



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Laboratório de Telessaúde

Cláudia Botelho de Oliveira

**Estudo comparativo entre metodologia presencial e a distância: o caso da
educação permanente em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde**

Rio de Janeiro

2018

Cláudia Botelho de Oliveira

Estudo comparativo entre metodologia presencial e a distância: o caso da educação permanente em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Maria Pereira Rendeiro

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

O48 Oliveira, Cláudia Botelho.

Estudo comparativo entre metodologia presencial e a distância: o caso da educação permanente em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde / Cláudia Botelho de Oliveira. – 2018.

75 f.

Orientadora: Márcia Maria Pereira Rendeiro.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Laboratório de Telessaúde. Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde.

1. Saúde bucal - Teses. 2. Ensino a distancia - Teses. 3. Educação permanente - Teses. 4. Agentes comunitários de saúde- Teses. 5. Saúde da família - Estratégia – Teses. I. Rendeiro, Márcia Maria Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 616.314-084

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cláudia Botelho de Oliveira

Estudo comparativo entre metodologia presencial e a distância: o caso da educação permanente em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 1 de março de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Márcia Maria Pereira Rendeiro (Orientadora)

Universidade Aberta do SUS - UERJ

Prof.^a Dra. Renata Rocha Jorge

Faculdade de Odontologia - UERJ

Prof.^a Dra. Caren Serra Bavaresco

Universidade Luterana do Brasil

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como as minhas demais conquistas, a Deus, a meus pais Miriam e Nelson, a meu esposo Paulo e a meus filhos Ana Paula, Guilherme e Gustavo, meus melhores e maiores presentes.

AGRADECIMENTOS

A meu esposo Paulo e a meus filhos Ana Paula, Guilherme e Gustavo. Por tudo que representam na minha vida, por todo o incentivo e o carinho e por acreditarem em mim, às vezes mais que eu mesma.

Aos meus pais Miriam e Nelson, sempre presentes em todos momentos e constante fonte de inspiração e motivação

À Miriam, mais que auxiliar, amiga e incentivadora, sempre pronta a embarcar em meus projetos. Parceira ímpar nesta conquista.

À minha orientadora, Márcia Rendeiro, por toda a colaboração e o incentivo, antes mesmo da entrada no mestrado.

À amiga, desde a infância, e hoje pesquisadora Inês Rugani, por toda a ajuda nas questões estatísticas e o apoio. Sua ajuda sempre pronta foi fundamental e muito prazerosa.

À amiga e supervisora Norma S. Pontes, exemplo de dedicação e confiança no SUS, sempre disposta a ajudar, viabilizar e acrescentar. Seu exemplo é sempre inspirador.

À professora Vera Soviero, exemplo de professora e pesquisadora, disponível e interessada, apesar de todas as suas atribuições.

À minha equipe do PSF Pedras Brancas, que entendeu desde o início minha proposta e eventuais ausências. Especialmente às ACS, que me permitiram realizar laboratórios e serviram de elo de comunicação com os demais ACS. Obrigada pela confiança, meninas.

Ao meu supervisor Osvaldo, pela compreensão e carinho, e aos demais profissionais do DAB da Secretaria Municipal de Saúde, por todo o suporte necessário.

À professora Alexandra Monteiro, mais que diretora do curso, por seu empenho e dedicação, que nos permitiu continuar apesar de todas as adversidades.

À Equipe do Laboratório de Telessaúde da UERJ, pela colaboração atenciosa na gravação dos conteúdos.

A toda a turma que, apesar da distância, criou laços e foi fonte de apoio inestimável nos momentos mais difíceis.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

OLIVEIRA, Cláudia Botelho. *Estudo Comparativo entre metodologia presencial e a distância: educação permanente em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde*. 2018. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Telemedicina e Telessaúde) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A atual política de atenção primária à saúde no país é baseada, em grande parte, na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Na Estratégia, compreende-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, contribuindo para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde. Seu trabalho deve ser articulado ao dos demais membros da equipe e, para o amplo aproveitamento de suas funções, faz-se necessário que os mesmos sejam constantemente treinados e capacitados em toda a ampla gama de assuntos envolvidos em sua rotina de trabalho, incluindo-se todas as questões relacionadas aos cuidados e promoção da saúde oral. Considerando-se que a meta do Programa Telessaúde Brasil Redes é melhorar a qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ampliação da capacitação das equipes de saúde da família, nos parecem claras as potencialidades na utilização do Telessaúde para capacitação dos ACSs, objetivando contribuir para a melhoria da qualidade da saúde bucal da população a partir da promoção/educação em saúde. Para aferirmos estas potencialidades, elaboramos um curso relacionado à temática Saúde Bucal, que foi oferecido na modalidade a distância e na modalidade presencial. Utilizamos questionários para avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) pré e pós curso. Os ACSs em atuação no Município de Petrópolis (RJ) foram convidados e aceitaram participar do estudo e foram organizados em dois grupos: presencial e a distância. Os dados colhidos foram analisados e foram estabelecidos padrões de comparação para avaliação dos resultados do treinamento no conhecimento, na percepção da importância e na inclusão das questões de saúde bucal na rotina de trabalho entre os dois grupos. Pretendeu-se, assim, constatar se estes treinamentos atenderam suas expectativas e qual método apresentou melhores resultados. Os dados obtidos nesta pesquisa apontam para o potencial do uso da educação a distância, dentro da educação permanente das Estratégias Saúde da Família, considerando que o treinamento presencial e a distância apresentaram resultados estatisticamente semelhantes. Objetivou-se, assim, contribuir para a melhoria da qualidade da saúde bucal da população a partir da promoção/educação em saúde e ainda contribuir para maior disseminação do potencial do Telessaúde como ferramenta para educação permanente.

Palavras-chave: Telessaúde. Saúde bucal. Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Cláudia Botelho. *Comparative study between presential and distance: permanent education in oral health for Community Health Agent*. 2018. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Telemedicina e Telessaúde) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018

The current policy of first attention in health in the country is largely based on the Family Health Strategy (ESF), following the precepts of National Health System (SUS). Within the strategy, the Community Health Agent (ACS) is understood as primary link between health service and community, since basics health actions and educational activities are developed, thus contributing to a construction and consolidation of locals health systems. Therefore, this job must be articulated together with the others members of the team for the highest exploitation of the function, because of it, it is necessary that them are constantly trained about all the possible subjects involved in their work, including all the matters related to the promotion and care of oral health. Considering that the goal of the Telehealth Program Brasil Networks is to improve the quality of the basic attention treatment in the National Health System (SUS), by means of the amplification of the family health teams training, using technology capable of promote tele-education/ telehealth with positive impact on the solvability of the system and the attention to health shows great potential to use telehealth as train for the Community Health Agentes (ACS), objectfying to contribute to the improvement of the population's oral health quality from health promotion/education. To measure this potentiality, we used to this study a quiz to evaluate the knowledge level of the Community Health Agentes (ACS) in action in the municipality of Petrópolis in the oral health issues before and after the training which was offered to the professionals. They are were divided in two different groups: the first is going to be trained from presentials classes and the second is going to be through Telehealth UERJ. The data collected was analyzed and the comparison patterns was established to evaluate the results of the training, the knowledge, the perception of importance and inclusion of the oral health matters between both groups work routine. This is intended to verify if the training results reached their expectation, to observe if they promoted changes in the professional approach and which method showed better results. In hope to contribute to a bigger dissemination of the telehealth potential as a tool to permanent education.

Keywords: Telehealth. Oral health. Community Health Agent. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABT	Associação Brasileira de Tecnologia em educação
ACD	Auxiliar de consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EaD	Ensino a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
THD	Técnico em Higiene Dentária
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Organização do conteúdo programático por temática	32
Tabela 1 -	Perfil pessoal e profissional dos ACSs em atividade, Petrópolis, 2017...	36
Tabela 2 -	Perfil digital dos agentes comunitários de saúde em atividade no município de Petrópolis, 2017	38
Tabela 3 -	Respostas relativas à avaliação do conteúdo do treinamento. Petrópolis, 2017	39
Tabela 4 -	Atuação dos ACSs nas questões relativas à saúde bucal. Petrópolis, 2017	40
Tabela 5 -	Percentual de acertos nas questões relativas a saúde bucal	43
Tabela 6 -	Notas dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em teste de conhecimento sobre Saúde Bucal pré e pós-treinamento (presencial ou a distância). Petrópolis, 2017	44
Gráfico 1 -	Percentual de acertos nas questões específicas de conhecimento em Saúde Bucal	44
Tabela 7 -	Motivos para não adesão ao treinamento via EaD	45

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1	Da criação do SUS à Estratégia Saúde da Família	16
1.2	Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde	17
1.3	Equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família	20
1.4	Educação Permanente para os ACS e o uso do Telessaúde	22
1.5	EaD e Ensino Presencial na Educação Profissional em Saúde	24
2	OBJETIVOS	29
2.1	Geral	29
2.2	Específicos	29
3	METODOLOGIA	30
3.1	Coleta de dados e treinamento	30
3.2	Análise dos dados	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
	CONCLUSÕES	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP	55
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
	ANEXO C - Questionário inicial apresentado aos agentes comunitários de saúde para avaliação de conhecimento e elaboração do conteúdo do curso a ser ministrado	62
	ANEXO D - Questionário apresentado aos agentes comunitários de saúde antes do início do treinamento	66
	ANEXO E - Questionário apresentado aos agentes comunitários de saúde após a conclusão do treinamento sobre saúde bucal	71
	ANEXO F - Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis para realização da pesquisa	75

INTRODUÇÃO

Dentro da perspectiva de formulação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde, com ênfase na valorização dos cuidados primários, considera-se que a Declaração de Alma-Ata deu novo direcionamento às políticas de saúde por permitir o desenvolvimento da atenção primária como principal estratégia de promoção e assistência à saúde e estimular a participação comunitária. (KOYASHIKI; SOUZA; GARANHANI, 2008).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a institucionalização do Sistema único de Saúde (SUS), teve início um processo democrático de gestão dos serviços de saúde. O SUS comparece no cenário sanitário brasileiro com a missão de romper o caráter excludente do modelo assistencial vigente até a sua implantação, de forma a assistir os milhões de excluídos do processo de busca por melhores condições de vida e saúde. (BRASIL, 2007)

Atualmente, a política de atenção primária à saúde no país é baseada, em grande parte, na Estratégia da Saúde da Família, obedecendo aos preceitos do Sistema Único de Saúde.

Para o Ministério da Saúde, a estratégia tem como objetivo

substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade. (BRASIL, 2007).

As transformações ocorridas então, especialmente a municipalização dos serviços de saúde, trouxeram mais responsabilidade para os gestores estruturarem e fortalecerem os sistemas municipais, visando intervir no modelo de atenção, ampliando os debates sobre a implementação de um sistema de saúde pautado nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade (RENDEIRO, 2011).

