o1o-Levantamento epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer bucal no Serviço de Estomatologia do Centro de Especialidades Odontológicas de Fernandópolis/SP. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 6, 2017.

DE SOUSA ALMEIDA, Janaína Rocha 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

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1613-1624, 2013.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal. 2004

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press, 2002.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

EHLERT, Valéria Rozales; LUISI, Simone Bonato. Perfil dos usuários e dos atendimentos na especialidade de Endodontia do CEO-UFRGS entre 2016 e 2017. **Revista da ABENO**. Vol. 19, n. 2 (2019), p. 22-32, 2019.

FELISBERTO, E.. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553–563, jul. 2006.

FELISBERTO, Eronildo et al. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde debate**. 2017; 41(esp):387-399.

FERRAZ, Fabiane et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino serviço. **Ciênc. Saúde Colet**. 2013; 18(6):1683-1693.

FERRAZ, Lucimare; VENDRUSCOLO, Carine; MARMETT, Sara; Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Baiana de Enferm**. 2014; 28(2):196-207.

FERREIRA, Jéssica et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde soc**. 2018; 27(1):69-79.

FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Márcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação!. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 14-16, 2004.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 259-267, Feb. 2009 .

FRANÇA, Tania; PIERANTONI, Celia; BELISÁRIO, Soraya et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Atas-Investig. Qualit. Saúde**. 2016; 2:66-75

FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saude Debate**. 2019; 43 Spe 1:4-7.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 108 [Acessado 29 Abril 2021] , pp. 131-143.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s81-s89, 2012

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GOULART, Wagner Scherrer Lemgruber; DOS SANTOS NETO, Edson Theodoro; DEGLI ESPOSTI, Carolina Dutra. A educação permanente e sua influência na micropolítica do trabalho em saúde bucal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. ág. 107-122, 2019.

GONÇALVES, Cláudia Brandão et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 12-23, 2019.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HATRY, Harry P. Sorting the relationships among performance measurement, program evaluation, and performance management. **New Directions for Evaluation**, v. 2013, n. 137, p. 19-32, 2013.

LAROQUE, Mariane Baltassare; FASSA, Ana claudia Gastal e CASTILHO, Eduardo Dickie de; Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2015, v. 24, n. 3 [Acessado 29 Abril 2021] , pp. 421-430

LIMA, Ana Carolina Silva de et al. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, 2010.

MACÊDO, Neuza Buarque; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti, MEDEIROS, Kátia Rejane de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**. 2014; 12(2):379-401.

MACIEL, Jacques Antonio Cavalcante et al. Educação permanente em saúde para o cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

MACIEL, Jacques Antonio Cavalcante et al. Discurso do sujeito coletivo das concepções sobre educação permanente em saúde de gestores e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 7, n. 13, p. 117-134, 2019.

MAGALHÃES, Maria Beatriz Pires de et al. Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4643-4654, 2019.

MARQUES, Paulo Leonardo Ponte et al. Análise de desempenho de Centro de Especialidades Odontológicas Regional no Ceará, Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 3, 2017.

MERHY, E. E.; *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, L. C.; CECCIM, Ricardo Burg. Permanent education in health: a strategy for acting upon the micropolitics of the work in health. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2006.

MERHY, Emerson Elias et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituto nas redes-Livro 1. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituto nas redes-Livro 1**. 2016. p. 448-448.

NARVAI, Paulo Capel. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde Soc.** 2013; 22(4):1094-1105.

NIELSEN, Steffen Bohni; HUNTER, David EK. Challenges to and forms of complementarity between performance management and evaluation. **New Directions for Evaluation**, v. 2013, n. 137, p. 115-123, 2013.

Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CSP29/10: estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, DC: OMS/OPAS; 2017.

PANDOLFO, Mariana Travi. CEO-Endodontia da UFRGS: um estudo transversal sobre a prevalência de atendimentos, características dos pacientes e documentação dos prontuários clínicos. **Rev. ABENO**, v. 15, n. 4, p. 67-77, 2015

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation. **The new century text**. London: SAGE Publications, 1997.

PINTO, Elzimar Evangelista Peixoto et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, educação e saúde**, v. 8, n. 1, p. 77-96, 2010.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira et al. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 7 [Acessado 29 Abril 2021] , pp. 2235-2244.

PISCO, Luis Augusto. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

PUCCA-JUNIOR, Gilberto Alfredo; COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res**. 2009 Jun;23 Suppl 1:9-16.

RIOS, Luiza Rahmeier Fietz; COLUSSI, Claudia Flemming. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018351, 2019.

ROSSI, Thais Régis Aranha; CHAVES, Sônia Cristina Lima. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 188-201, 2017

SALIBA, Nemre Adas et al . Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 42, n. 5, p. 317-323, Oct. 2013

SARRETA, Fernanda de Oliveira. A implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. In: SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Perspectivas da Educação Permanente em Saúde**. São Paulo: Unesp, 2009. p. 169-183.

SCHUEIGART, Marina Girardi. **Avaliação do desempenho da Estomatologia em um Centro de Especialidade Odontológica : análise de 1.039 prontuários**. 2017. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Estomatologia, Residência Integrada em Saúde Bucal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/174844>. Acesso em: 04 maio 2021.

SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190840, 2020.

SOUZA, Georgia C. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de salud pública**, v. 17, p. 416-428, 2015.

SOUZA NETO, Francisco Calazans de. Procedimentos endodônticos realizados nos centros de especialidades odontológicas da Bahia. 2018.

THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca et al . Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 807-818, Dec. 2016