No que tange à saúde bucal, A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) /MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 prevê trabalhar sobre os fatores de risco, com especial atenção sendo dedicada à inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), reconhecendo então que o território e a população adstrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de concepção, sendo as visitas domiciliares uma de suas principais estratégias.

Dentro da Estratégia, o cuidado em Saúde Bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com os usuários, no sentido de criação de vínculos e com a participação na gestão dos serviços para dar respostas às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Também regulamenta e estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios.

A partir deste momento, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) também passaram a fazer parte da estratégia do Programa (BRASIL, 2000). O que havia, até então, era uma assistência odontológica no Brasil, tradicionalmente centrada na figura do Cirurgião Dentista como agente exclusivo do processo de trabalho. Tratava-se de um modelo com baixíssimo impacto na qualidade de vida da população (NARVAI, 1994).

Outro efeito da criação do SUS, que diz respeito aos Cirurgiões Dentistas, foi a necessidade de repensar suas práticas, exercendo novo papel dentro da odontologia. Emerge assim, no final dos anos 80 o termo Saúde Bucal Coletiva, que vai de encontro à hegemonia da Odontologia de Mercado, até então reproduzida na esfera pública.

A Saúde Bucal Coletiva, com ênfase na promoção de saúde, visa modificar o cenário de atuação espacial e temporal. A fim de estabelecer processos de relações duradouras em momentos distintos do cotidiano das pessoas, para que se desenvolva a confiança e responsabilidade mútua no espaço de trabalho (PONTES, 2007).

Ainda segundo PONTES (2007), no município de Petrópolis- RJ, antes mesmo do lançamento pelo MS da Portaria nº 1444 de 12/2000, os dentistas que atuavam na rede de saúde do município, com apoio dos profissionais que constituíam as Equipes de Saúde da Família, lideraram movimento que objetivava sua inserção nas Unidades de Saúde da Família estabelecidas no município. Em 02/2000, após intensa mobilização dos profissionais em defesa da saúde integral, foram incorporados 5 Cirurgiões Dentistas às Equipe de Saúde da Família e em 10/2005 foram implantadas 10 Equipes de Saúde Bucal modalidade I.

Uma rede de ações de Saúde, que faça a integração da Saúde Bucal com a Saúde Geral é primordial para melhor entender a dimensão do processo saúde/doença e assim obter ganhos no que se refere à qualidade de vida (COSTA, 2004).

Apesar da sua inclusão nas ESF, o que se observa é que, na maioria das vezes, a saúde bucal, ao invés de ser tratada como uma abstração útil à comunicação entre especialistas e leigos, é vista como algo separado da saúde geral (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Considerando-se esta percepção, é possível delimitar a expressão “promoção de saúde bucal” a essa abstração referida, com o intuito de ser uma expressão que tenha finalidade

meramente didática e/ou classificatória, útil para a compreensão de que as práticas de Saúde Bucal contribuem para a promoção de saúde geral, não devendo ser vista como algo à parte (SANTOS, 2010).

Em síntese, a promoção de saúde poderá utilizar abordagens cujas construções requerem flexibilidade profissional, transferência de poder, controle da situação e bom senso (DIAS, 2007).

No PSF, o trabalho caminha pelo viés da assistência integral, entendida por ações preventivas de promoção de Saúde e curativas, com as quais se buscam a qualidade de vida global e a cidadania do usuário, em cada etapa do processo de atenção, atrelada à visão da equipe interdisciplinar, contando-se com o trabalho de base feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde (MARTINES; CHAVES, 2007).

Associando-se os paradigmas do PSF ao fato de que os ACS funcionam como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, sua participação na promoção de saúde oral tem caráter fundamental, sendo para isso preciso que os mesmos sejam treinados e capacitados com conteúdos voltados para essa função. Uma vez que, por se constituir como o profissional mais próximo da comunidade, o Agente Comunitário de Saúde detém as maiores possibilidades de que sua ação se traduza em transformações que efetivem a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

A constituição do ACS como tal, caracteriza-se como um processo, ou seja, não existe um agente comunitário de saúde a priori, mas ele se constitui agente a partir de suas vivências no cotidiano do trabalho e sua formação, que, por sua vez, são contextualizadas sócio-historicamente (PUPPIN, 2008).

Uma atribuição do ACS refere-se ao seu perfil de educador. Este atributo deve ser sempre entendido na perspectiva de resgatar a autonomia e a capacidade do autocuidado do indivíduo com o qual o ACS se relaciona. Outra característica de sua atribuição é a possibilidade de acolher o usuário, trazendo para dentro dos serviços de saúde suas demandas, no sentido de traduzir as demandas/necessidades da comunidade para gerar novas ações de saúde que busquem incorporar e intervir sobre essas necessidades (CHIESA; FRACOLLIU, 2004).

No âmbito da Saúde Bucal, as possibilidades de atuação dos ACS são detalhadas por MANFREDINI, citando a inspeção da normalidade dos tecidos bucais e promoção do autoexame para detecção precoce do câncer bucal e outras lesões; escovação supervisionada, provimento de informações para o aprimoramento e correção permanente da técnica de

higiene oral simplificada; educação em saúde bucal de forma progressiva e educação para saúde em geral (MANFREDINI, 2006).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) também destacam que, dentre as ações de Promoção e de Proteção da Saúde, a Educação em Saúde é uma importante estratégia para reduzir riscos em saúde bucal. Assim, o documento esclarece que

estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), Técnico em Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e agente comunitário de saúde (ACS), especialmente durante as visitas domiciliares.

As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde, enquanto cuidadores, possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

Apesar de constantes no texto original das Diretrizes, atualmente as siglas THD e ACD foram substituídas por TSB (Técnico em Saúde Bucal) e ASB (Auxiliar em Saúde Bucal) pela Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008

Considere-se que o município de Petrópolis conta, no momento, com 44 equipes de PSF, 23 delas com equipe de saúde bucal, estando 50% da população cobertos pelo PSF. Segundo informações do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2016, só neste município há um contingente de 278 ACS que podem e devem atuar como importantes colaboradoras no processo de trabalho das ESB.

Há que se considerar ainda que hoje, no Brasil, existem 332.289 ACS cadastrados pelo Ministério da Saúde, atuando em 5.456 municípios que possuem Estratégia de Saúde da Família. Sendo 40.155 equipes cadastradas, destas 29.458 possuem Equipe de Saúde Bucal, segundo dados do MS em abril de 2016. Há, portanto, um enorme contingente a ser treinado, isso porque os ACS, quando devidamente capacitados, podem influenciar mudanças positivas nos conhecimentos em saúde bucal da população sob seus cuidados.

Entretanto, apesar de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas e metodológicas da Educação em Saúde, verifica-se que ela ainda é majoritariamente desenvolvida pela equipe de forma normativa e biologicista, reproduzindo, de forma acrítica, os conceitos da medicina científica, os quais, muitas vezes, são totalmente descontextualizados da realidade vivenciada pelos agentes (TRAPÉ; SOARES, 2007). Isto será viabilizado a partir do conhecimento mais profundo dos saberes e potencialidades deste contingente de profissionais fundamentais para o funcionamento do PSF. Afinal, a proposta da ESF enfatiza o trabalho em equipe como forma de articular diferentes saberes e práticas na produção do cuidado em saúde. Isto evidencia que o trabalho isolado do ACS, ou de qualquer

outro profissional da ESF, não consegue abarcar a complexidade das questões que surgem no trabalho cotidiano (LORENZI, 2016).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi, a partir da verificação da importância do trabalho do ACS como parceiro nas atividades de educação em saúde das ESB, avaliar a hipótese do uso do Telessaúde como ferramenta de educação permanente para os ACS. Apurando ainda o potencial do Telessaúde como instrumento para apropriá-los a respeito dos conteúdos a serem abordados, para que em sua relação com a comunidade e com as equipes da ESF possam construir sentidos sobre sua prática, investindo sua ação de mais valor.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Da criação do SUS à Estratégia Saúde da Família

A partir da década de 1980, com a eclosão do movimento pela reforma sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), com a discussão sobre o modelo de atenção à saúde vigente no país, iniciou-se um processo de mudança para um modelo de saúde que estivesse centrado na universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da população (ELIAS, 1993).

As propostas emanadas daquela conferência começaram a ganhar espaço de discussão na sociedade, e culminaram com sua inclusão no novo texto constitucional em 1988. Desde então, nesses mais de vinte e cinco anos, o desafio constante dos serviços de saúde tem sido pautado em concretizar, no cotidiano dos brasileiros, os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS (BRASIL, 2012). Para isso, tem sofrido significativas mudanças, marcadas pela elaboração e implementação de ações consideradas estratégicas, dentre as quais o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em março de 1994.

Antes disso, em 1991, já havia sido implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves problemas de saúde observados na população brasileira, sobretudo os altos índices de mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS é considerado o antecessor do Programa Saúde da Família. Ambos os programas situam seu enfoque na família e não no indivíduo, além de ser introduzida a noção de área de cobertura e o agir preventivo sobre a demanda constituir-se num instrumento de organização (BRASIL, 2000).

A partir de 1997, o PSF passou de sua limitada condição de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF), visando a mudanças no modelo assistencial, por romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para a comunidade e junto a ela (BRASIL, 2004).

A ESF prevê a constituição de equipes multiprofissionais formadas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e por agentes comunitários de saúde. Conforme a Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011, que altera a Portaria nº 684, de 28 de março de 2006, a equipe multiprofissional deve ser formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima

de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 (setecentos e cinquenta) habitantes por ACS e de 12 ACS por ESF. A atuação deve ser realizada através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e da manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2012).

1.2 Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

Através das experiências chinesa e cubana, divulgadas em 1978 na Conferência de Alma Ata, os agentes de saúde surgiram como mais um recurso com vistas à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida das comunidades (MARQUES, 2005).

A inclusão desse tipo de pessoal na Declaração de Alma Ata apareceu quando se elaboraram as ações e competências que compõem os cuidados primários de saúde como primeiro nível de organização do sistema de saúde (MARQUES, 2005). O ACS ganhou espaço tornando-se importante nos programas de saúde voltados para a capacitação da comunidade, discutindo conhecimentos técnicos com a população e sendo elos da população na luta pela cidadania (CORREA, 1995).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. Em 1993, o Programa já estava em funcionamento em 13 estados das regiões Norte e Nordeste (SOLLA et al., 1996). A sua expansão para as regiões metropolitanas e Capitais do Sul e do Sudeste consolidou-se a partir de 1994, com a criação da Estratégia Saúde da Família que, a partir de então, passa a constituir a estratégia principal de organização de atenção à saúde no Brasil (SOUZA, 2001).

Estabeleceu-se, então, uma vinculação orgânica entre o PACS e essa estratégia e, na medida em que ia ocorrendo a implantação da Estratégia Saúde da Família, os ACS passavam a ser incorporados como componentes das Equipes de Saúde da Família (FLORES, 2007).

Ao propor o Programa Saúde da Família como reestruturação do modelo assistencial dominante, o Ministério da Saúde favorece a constituição de uma unidade prestadora de serviços, que atua numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica,

visando a integrar ações de promoção e prevenção da saúde, racionalizar os recursos destinados à atenção secundária e terciária, e definir uma política de recursos humanos para atender às demandas da organização dos serviços de saúde.

Uma característica essencial do PSF refere-se ao trabalho multiprofissional, pois se trata de uma equipe para a qual existe uma definição de competências e corresponsabilidades entre seus membros (CHIESA; FRACOLLIU, 2004).

Uma vez que no PSF o trabalho caminha pelo viés da assistência integral, entendida por ações preventivas de promoção da saúde e curativas, nas quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção, atrelada à visão de equipe interdisciplinar, contando com um trabalho de base feito pelo ACS que realiza o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, sob supervisão do enfermeiro, a atuação do ACS como elo entre a equipe e a comunidade adquire valor incalculável (MARTINES; CHAVES, 2007).

E são inúmeras as suas atribuições. No cotidiano dos agentes comunitários de saúde, expectativas de desenvolvimento de várias habilidades são depositadas, tais como: observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade e postura profissional equilibrada.

Podem-se identificar, na proposta de trabalho dos ACS, três dimensões:

Uma técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e à família, ao desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, às doenças prevalentes e à situação de risco;

Outra política, como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de fomentador da organização da comunidade para a cidadania e inclusão social;

E a terceira, de assistência social, através da resolução de problemas como, por exemplo, o acesso aos serviços, numa operacionalização da equidade.

A busca de integrar essas dimensões na prática é extremamente conflituosa e, dependendo do programa local, o ACS pende ora para uma, ora para outra dessas dimensões, estando sua atuação vinculada à enorme variedade de contextos e finalidades em que se implanta o PSF (CHIESA; FRACOLLIU, 2004).

Ainda segundo os mesmos autores, uma importante atribuição do ACS refere-se ao seu perfil de educador. Este atributo deve ser sempre entendido na perspectiva de resgatar a autonomia e a capacidade do autocuidado do indivíduo com o qual o ACS se relaciona.

A educação em saúde é também um meio de trabalho, mais útil quando se trata de fazer circular informação e de modificar hábitos, valores ou a subjetividade de agrupamentos.

Assim, a educação em saúde, mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto quanto sobre seu modo de vida e sobre sua subjetividade (CAMPOS, 2007).

Uma característica que vem sobressaindo diz respeito a escolaridade do ACS. Desde as primeiras experiências locais com ACS em fins dos anos 1970, apoiadas por iniciativas ligadas às pastorais da Igreja Católica, passando pela inclusão desse trabalhador em ações programáticas de governos estaduais e municipais, até chegar ao atual processo de mobilização pela profissionalização, o perfil sociodemográfico do ACS vem apresentando mudanças.

Nas experiências pioneiras, as exigências de trabalho do ACS, articuladas às motivações que levavam ao desenvolvimento de tais experiências, exigiam um perfil menos técnico e mais voltado para o uso de habilidades relacionais e pedagógicas (BORNSTEIN, 2007).

Embora alguns relatos sobre estes projetos já apontassem para o caráter ambíguo do trabalho do ACS, defendia-se, normalmente, um tipo de atuação mediadora que acabava por privilegiar a indicação de mulheres com um perfil de liderança ou mobilização comunitária – pessoas sem escolaridade mínima exigida – o que permitia, inclusive, a inclusão de mulheres analfabetas (DAVID, 2001).

A proposta de elevação da escolaridade do ACS, do referencial curricular de 2004, traz no seu bojo uma exigência que não está inscrita nos requisitos exigidos para seu desempenho, que é a conclusão do Ensino Médio. Além de constituir um elemento indutor da política de formação técnica dos ACS, essa formação é justificada por quatro argumentos constantes do documento: a política de educação profissional para o setor saúde, a importância do ACS na mudança do modelo de atenção, seu papel social e seu perfil de escolaridade. Em contrapartida, serão promovidos a profissionalização e o acesso a um conhecimento técnico-científico que indiscutivelmente contribuirão positivamente para sua prática (MOROSINI, 2009).

A Lei 13.595/20, promulgada em 08 de janeiro de 2018, altera o grau de escolaridade exigido anteriormente pela Lei 11.350/06, que previa como pré-requisito para a seleção pública dos ACS e ACE, possuir no mínimo o ensino fundamental. A partir desta promulgação, nenhum ACS ou ACE poderá ser contratado pelos municípios sem que comprovem no mínimo o Ensino Médio (BRASIL, 2018).

1.3 Equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1998, revelaram que cerca de 29,5 milhões (18,7% da população) de brasileiros nunca haviam ido ao dentista. Isso estimulou o MS a lançar, em outubro de 2000, o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF, iniciativa de extrema significação para a saúde bucal, visto que permite viabilizar a reordenação da prática odontológica, historicamente pautada em um modelo de alto custo e baixo rendimento, ineficaz e ineficiente (PEREIRA; ASSIS, 2013).

São conformadas, em tese, as bases da Saúde Bucal da Família, vislumbrando uma abordagem nova e sem antecedentes mundiais que, além de incorporar os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis, viria a consolidar o conceito de vigilância à saúde bucal no SUS (ZANETTI, 2000).

A inserção das equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar novas práticas e relações voltadas para a reorientação do processo de trabalho em saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, utilizando-se de medidas de caráter coletivo e individual, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006).

Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS n° 1.444 (28 de dezembro de 2000), que estabeleceu diretrizes e incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios. Foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (ESB):

- a) Equipe de Saúde Bucal modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD);
- b) Equipe de Saúde Bucal modalidade II: composta por Cirurgião-Dentista, ACD e Técnico de Higiene dental (THD).

A simples agregação de outras categorias profissionais não representa, de forma automática, que uma equipe esteja constituída. Para tal, torna-se necessário o estabelecimento de rotinas de trabalho e a definição de objetivos comuns, a partir da compreensão de problemas e possibilidades dos serviços de saúde (AGUIAR, 1996).

Assim, o pessoal auxiliar assume papel estratégico nas ESB, principalmente no que se refere à execução das ações coletivas. Estando capacitados para atuarem em ambientes coletivos, tornam-se multiplicadores de informações e de ações promotoras de saúde.

O desafio da mudança na prática de Saúde Bucal, na ESF, é torná-la um direito de

todos os cidadãos brasileiros, ou seja, validar os princípios constitucionais do SUS, definindo com a comunidade as suas prioridades, de forma a que todos usufruam dos benefícios. Faz-se essencial conhecer o contexto (familiar, de trabalho, de comunidade), percebendo a população como pessoas capazes de mudarem seus hábitos.

Outro importante ponto da ESF é a dimensão do cuidado que vai além do vigiar. É a percepção da realidade de cada família, buscando parceiros para a superação dos problemas mais comuns. Um dos melhores parceiros, sem dúvida, é o ACS, mas para isso é preciso contar com a ação dos mesmos no espaço da família (SILVEIRA, 2002).

Considere-se a Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Considerem-se ainda as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, a necessidade de incentivar a reorganização da atenção à Saúde Bucal na atenção básica, por meio das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal e ainda a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos em Saúde Bucal da população brasileira, bem como a necessidade de ampliação da resolubilidade das ações básicas de Saúde Bucal, buscando a integralidade da assistência. Conclui-se que o MS aumentou o repasse financeiro para implementação de ESB na ESF, através da Portaria nº 843, de 27 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

A mais recente portaria, de nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, reforça que a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Determina ainda que serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Esta mesma portaria estabelece ainda que é dever das três esferas do governo desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem o desenvolvimento do trabalhador com a qualificação dos serviços ofertados às pessoas.

1.4 Educação Permanente para os ACS e o uso do Telessaúde

Ao nos atermos às questões da Educação Permanente na ESF há de se pensar inicialmente na Educação em Saúde. É preciso fazer com que esta seja uma ação transformadora, ampliadora da visão crítica dos sujeitos, articuladora de recursos e que reinvente novos laços sociais, possibilitando e estimulando a participação popular (NORONHA, 2001).

A educação em saúde pode ser usada para criar poder e autonomia, principalmente através da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos, ou para formar condutas. Muitos profissionais ainda acreditam que devem realizar educação em saúde como meio de modificar, de cima para baixo, os comportamentos da população para uma vida saudável. Não se dão conta que também têm de aprender com essa população a fazer educação em saúde, pois partem do pressuposto que transmitir informações sobre o saber clínico ou acadêmico é suficiente (SOPHIA, 2001).

Esta visão crítica deve ser exercitada, tanto ao pensar na Educação em Saúde realizada para os ACS quanto àquela que se pretende que os mesmos realizem com a comunidade sob seu cuidado. Considerando-se, ainda, que para educar é preciso motivar. O processo de motivação depende dos fatores internos do educando, como das condições externas ou ambientais.

O educador deverá conhecer, estimular e diagnosticar as condições internas que estão diretamente relacionadas às capacidades intelectuais do educando e tentar interferir nas condições externas, organizando e controlando-as para facilitar a aprendizagem (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997).

A Política Nacional de Educação Permanente, instituída em fevereiro de 2004, através da Portaria 198/GM/M, busca a transformação do trabalho em saúde, com o objetivo de estimular a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, o respeito às características regionais e às necessidades específicas de formação dos profissionais que trabalham em serviços de saúde (CECIM et al., 2012).

Para que isto ocorra de forma efetiva, torna-se necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores e serviços, possibilitando, também, a participação social (BRASIL, 2007). Dessa forma, a educação permanente pode ser compreendida como a ação de práticas que informam e recriam a teoria, recriando a própria prática. Por isso, cresce a necessidade de adotar práticas educativas que se constituam em

ferramentas que permitam uma análise das experiências locais, da organização de ações em rede, da formação, das modificações na gestão e atenção à saúde e, por fim, o fortalecimento da participação dos envolvidos.

Paralelamente a isto, o Programa Nacional de Telessaúde, instituído pela Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2010), tem como objetivo desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e, sobretudo, a educação permanente para os envolvidos com a Saúde da Família. Visando à educação para o trabalho e mudanças das práticas de trabalho, e melhorando a qualidade do atendimento da Atenção Básica do SUS.

Foi reforçado pela Portaria 402 de 24 de fevereiro de 2010, que instituiu o Programa Telessaúde Brasil, para apoiar a Saúde da Família no SUS, que tem como um de seus objetivos qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a ESF. Estas podem ser importantes ferramentas para enriquecer a Educação Permanente (CAMPOS et al., 2006). O que é corroborado pelos autores, ao citar que: a meta do Programa Telessaúde Brasil é melhorar a qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ampliação da capacitação das equipes de saúde da família, usando tecnologia capaz de promover a tele-educação/telessaúde com impacto positivo na resolubilidade do sistema e na atenção à saúde.

Isso, ao considerar que a capacitação do ACS é realizada em serviço pela integração ensino-trabalho, processo pedagógico que permite uma melhor apreensão dos conteúdos programáticos aliados às ações práticas, mobilização e educação comunitária de modo contínuo. Essa capacitação ocorre em diferentes áreas de atuação no campo das ações básicas da saúde, entre as quais: saúde da criança; da mulher; controle da hipertensão; diabetes; eliminação da hanseníase e saúde bucal (MARQUES, 2005).

É importante que a formação desses profissionais valorize a singularidade profissional deste trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo (SOUZA, 2001).

No estudo de Tolomeu (2013), foram levantados todos os artigos científicos completos originais publicados no período de 2008 a 2012 e que tratavam da educação em saúde para os ACS no Brasil. O autor observou que 89,4% das atividades de educação em saúde ofertadas aos ACS foram oferecidas na modalidade presencial, 5,3% a distância, enquanto que 5,3% aconteceram de forma mista, incluindo atividades presenciais e à distância. Observou-se, ainda, que as atividades de capacitação vêm sendo realizadas em diversas regiões do país,

havendo um predomínio de ações no Estado de São Paulo (40%). Sobre os assuntos abordados, segundo relatos dos autores, os temas foram decididos de acordo com as necessidades e interesses do grupo a ser capacitado. O tema Saúde Bucal teve um percentual de 5,3% entre os assuntos abordados. Tal estudo evidencia as inúmeras possibilidades ainda não exploradas no uso da telessaúde como ferramenta de treinamento dos ACS, mais especificamente, aqui, nas questões relativas à saúde bucal.

1.5 EaD e Ensino Presencial na Educação Profissional em Saúde

A fim de avaliar as duas modalidades – a EaD e a Educação presencial, tomamos como ponto de partida a busca de uma definição para Ensino a Distância, porém não foi possível identificar a definição clara e objetiva de um único conceito de Educação a Distância na literatura. Observa-se que existe uma diversidade de ideias que são defendidas por estudiosos do assunto, mas que não estão concentradas ou direcionadas para um único conceito ou apoiadas em teorias educacionais pré-existentes no meio acadêmico. Essa “diversidade” observada nas definições de EAD parece indicar, até o momento, o surgimento de diferentes usos como modalidade de ensino e também o impacto recente que as tecnologias de comunicação e informação têm produzido no campo do ensino.

Considere-se que Belloni, (2001) relata que a educação a distância não é uma ferramenta nova. Seus primórdios remontam ao ano de 1881, quando William R. Harper, primeiro reitor e fundador da Universidade de Chicago, ofereceu, com absoluto sucesso, um curso de hebreu por correspondência. Em 1889, o Queen’s College, do Canadá, seguiu o modelo proposto por pela universidade de Chicago e deu início a uma série de cursos a distância em diferentes disciplinas. Foi percebido que os cursos não presenciais eram muito procurados, principalmente por adultos já inseridos no mercado de trabalho, fato justificado pelo seu baixo custo e pelas grandes distâncias que separavam os centros urbanos.

Relembra, ainda, que a educação a distância no Brasil também não é novidade. De fato, a utilização do correio, da televisão, do rádio e de outros meios para a distribuição de materiais/conteúdos para fins de aprendizagem surgiu décadas atrás e vem sendo mantida com maior ou menor sucesso por organizações em todo mundo, inclusive no Brasil.

Nunes (2004) cita outras entidades dedicadas ao ensino a distância, como o Instituto Universal Brasileiro, em 1941, Escolas por Correspondência Dom Bosco, Cursos Guanabara

de Ensino Livre, Escola Mundial de Cultura Técnica, e Escolas Internacionais.

Em 1946, o SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) – de São Paulo, criou experimentalmente em 1978, com operação regular a partir de 1980, o programa Autoinstrução com Monitoria (AIM), caracterizando-o como “um esquema operacional de ensino a distância, que envolve uma série de programações autoinstrutivas”. A partir dessa experiência, o SENAI ampliou suas bases de ações e, a partir destas novas perspectivas abertas, regulamentou-se o ensino técnico a distância.

O mesmo autor descreve, ainda, que em 1993 foi criada a Rede Brasileira de Educação à Distância READ/BR, sob os auspícios da Organização dos Estados Americanos, e cuja secretaria ficou ao encargo da Associação Brasileira de Tecnologia Educacional (ABT). Logo depois, em 1996, a ABT passou também a ser referência do Consórcio Rede Interamericano de Educação a Distância – CREAD. Toffler (1998) mostra que da estrutura funcional do Ministério da Educação e foi instituída a Secretaria de Educação a distância, fato que demonstra a relevância que ganhou a educação a distância no Brasil.

O governo federal passou a conferir importância estratégica a programas que têm como objetivo a organização de novas alternativas de apoio ao ensino, capacitação de professores em serviço e criação de bases tecnológicas nas escolas. Os principais programas com essas características são a TV Escola e o Programa de Informática Educativa. Já em 1997 Brasil (1997), a educação a distância no nosso país foi normatizada pelo Art. 80 da nova LDB – Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394 de 20/12/1996), pelo Decreto nº 2.494 de 10.02.1998 que regulamenta o Art. 80 da LDB; pelo Decreto nº 2561/98 e pela Portaria Ministerial nº 301/98.

O Art. 1º do Decreto nº 2.494/98 definia o EaD da seguinte forma:

Educação a distância é uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação.

Belloni (2002) afirmou que, quanto à educação a distância, o conceito tendia a se transformar, pois uma das macrotendências que já se podia vislumbrar em futuro próximo, do campo educacional, era uma “convergência de paradigmas” que unificaria o ensino presencial e a distância, em formas novas e diversificadas que incluiriam um uso muito mais intensificado das TIC (Tecnologia de Informação e Comunicação).

Almeida (2003) relatou que considerar que a distância geográfica e o uso de múltiplas mídias são características inerentes à educação a distância não eram suficientes para definirem a concepção educacional. Discute-se a educação a distância (EaD) não como uma solução paliativa para atender alunos situados distantes geograficamente das instituições educacionais, nem apenas como a simples transposição de conteúdos e métodos de ensino presencial para outros meios e com suporte em distintas tecnologias. Os programas de EaD podem ter o nível de diálogo priorizado, ou não, segundo a concepção epistemológica, tecnologias de suporte e respectiva abordagem pedagógica.

Christante et al. (2003) apontam que a EaD, apesar de ser tão antiga, tornou-se mais atraente como forma de promover a educação profissional continuada com a explosão da internet, uma necessidade emergente a partir da década de 90. No mundo todo, a Educação Médica a Distância vem ganhando mais espaço à medida que aumentam os programas de garantia de qualidade, certificação e acreditação. Mill e Fidalgo (2004) já apontavam que, pelo fato de se tratar de um processo de ensino-aprendizagem mediado por novas tecnologias, há a constante necessidade de repensar os papéis exercidos pelos alunos e educadores, pois a educação a distância envolve, na verdade, mudança de paradigmas e, uma nova relação com o saber. Do ponto de vista dos docentes, essa modalidade de educação exige novas posturas pedagógicas e metodológicas.

A Escola já simbolizou uma fase da vida reservada para aprendizagem sistematizada e consequente formação escolar. Hoje o que se destaca é a informação. “Em princípio, a revolução digital transforma o espaço educacional.” (KENSKI, 2003). Na concepção de Kenski, a era digital engendra, obrigatoriamente, novos comportamentos de aprendizagem, novas racionalidades e novos estímulos. A velocidade de seu alastramento obriga-nos a não mais ignorar sua presença e sua importância. Pode-se dizer que a EaD implica a divisão do trabalho de ensinar, com a mecanização e a automação da metodologia de ensino. A relação professor/estudante é essencialmente diferente da que ocorre no ensino convencional. Acredita-se que falta ao campo da EaD uma reflexão teórica que fundamente as práticas no sentido de desconstruir o industrialismo instrucional dominante e a construção de novas formas de educação adequadas ao mundo pós-industrial (BELLONI, 2001).

Preti (2000), em “Autonomia do Aprendiz na Educação a Distância: significados e dimensões”, revela sua compreensão das fragilidades identificadas na EaD. Ele as chama de “Calcanhar de Aquiles”. A questão é a aprendizagem individual, que engloba a ausência física de alunos e professores e requer um maior grau de responsabilidade por parte do aluno quanto ao processo de desenvolvimento e formação. O autor distingue e retrata alguns fatores que

precisam ser considerados na EaD:

- a) Político-social: aumento da taxa de desemprego alinhado à introdução de máquinas inteligentes, desqualificação dos trabalhadores e à política do Estado mínimo.
- b) Econômico: como qualificar sem onerar os cofres públicos e empresas diante da redução do investimento na educação.
- c) Tecnológico: os atuais meios tecnológicos possibilitam a interação do professor, não apenas com uma sala de aula e limitado número de estudantes e, sim, com centenas. Pedagógico: a escola atual não é atraente e se constitui num obstáculo ao trabalhador que precisa de algo mais leve e flexível, melhor adaptado a sua realidade.

Observa-se que o autor traz à tona a questão da autonomia relacionando-a com o perfil de grande parte da clientela do EaD, o adulto trabalhador. Consonante com esta visão a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UnaSUS foi criada em junho de 2008 pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, um projeto do MS, que visa melhorar a formação dos profissionais do SUS, por meio de cursos a distância, e, como consequência, melhorar o atendimento aos cidadãos brasileiros. Observa-se que nestas iniciativas é possível perceber diretrizes voltadas para a formação profissional dos quadros que estão em atuação no SUS e, portanto, são iniciativas voltadas para formação profissional. O interesse do MS é formar e aprimorar quem já está na rede.

Tendo em vista que um dos principais, senão o principal, meio de oferta das atividades de formação e desenvolvimento do MS é o EaD. Percebe-se que há uma grande possibilidade da utilização da EaD na saúde como sua principal via de acesso a formação, o que vamos caracterizar a partir de agora, com o novo termo: a EPS a distância.

O que chama atenção não é simplesmente o fato da EPS se utilizar da EaD como modalidade, e sim a ênfase que as políticas e programas vêm colocando na modalidade para desenvolver suas propostas para isso.

Pode-se considerar as estratégias de aprendizagem como procedimentos utilizados pelos indivíduos durante as atividades de aprendizagem, que podem ser modificadas em treinamento com o intuito de aumentar a efetividade da aprendizagem em uma atividade ou ambiente específico. Isso significa dizer que não existem estratégias melhores, mas sim estratégias adequadas ao tipo de atividade a ser aprendida (ZARBINI; CARVALHO; ABAAD, 2005). O uso das TICs nos processos educacionais pode aperfeiçoar recursos,

multiplicar resultados e melhorar a qualidade do ensino (BELLONI, 2003).

Em estudo realizado por Silva (2014) para conhecer a contribuição do Ambiente Virtual de Aprendizagem para a educação dos profissionais de Enfermagem, observou-se, através dos resultados, que o acerto médio final ocorreu nos dois grupos, com ligeira preponderância do grupo presencial. Aponta, ainda, que um aspecto importante, ao pensar na educação permeada pelo uso das tecnologias, é ver o rompimento com o modelo que aliena, oprime. Ampliam-se as possibilidades e potencialidades na Educação Permanente.

Outro estudo realizado por Padalino e Peres (2007), com objetivo semelhante e também com profissionais de enfermagem, verificou que a média de acertos nos dois grupos aumentou entre os dois primeiros momentos, pré e pós-teste. A análise de dados constatou a apreensão do conhecimento pelos dois grupos de enfermeiros de forma equiparada, confirmando, assim, a eficácia dos dois métodos utilizados. Os dados da pesquisa demonstraram que a apreensão do conhecimento aconteceu independente da estratégia usada no treinamento, fosse presencial ou via computador, inferindo que o *e-learning* é eficiente por agregar várias vantagens de flexibilidade e diminuição de tempo e custos que o treinamento presencial não pode alcançar em razão de suas limitações.

Assim, seja lá o nome que se dê, “era digital”, “cibercultura”, “sociedade de informação” ou “sociedade em rede”, o fato é que em nosso tempo a interatividade é desafio para todos. É um desafio explícito à escola, que visando atender a demanda moderna criada a partir do preceito iluminista de “educação para todos”, em alguns casos, tornou-se instituição de massa, dispensando ao conjunto da população a ser instruída, um tratamento uniforme garantido por um planejamento centralizado.

É preciso enfatizar: o essencial não é a tecnologia, mas um novo estilo de pedagogia sustentado por uma modalidade comunicacional que supõe interatividade. Isto é, participação, cooperação, bidirecionalidade e multiplicidade de conexões entre informações e atores envolvidos. (SILVA, 2001)

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o nível de conhecimento e comparar duas metodologias para a Educação Permanente dos Agentes comunitários de saúde na temática Saúde Bucal.

2.2 Específicos

- a) Avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitário de Saúde sobre a temática Saúde Bucal;
- b) Oferecer capacitação em saúde bucal aos ACSs, em parceria com a coordenação de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, na modalidade presencial e na modalidade EaD;
- c) Compreender as possíveis dificuldades na utilização das duas modalidades como estratégia para educação permanente;
- d) Avaliar a efetividade do treinamento oferecido a distância, comparativamente com o presencial, como ferramenta para a educação permanente na ESF;
- e) Testar duas diferentes metodologias para capacitação dos ACSs em Saúde Bucal.

3 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, a abordagem utilizada foi quantitativa descritiva. Foram convidados a participar do projeto os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Petrópolis em atuação no ano de 2017, totalizando 278 ACS. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Anexo A) e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo B.

Inicialmente, solicitou-se ao Sistema de Informação do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, o número exato de ACS concursados e ativos na cidade. Obteve-se, em abril de 2016, a informação do número oficial de 278 Agentes Comunitários de Saúde ativos, contratados através de concurso público, para atuarem junto à Estratégia Saúde da Família.

Como plano operacional da pesquisa, uma autorização foi solicitada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis para a permissão da realização da pesquisa e inclusão dos treinamentos dentro do calendário de Educação Permanente do DAB.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter assinado o TCLE e ser Agente Comunitário de Saúde efetivamente contratado. No período de coleta, 50 ACS estavam de férias, em licença saúde ou em licença maternidade. Todos os demais ACS (n=228) concordaram em participar. No ano de 2016, os ACS em atuação já haviam sido convidados para encontro presencial, quando responderam a um questionário a fim de avaliar seus conhecimentos prévios em Saúde Bucal (Anexo C), com intuito de determinar o conteúdo que seria disponibilizado futuramente nos treinamentos.

3.1 Coleta de dados e treinamento

A coleta de dados e o treinamento foram realizados no ano de 2017. Os Agentes Comunitários foram informados sobre o projeto por meio de ofício, enviado através da coordenação de Atenção Básica da Prefeitura de Petrópolis, e novamente convidados para encontro presencial dentro do calendário de Educação Permanente. Nesses encontros, foram esclarecidos sobre possíveis dúvidas e responderam ao questionário inicial pré-treinamento

(Anexo D), sem identificação do respondente, dividido em três blocos: perfil pessoal e profissional, perfil digital e conhecimentos específicos sobre Saúde Bucal. Nestas últimas, foi utilizado como forma de resposta o gradiente, objetivando maior sensibilidade na análise dos resultados.

Os ACS foram então organizados em dois grupos, levando-se em conta sua facilidade em conseguir conexão com a internet, a possibilidade de realizar o referente treinamento a distância e sua preferência em relação ao tipo de treinamento. Respeitados estes critérios, os que não estiveram presentes foram incluídos no grupo de treinamento presencial por não ser possível avaliar sua possibilidade de realizar o treinamento via EaD. Foram então alocados para realização do curso via EaD 50% dos ACS. Este coeficiente, no entanto, não foi mantido em razão de dificuldades alegadas pelos ACS designados para realização do treinamento por este método.

O primeiro grupo (P1) recebeu treinamento presencial realizado pela Pesquisadora e uma Técnica em Saúde Bucal. O segundo (P2) recebeu treinamento a partir de minicursos, já gravados e disponibilizados via Telessaúde UERJ. O treinamento presencial e a distância tiveram a mesma carga horária, mesmo conteúdo (Quadro1) e foram ministrados pelas mesmas profissionais. O conteúdo foi concebido de forma a ser aplicável a todos os ACS em atuação, abarcando temas amplos sobre saúde bucal.

As atividades de formação tiveram duração total de nove horas, divididas em três encontros, realizados com intervalos de aproximadamente 14 dias. O número máximo de participantes em cada encontro era de 50 participantes. Em função disto, cada conteúdo foi disponibilizado mais de uma vez no modo presencial, possibilitando a reposição da atividade para algum ACS que porventura houvesse perdido o encontro destinado à sua equipe.

Quadro 1 – Organização do conteúdo programático por temática

1º ENCONTRO	INTRODUÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA ACS
1	O papel do ACS e a educação em saúde bucal
2	Conhecendo a boca: dentes e estruturas anexas
3	Doenças mais frequentes da boca: cárie e doença periodontal
2º ENCONTRO	A ODONTOLOGIA NOS CICLOS DE VIDA
1	Métodos preventivos para uma boa saúde bucal
2	Do nascimento à adolescência
3	Do adulto à terceira idade
3º ENCONTRO	SITUAÇÕES QUE NECESSITAM ATENÇÃO ESPECIAL
1	Enfermidades que acometem a boca
2	A visita domiciliar a pacientes portadores de necessidades especiais
3	Emergências: os ACS podem ajudar?

Fonte: A autora, 2018.

Considerando-se que o referido treinamento foi realizado dentro do horário de educação permanente, aqueles ACS que o realizaram via EAD foram orientados a acessar os módulos no mesmo horário destinado ao treinamento presencial.

Após a conclusão dos treinamentos, os participantes responderam a um questionário pós-treinamento (Anexo E), nos mesmos moldes do respondido no pré-treinamento. Os mesmos continham 25 questões: 5 relativas ao perfil do ACS, 5 relativas aos hábitos de uso da internet, 5 perguntas que avaliavam as expectativas quanto ao treinamento no pré-treinamento e a avaliação do mesmo no pós-treinamento, e 10 abordavam conhecimentos específicos de saúde bucal. O último conjunto de questões abarcava: atribuições dos ACS com relação à saúde bucal, frequência com que este assunto é abordado em seu cotidiano, ações que podem ser desenvolvidas nesta área pelos ACS, dificuldades de atuação e ainda, higiene bucal do recém-nascido, cuidados na dentição decídua, câncer de boca, flúor, halitose, doença periodontal, cárie, dentre outros.

3.2 Análise dos dados

O perfil sociodemográfico dos ACS e sua inserção na rede de saúde foram descritos com base nas seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de trabalho como ACS, presença de ESF na unidade básica em que trabalha. Já o seu perfil digital foi descrito com base nas seguintes: acesso regular à internet, local de acesso à internet, ter realizado

curso a distância e percepção sobre a satisfação com a experiência prévia com cursos a distância.

Na avaliação do treinamento, as variáveis utilizadas foram: satisfação com o conteúdo do treinamento, se o mesmo atendeu às expectativas, usabilidade das questões abordadas e ainda se a forma de abordagem estimulou a reflexão. Para conhecer a forma de atuação dos ACS em Saúde Bucal, utilizaram-se como variáveis: ser função dos ACS abordar os temas relacionados à Saúde Bucal, a frequência com que estes temas são abordados, as ações que podem ser realizadas e os fatores que dificultam sua atuação.

Para avaliação dos conhecimentos específicos em Saúde Bucal, foram apresentadas 8 questões (anexo C), com respostas em gradiente, onde somente as respostas certas foram consideradas. Foi realizada regra de três para converter essas notas à escala de 10. Calculou-se, ainda, o percentual de acertos nas questões específicas de Saúde Bucal, e realizou-se a comparação das notas nos testes pré e pós-treinamento. Os resultados descritivos foram apresentados por meio de distribuição percentual das variáveis de interesse.

Os resultados referentes ao conhecimento sobre Saúde Bucal antes e depois do treinamento foram analisados comparando-se as distribuições percentuais das notas obtidas (desempenho global) e as proporções de acertos em cada uma das oito questões consideradas no instrumento de avaliação. A análise de desempenho, o segundo tipo de treinamento (presencial ou a distância) também foi realizada comparando-se as proporções de acertos em cada uma das oito questões consideradas no instrumento de avaliação. Para a comparação das notas obtidas e das proporções de acertos foram utilizados, respectivamente, o Teste de Mann-Whitney e o Teste Qui-Quadrado de McNemar. O nível de significância considerado foi de 5 %.

Os dados dos questionários foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel versão 7.0. A consolidação e a análise estatística dos resultados foram realizadas com o auxílio do programa SPSS, versão 19.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo objetivou verificar a pertinência e aplicabilidade de utilização das tecnologias de Informação e Comunicação, mais especificamente do Programa Telessaúde Brasil Redes, como uma importante ferramenta na Educação Permanente da ESF, contribuindo para ampliar a qualidade da atuação em Saúde Bucal dos ACS. Buscou-se avaliar as respostas pré e pós-treinamento, bem como comparar os resultados nos grupos presencial e a distância.

Os resultados demonstraram que os ACS já apresentavam razoável conhecimento nas questões relativas ao tema, mas observamos, em ambos os grupos, uma ampliação em seus percentuais de acerto nas questões específicas de conhecimento em Saúde Bucal, assim como na percepção de suas atribuições.

Na tabela 1, pode-se observar a análise das respostas dos questionários pós-treinamento dos dois grupos de ACS, que realizaram treinamento presencial (P1) e a distância (P2). Ambos os grupos são constituídos predominantemente por mulheres, sendo 96 % dos ACS entrevistados do sexo feminino e 4% do sexo masculino.

Em 2010, Mota e David, afirmaram que o trabalho de ACS está reconhecidamente associado ao trabalho doméstico feminino, que possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde. Por outro lado, trabalhar próximo à sua residência e poder controlar e acompanhar o cotidiano dos filhos, sobretudo quando em idade escolar, pode representar para essas mulheres uma vantagem que se sobrepõe aos baixos salários e à precarização, nesse sentido há expressiva predominância de mulheres no trabalho de ACS em todo o país.

Em relação à faixa etária, a quase totalidade dos sujeitos de todas as amostras declarou estar entre mais de vinte e menos de sessenta anos de idade. Pode-se observar um maior número de pessoas com idade até os 30 anos no grupo que realizou treinamento a distância. Ao passo que no grupo que realizou treinamento presencial a maioria estava na faixa entre 41 e 60 anos.

A escolaridade não revelou grande diferença entre os dois grupos. Em ambos a maioria concluiu o Ensino Médio. O que pode ser observado foi que em P1 7% possuíam Ensino Superior completo ou incompleto, percentual que subiu para 23% em P2. O que já está de acordo com a lei 13590/2018, que determina que os novos ACS deverão ter como escolaridade mínima o Ensino Médio completo, reforçando a profissionalização do ACS. A intenção desta pretendida elevação no nível de escolaridade parece residir na convicção que a

mesma pode favorecer sua atuação, ao considerar a ampla gama de saberes que devem ser apreendidos e necessidade de interação com a comunidade.

Com relação ao tempo de atuação como ACS, os dados encontrados nos dois grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativas. Em ambos 82% atuam na função há mais de 3 anos. A média elevada de tempo de atuação pode influenciar positivamente na articulação do serviço com a comunidade e no enfrentamento da complexidade do trabalho em saúde. Há também de se considerar outros aspectos importantes, como a empatia para a integração desse trabalhador com os usuários e o exercício de sua função de forma eficiente (FERRAZ, 2005).

Ao responderem sobre a presença da equipe de saúde bucal na equipe onde atuam, os dois grupos apresentaram resultados semelhantes. Uma vez que, em ambos os grupos, mais de 60% das equipes têm ESB, próximo à realidade do município, que conta com mais de 34% das equipes com ESB.

Tabela 1 – Perfil pessoal e profissional dos ACSs em atividade, Petrópolis, 2017

Variáveis de caracterização	Treinamento presencial (P1) (n=134) %	Treinamento a distância (P2) (n=49) %
Sexo		
Feminino	94	96
Masculino	6	4
Faixa etária (anos)		
20 -30	14	37
31-40	29	29
41-50	37	24
51-60	21	9
Mais de 60	1	1
Escolaridade		
Médio completo	64	57
Médio incompleto	16	13
Fundamental	9	6
Superior completo	4	16
Superior incompleto	3	7
Tempo de trabalho como ACS (anos)		
Até 1	8	10
1 a 3	13	15
4 a 10	23	23
Mais de 10	59	52
Unidade em que trabalha tem ESB		
Sim	69	65
Não	31	35

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Na Tabela 2, que contém os dados relativos ao bloco de questões a respeito do perfil digital dos ACSs, pode-se observar, que em P2 o acesso à internet de forma regular é mais frequente (89%) que em P1 (78%). Observa-se que, apesar de P1 não possuir a estrutura necessária para a realização do curso EaD (computadores e acesso à internet), os resultados foram semelhantes, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles.

Na questão relativa ao local de acesso, os ACS podiam selecionar mais de uma opção, dentre casa, trabalho e celular. Pode-se observar que o acesso do domicílio foi menor em P2 (28%) na comparação com P1 (32%) e também no trabalho, onde apenas 10% do P2 relataram acesso regular, coeficiente inferior aos 34% relatados em P1. Cabe aqui ressaltar que havia uma previsão, quando do projeto deste estudo, de que todos os postos de saúde estariam conectados de forma regular à internet no ano de 2017.

Ainda no bloco de questões relativas ao perfil digital do ACS, mais de 80% relataram acessar a internet pelo celular. Este número parece estar de acordo com uma das dificuldades apontadas pelos profissionais que não conseguiram realizar o referido treinamento a distância, por terem esta como única forma de acesso, muito embora tenham sido alertados sobre esta

impossibilidade no momento da divisão das turmas. Aqui fica evidente a necessidade de adaptação dos conteúdos ao mobile.

Foi possível observar que 77% dos ACS de P2 já haviam realizado alguma modalidade de curso a distância. Percentual muito superior aos 23% que relataram já terem tido alguma experiência neste tipo de ensino em P1.

Dos ACS que já haviam tido experiência com este tipo de ensino, 66% classificou a experiência como muito boa ou boa em P1 e 72% em P2. Sendo que neste grupo apenas 9% classificaram que a falta de hábito ou dificuldade de tempo ou disciplina foram as principais dificuldades apontadas: 75%. Diferentemente do grupo que o realizou a distância, onde 58% apontaram como principal dificuldade, além da falta de tempo ou de disciplina, a dificuldade de conexão à internet.

O dado que assinala a dificuldade de acesso à internet apontada por próximo a 25% do total de participantes, no entanto, pode ser impreciso. Isto porque 46 ACS que deveriam ter efetuado o treinamento a distância não realizaram nenhum tipo de treinamento. Logo, não responderam ao questionário pós-treinamento.

Este número de 46 ACS corresponde a 20% do total de participantes. Destes, 36 (15,7% do total) responderam a instrumento sobre a não adesão ao treinamento a distância, onde 32% alegaram dificuldade de acesso como justificativa. Outros 58% alegaram dificuldades com a plataforma do Telessaúde, relatando não conseguir realizar o cadastro, ou ter número do CPF não aceito como válido, ou ainda ter realizado o cadastro, mas ao tentar reconectar-se, receber mensagens de matrícula inválida. Alguns destes ACS relataram estas dificuldades ainda durante o treinamento, e contato com o Telessaúde foi realizado, sendo possível corrigir alguns dos problemas. Outros, porém, não fizeram contato ou não conseguiram solucionar o problema, o que parece ter sido dificultado ainda mais pela greve pela qual a UERJ passava.

Tabela 2 – Perfil digital dos agentes comunitários de saúde em atividade no município de Petrópolis, 2017

Questões	Treinamento presencial (P1) (n=134) %	Treinamento a distância (P2) (n=49) %
Acesso regular à internet		
Sim	80	89
Não	20	11
Acessa a internet em qual local (mais de 1 opção)		
Casa	32	28
Celular	78	82
Trabalho	34	10
Já fez curso a distância		
Sim	64	57
Não	16	13
Caso tenha feito, como foi a experiência		
Muito boa	24	31
Boa	42	41
Regular	21	19
Ruim	13	9
Caso tenha feito, qual foi a principal dificuldade		
Dificuldade de acesso	18	31
Tempo/disciplina	33	27
Falta de hábito	42	19
Outros	7	23

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Na Tabela 3 pode-se analisar as respostas relativas à avaliação do conteúdo do treinamento, onde foram utilizados gradientes. O 5 correspondia a muito satisfeito e o 1 a muito insatisfeito. Pode-se perceber que, em ambos, a maioria das respostas se situou entre satisfeito (4) ou muito satisfeito (5). Sendo estes os percentuais: 84% em P1 e 87% em P2.

Quanto à usabilidade dos temas apresentados, utilizando-se os mesmos critérios da questão anterior, 83% de P1 consideraram satisfatório ou muito satisfatório, resultado bastante semelhante aos 80% de P2 que consideraram da mesma forma.

Ao serem questionados se a forma de abordagem dos temas estimulou a reflexão sobre sua prática profissional, 80% de P1 se disseram satisfeitos ou muito satisfeitos, próximo dos 78% de P2 que avaliaram de forma similar. Um dado a ser considerado diz respeito ao percentual de 8% que se sentiram muito estimulados pela abordagem dos conteúdos, no grupo que realizou o treinamento via EaD, levando à necessidade de reavaliação da forma de abordagem dos mesmos.

Esses dados parecem corroborar com a hipótese de que, vencidas as barreiras de acesso, o ensino a distância poderá se configurar como importante ferramenta de educação permanente.

Tabela 3 – Respostas relativas à avaliação do conteúdo do treinamento. Petrópolis, 2017

Questões	Treinamento presencial (P1)	Treinamento a distância (P2)
	(n = 134) %	(n = 49) %
Conteúdo do curso e suas expectativas		
1	0	0
2	0	1
3	16	12
4	65	65
5	19	22
Usabilidade dos temas abordados		
1	0	0
2	2	3
3	15	17
4	69	59
5	14	21
Forma de abordagem estimulou reflexão sobre sua prática profissional		
1	0	0
2	1	5
3	19	17
4	68	70
5	22	8

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A Tabela 4 apresenta os dados relativos ao processo de trabalho em Saúde Bucal, inicialmente questionando se trabalhar as questões relativas a este tema fazia parte das atribuições dos ACS. Embora mais de 90% soubessem ser atribuição do ACS abordar estas questões, o que está em consonância com a política nacional de atenção básica, de 2012, somente pouco mais de 50% assinalaram a resposta em que afirmavam sempre abordar estas questões em suas visitas domiciliares de rotina. Houve resultados semelhantes nos dois grupos.

Ao questionar as ações de Saúde Bucal que podem ser desenvolvidas pelos ACS, em ambos os grupos a maioria respondeu poder realizar orientação, promover educação em saúde bucal em grupos, escovação supervisionada, ensinar sobre autoexame para detectar câncer de boca, entre outros. Sendo esta a opção selecionada por 77% em P1 e 73% em P2.

Outra questão que chama atenção é a dificuldade de conseguir tratamento odontológico, apontada por mais de 40% dos ACS como um dos fatores que dificultam sua

atuação nas questões relativas a este tema. Percentual próximo ao número de equipes do município que não possui ESB (31%). Este número está em consonância com o previsto na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) /MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que prevê trabalhar sobre os fatores de risco, com especial atenção dedicada à inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Além do que reconhece, então, que o território e a população adstrita, o trabalho em equipe e a intersectorialidade constituem eixos fundamentais de concepção. Em ambos os grupos, a quantidade de assuntos a ser abordado também foi apontado como um fator que dificulta sua atuação.

Tabela 4 – Atuação dos ACSs nas questões relativas à saúde bucal. Petrópolis, 2017

Questões	Treinamento presencial (P1) (n=134) %	Treinamento a distância (P2) (n=49) %
Trabalhar saúde bucal faz parte das atribuições ACS		
Sim	92	91
Não	0	0
Não sei	8	9
Com que frequência fala sobre saúde bucal em suas visitas domiciliares (VD)?		
Sempre	51	55
Quando perguntam	20	22
Algumas vezes	27	22
Nunca	2	1
Quais ações os ACSs podem desenvolver em relação a saúde bucal		
Orientação em VD	17	25
Orientação em grupo	6	3
Orientação, promover educação em saúde bucal, escovação supervisionada, orientação sobre autoexame para câncer de boca, entre outros	77	73
Quais fatores dificultam a atuação do ACS em sb		
Nenhum fator	5	7
Muitos assuntos para abordar	22	23
Pessoas da área não aceitam orientação em sb	1	2
Falta de material/treinamento	38	18
Dificuldade de conseguir tratamento se necessário	34	50

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Os participantes foram convidados, ainda, a responder e refletir sobre os conhecimentos que agora possuíam sobre Saúde Bucal. Foram orientados a classificar entre 1 e 5 as afirmações propostas, sendo 5 quando considerassem a resposta como absolutamente certa e 1 quando a considerassem absolutamente errada, ou não selecionado quando não soubessem.

Dessa forma, com o uso do gradiente, foi possível observar que a maioria se mostrou ciente que a forma mais adequada de realizar a escovação de um recém-nascido não era com o uso de escova macia e creme dental. Uma vez que 64% de P1 e 60% de P2 responderam ser esta uma resposta absolutamente errada, contra 6% em P1 e P2 que a consideraram absolutamente certa. Nesta questão, porém, pela redação da mesma, não é possível afirmar que eles saberiam indicar a forma mais adequada de realização.

Na questão que versa sobre a função da dentição decídua em guiar a erupção dos permanentes, houve pouca diferença entre os dois grupos analisados, já que 94% do grupo treinado a distância e 96% do que foi treinado de forma presencial assinalaram a resposta correta. Esta informação, quando bem disseminada, pode ter importante impacto sobre a visão popular, ainda muito frequente de que não é necessário o tratamento da dentição decídua, uma vez que ele irá cair.

Resultado semelhante apresentou a questão relativa aos principais fatores de risco para câncer de boca, onde 94% de P1 e 95% de P2 consideraram como absolutamente certo serem álcool e fumo, mas que as próteses mal adaptadas e restos de dentes também aumentavam os riscos. Este conhecimento, porém, precisa se traduzir em ações mais efetivas de prevenção, uma vez que os indicadores apontavam para Estimativa de 15.490 novos casos, sendo 11.140 homens e 4.350 mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, 2016).

Na questão que aborda a indicação na administração do flúor, houve um coeficiente menor de acertos, se comparada à maioria das demais questões, uma vez que 35% do grupo presencial e 42% do a distância assinalaram resposta diferente da esperada. Há que se considerar que a forma como a questão foi formulada pode ter suscitado dúvidas, ou ainda que o conteúdo não tenha sido ofertado de forma eficiente.

Constatar que 82% dos dois grupos têm ciência de que a principal causa da halitose é o acúmulo de placa nos dentes e na língua parece ser um indicador bastante positivo, o que é reforçado no estudo de Emmi e Barroso (2008) em que se sugere que a ESB tenha uma influência positiva sobre esses resultados afinal, orientação sobre higiene bucal é uma das práticas mais realizadas da USF. Os autores avaliaram as ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro/Pará e, ao questionarem os usuários sobre os fatores que melhoraram e que consideraram de relevância após a inclusão das ESB, observaram que os mais citados foram as orientações sobre higiene bucal, seja através de palestras, seja nas visitas em casa, ou na própria consulta.

Resultado semelhante foi encontrado na questão a respeito do sangramento gengival, em que 85 % do primeiro grupo e 87% do segundo souberam ser absolutamente errada a afirmativa de que era normal o sangramento gengival ocorrer durante a escovação. Este conhecimento, se divulgado pelos ACS de forma regular, pode ajudar a alterar o panorama relatado por Neves et al. (2010), que desenvolveram um estudo sobre a prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. Os autores relataram que, no Brasil, estudos demonstram que a gengivite e a periodontite apresentam maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos.

Números análogos foram encontrados na questão a respeito do sangramento gengival, onde 85 % do primeiro grupo e 87% do segundo souberam ser absolutamente errada a afirmativa de que era normal ocorrer o sangramento gengival durante a escovação. Este conhecimento, se divulgado pelos ACS de forma regular, pode ajudar a alterar o panorama relatado por Neves et al. (2010), que desenvolveram um estudo sobre a prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. Os mesmos relataram que no Brasil, estudos demonstram que gengivite e periodontite apresentam maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos.

A questão que apresentou menor coeficiente de acertos foi sobre a conduta adequada a ser adotada em caso de avulsão traumática de dentes permanentes. Nesta, 40% do grupo presencial e 43% do a distância assinalaram a resposta esperada. Os percentuais bastante próximos, de ambos os grupos, indicam ter havido falha na redação da questão e na abordagem do tema durante o treinamento. Este é um tema que deverá ser aprofundado com ambos os grupos do estudo, por se constituir de assunto onde a conduta adequada no momento do ocorrido pode alterar o prognóstico do tratamento de forma inequívoca.

Já a questão relativa à necessidade de tratamento endodôntico, apresentou 96% de acerto no grupo treinado a distância e 98% no presencial. Percentual superior ao de dois estudos: na pesquisa de Frazão e Marques (2006), 90,6% da amostra de ACS sabiam que a lesão de cárie não tratada leva a problemas endodônticos. No estudo de Bianco (2010), os ACS de Porto velho/Rondônia, apresentou-se 86% de acertos.

Tabela 5 – Percentual de acertos nas questões relativas a saúde bucal

Questões	Treinamento presencial (n = 134) %	Treinamento a distância (n = 49) %	P valor [*]
25 A cárie é uma doença bacteriana e é doença a mais frequente na boca. Quando não tratada pode evoluir levando a necessidade de tratamento endodôntico (canal) ou a perda do dente.	96,5	100	0,132
20 Os principais fatores de risco para câncer de boca são: excesso de álcool e fumo, mas próteses mal adaptadas e restos de dentes na boca também aumentam o risco.	96,3	89,8	0,088
19 Os dentes de leite (decíduos) precisam ser tratados da mesma forma que os permanentes e são importantes para guiarem os permanentes que estão se formando.	95,5	91,8	0,331
23 O sangramento da gengiva é normal de ocorrer durante a escovação	85,1	87,8	0,646
22 Na maioria dos casos o mau hálito (halitose) é causado por falta de remoção da placa bacteriana acumulada nos dentes e língua	79,1	89,8	0,096
21 O flúor só deve ser administrado em crianças, enquanto os dentes estão se formando.	64,9	61,2	0,644
18 A higiene bucal de um recém-nascido deve ser feita ao menos uma vez por dia com escova de dente macia e creme dental.	62,7	65,3	0,745
24 Se uma criança cair ou sofrer trauma e um dente permanente for avulsionado (sair) o mais correto é orientar ao responsável ou professor para lavar e secar bem o dente e depois com calma procurar o dentista	40,3	40,8	0,950

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

* Teste QuiQuadrado.

A Tabela 6 mostra as notas dos ACS nas avaliações pré e pós-treinamento, apresentando melhora significativa em ambos os grupos.

Tabela 6 – Notas dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em teste de conhecimento sobre Saúde Bucal pré e pós-treinamento (presencial ou a distância). Petrópolis, 2017

Tabela 6 – Notas dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em teste de conhecimento sobre saúde bucal pré e pós-treinamento (presencial ou a distância). Petrópolis, 2017.

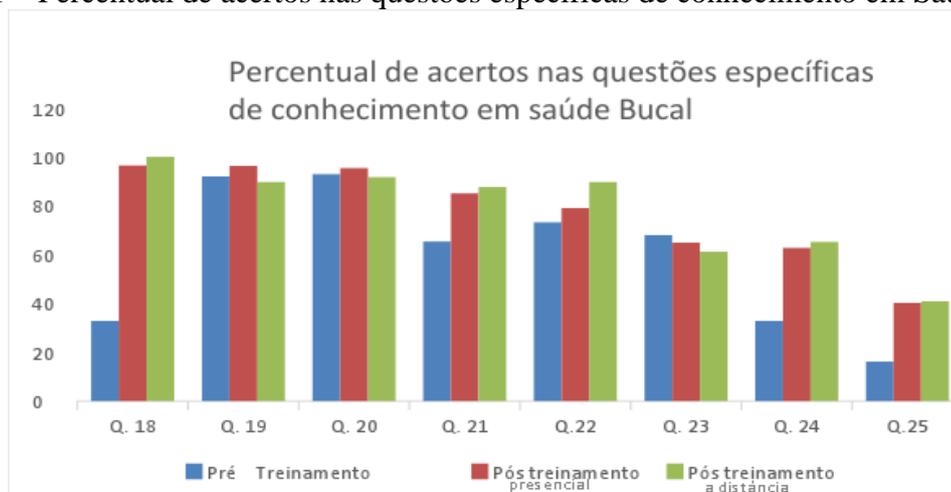
Notas	Pré-treinamento (n = 228 %)	Pós-treinamento (n = 183 %)
2,5	1,8	0,0
3,75	7,5	0,0
5	27,2	6,0
6,25	29,8	21,3
7,50	24,1	32,2
8,75	9,2	26,2
10	0,4	14,2
Média	6,1	7,77

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Teste de MannWhitney: p valor <0,000.

Foi realizada, ainda, a comparação dos percentuais de acerto nas questões específicas de saúde bucal, no pré e pós-treinamento presencial e a distância, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Percentual de acertos nas questões específicas de conhecimento em Saúde Bucal



Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Ao iniciar o treinamento presencial, um total de 19 ACS (6,8% do total) que haviam optado pelo treinamento a distância se apresentou para a modalidade presencial, alegando ter tido problemas de conectividade ou de equipamento.

Após a conclusão dos treinamentos, ao verificar a lista de acessos disponibilizada pelo Laboratório de Telessaúde da UERJ, pode-se identificar que outros 46 ACS (40% do total nesta modalidade de treinamento), designados para realizar o curso via EaD, não haviam realizado o mesmo da forma proposta. Estes ACS foram então convocados para um encontro, a fim de responder a instrumento para avaliação dos motivos alegados para a não realização do mesmo (anexo 3). Dos 46 ACS convocados, apenas 25 (54 %) compareceram. Para os demais, foi encaminhado o instrumento por e-mail, obtendo-se, então, mais 11 respostas, totalizando 78% de respostas dos ACS que não realizaram o treinamento a distância.

Com relação a esses 40% de ACS que deveriam ter realizado o curso via EaD mas não o fizeram, o instrumento aplicado pôde conferir que 78% alegaram alguma dificuldade com a plataforma do Telessaúde, tendo sido os motivos mais citados: não ter conseguido realizar o cadastro, o sistema não aceitar o número do CPF ou ainda indicar matrícula inválida após a realização do cadastro. Ainda assim, 89% relataram ter interesse em realizar treinamento via EaD caso, novos cursos sejam disponibilizados, conforme visto na Tabela 7.

Tabela 7 – Motivos para não adesão ao treinamento via EaD

Questões	Não realizou treinamento a distância (n=46) %
1 - Não assisti às aulas disponibilizadas no Telessaúde porque:	
Não entendi o que deveria fazer	0
Dificuldade de conectividade	12
Dificuldade de equipamento	8
Não me interessei pelo conteúdo	0
Dificuldade com a plataforma do Telessaúde	78
Por estarmos com sobrecarga de trabalho	0
Por problemas pessoais (outros)	2
2- O que você acha que foi (ou seria) a principal dificuldade de realizar o curso a distância? Caso marque outros, por favor, especifique.	
Dificuldade de acesso à internet	32
Dificuldade de tempo/disciplina para assistir as aulas	7
Falta de hábito	3
Outros	58
3- Se um novo curso fosse ofertado via EaD, teria interesse em fazer?	
Sim	89
Não	11

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Como parte final deste estudo, procurou-se evidenciar o total de escores obtidos com o questionário aplicado nos dois grupos e, após contabilizar a soma, realizar a análise estatística para verificar se houve diferença estatística significativa entre o grupo de ACS treinados de forma presencial e aqueles que foram treinados a partir do Telessaúde UERJ. Calculou-se, então, a média pré-treinamento, obtendo-se média 6,21 e intervalo de confiança de 95%: 6,01 - 6,40 e pós-treinamento, onde obteve-se média 7,77 e intervalo de confiança de 95%: 7,56 - 7,97.

No grupo 1 (presencial), a média apresentada foi 7,74 e o intervalo de confiança de 95%: 7,51 - 7,80, enquanto o grupo 2 (a distância) apresentou média 7,83 e intervalo de confiança de 95%: 7,41-8,25. Esses resultados apontam para um melhor desempenho depois do treinamento, com diferença estatisticamente significativa, entre as médias observadas (6,21 versus 7,77) e desempenho semelhante nos dois grupos de intervenção, com médias muito similares, sem diferença estatisticamente significativa entre elas.

Estes resultados, como citado, apontam melhor desempenho depois do treinamento, com diferença estatisticamente significativa entre as médias apresentadas e desempenho semelhante nos dois grupos, com médias muito similares, sem diferença estatisticamente significativa.

Uma das limitações encontradas na análise dos resultados deveu-se ao fato de que os respondentes aos questionários não terem sido identificados. Assim, os resultados foram observados apenas de forma coletiva, não sendo possível realizar análise individual dos mesmos.

Com relação ao objetivo principal deste estudo, de avaliar o nível de conhecimento e comparar duas metodologias para a Educação Permanente dos Agentes comunitários de saúde na temática saúde bucal, nos parece que os resultados encontrados deixam claro que, apesar de um bom conhecimento a respeito do tema, ambos os grupos apresentaram melhora após os treinamentos. E que os resultados similares nos dois grupos demonstram que a educação a distância é uma importante ferramenta na educação permanente.

A educação a distância pode ser uma das principais maneiras de auxiliar a prática de saúde, pois propicia ao profissional o conhecimento sobre determinado assunto e instiga o mesmo a buscar maiores informações, utilizando-se dos diversos recursos disponíveis, por meio dessa modalidade.

Na ESF, os programas de educação permanente, quando aliados a modelos a distância, são de extrema valia, já que, desse modo, é possível atender a profissionais que até então tinham que ultrapassar barreiras geográficas e temporais para sua qualificação profissional.

Possibilitam, ainda, ampliar a gama de temas que podem ser abordados nos espaços destinados à educação permanente.

Acredita-se que, com a devida divulgação e superados alguns problemas aqui elencados, como a barreira de acesso, as dificuldades relatadas com a plataforma, e ainda a resistência que alguns profissionais apresentam a tecnologia, a tendência será a de maior adesão a esta metodologia, em um curto espaço de tempo.

Essas considerações se encerram apontando para a necessidade de novos estudos que explorem melhor a questão do ensino a distância na ESF, não só para ACS, mas também para os demais profissionais. O que pode contribuir para prover a população adstrita de conhecimentos e atitudes que possam melhorar as suas próprias condições de saúde e de sua família.

CONCLUSÕES

O propósito inicial deste estudo foi avaliar o nível de conhecimento dos ACS sobre Saúde Bucal, e buscar, através de treinamento, maior integração e participação nas atividades relacionadas a esta temática, além de conferir a efetividade do treinamento via EaD como ferramenta para educação permanente no município de Petrópolis.

Após análise dos resultados obtidos, podem-se concluir que alguns dados coletados mostraram bastante satisfatórios. Dentre eles, 75% dos ACS terem como nível de escolaridade pelo menos o Ensino Médio completo, já estando de acordo com a nova lei 13590/2018 que determina que as novas seleções para ACS deverão apresentar esta obrigatoriedade.

Nas respostas pré-treinamento, foi possível perceber que os ACS já possuíam conhecimento bastante satisfatório nas questões relativas à Saúde Bucal e tinham consciência que trabalhar estas questões faz parte de suas atribuições. Mas, ainda assim, apenas 28% dos respondentes pré-treinamento relataram sempre abordar este assunto em suas rotinas de visita domiciliar.

Vale aqui ressaltar a afirmação de SILVEIRA (2002) que colocou como importante ponto da ESF a dimensão do cuidado, que vai além do vigiar, é a percepção da realidade de cada família buscando parceiros para a superação dos problemas mais comuns. Um dos melhores parceiros, sem dúvida, é o ACS, mas para isso é preciso contar com a ação dos mesmos no espaço da família. Esta ação tende a ser mais frequente e efetiva quando os ACS são treinados e motivados a trabalhar as questões relativas a esta temática.

No que tange ao ensino via EaD, foi possível concluir que, embora haja interesse em obter Educação Permanente através desta metodologia, algumas dificuldades ainda se mostram bastante recorrentes. Dentre elas, as mais apontadas foram o uso exclusivo do celular para acesso à internet, o que inviabilizou o acesso aos conteúdos disponibilizados, uma vez que os mesmos não estavam adaptados ao *mobile*. E ainda as dificuldades de conexão e com a plataforma do Telessaúde.

Isto comprova que, apesar de inúmeras políticas públicas, a exemplo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UnaSUS, criada em junho de 2008 como um projeto para melhorar a formação dos profissionais do SUS, por meio de cursos a distância, é possível perceber diretrizes voltadas para a formação profissional dos quadros que estão em atuação no SUS, baseadas em grande parte no ensino a distância. Existem, porém, barreiras digitais que ainda devem ser vencidas para efetiva consolidação dessas políticas.

Segundo pesquisa realizada no ano de 2015, pela The Economist Intelligence Unit, que levou em consideração a disponibilidade de sinal, a viabilidade de custo, e ambiente e fatores econômicos favoráveis, o Brasil apresenta dados conflitantes. Ao mesmo tempo em que é o primeiro país da América do Sul e 18º, dentre 75 países avaliados, em número de população com acesso à internet, está entre os 10 com maior número de população desconectada. O que pode ser apontado como consequência da desigualdade social encontrada em nosso país e do tamanho continental do mesmo (SORI, 2016).

A PNAD 2015, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou que 92,1% da navegação na Internet no Brasil são realizados, via smartfone, o que nos leva a reforçar o entendimento de que os conteúdos disponibilizados terão maior alcance se adaptados ao *mobile*.

A alteração destes dados de forma positiva é esperada, na medida em que políticas públicas efetivas de inclusão digital sejam colocadas em prática. Incluindo-se aqui os locais de mais difícil acesso, que poderiam ser ainda mais beneficiados pelo acesso ao ensino via EaD.

Com relação aos resultados das questões específicas de Saúde Bucal, apresentaram desempenho semelhante nos dois grupos de intervenção, com médias muito similares, sem diferença estatisticamente significativa entre elas. Isto parece conclusivo do potencial, ainda pouco explorado, do EaD como ferramenta para Educação Permanente dentro da ESF. Resultado semelhante ao encontrado por Tolomeu (2013), que observou que 89,4% das atividades de educação em saúde ofertadas aos ACS foram oferecidas na modalidade presencial, 5,3% e a distância. Os 5,3 % restantes foram parte presenciais e parte a distância. E ainda da necessidade de intensificar a abordagem dos temas relativos à Saúde Bucal que representou um percentual de 5,3% dentre os assuntos abordados.

Os dados obtidos nesta pesquisa apontam, assim, para o potencial do uso da educação a distância, dentro da educação permanente das ESF. Isto seria de especial importância para um maior refinamento de programas de EPS que visem aperfeiçoar e integrar o trabalho no âmbito do PSF, respeitando a singularidade e a especificidade de cada equipe, ampliando o olhar para a visão integral da saúde e democratizando as informações.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. “Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial”. In: Amâncio Filho, A.; Moreira, MC G B. *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 155-162.
- ALMEIDA M. E. B. “Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem”. In: *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.29, n.2, jul./dez. 2003. p. 327-340.
- BELLONI, M. L. *Educação à Distância*. 3. Campinas: Autores Associados, 2003. p.110-115.
- _____. *Educação a distância*. Campinas: Autores Associados, 2001. p.87-91
- _____. “Ensaio sobre a educação distância no Brasil”. In: *Educação & Sociedade*, ano XXIII, no 78, abril/2002 p.147-152.
- BORNSTEIN, V. J. *O agente comunitário de saúde na mediação de saberes*. [tese] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. p.29-33.
- BRASIL, 1997. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente saúde. Brasília, Secretaria de Educação Fundamental, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 843, de 27 de abril de 2016. Define os recursos financeiros destinados a aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Casa Civil. Lei 13590/2018 – 08 de janeiro de 2018. Inclui o Dia Internacional do Direito à Verdade no calendário nacional de datas comemorativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan. 2018, Seção I, p. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2372 de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nacional de Telessaúde nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010_comp.html>

Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35 de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/Portaria-35_2007.pdf>.

Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. UNASUS, 2010c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1393>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS G.W.S. *Saúde Paidéia*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 95-102.

CAMPOS, F.C., et al. “Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil”. In: SANTOS A.F.; SOUZA C.; ALVES H.J.; SANTOS S.F.; (organizadores). *Telessaúde - um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Belo Horizonte: UFMG, 2006, p. 59-74.

CECCIM, R. B.; ALBA, D. “Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva”. RECIIS. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* (Edição em Português. Online), v. 6, 2012. p.7-20.

CHIESA, A.M.; FRACOLLIU L.A. “O trabalho dos ACS nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção de Saúde”. In: *Ver. Bras. Saúde da Família*, 2004. p 42-49.

CHRISTANTE, L. et. al. “O papel do ensino a distância na educação médica continuada: uma análise crítica”. In: *Rev Assoc Med Bras*, 2003, p. 326-329.

CORRÊA, M. “Um Pouco de História”. In: *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1995. p. 33-37.

COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A.J. *Odontologia Preventiva e Social: textos selecionados*. Educação para a Saúde. Natal: UFRN, 1997. Cap. 17, p. 223 – 249.

- COSTA, I. C. C. “O Paradigma da promoção de saúde e sua interface com a saúde bucal”. In: FERREIRA MAF, RONCELLI AG, LIMA KC. (Organizadores). *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*. Natal, 2004. p. 249-259.
- DAVID, Helena M. S. L. *Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares*. 2001. [tese] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. p.44-51.
- DIAS, C. R. *Promoção e Proteção da Saúde Bucal: O cotidiano da prevenção*. São Paulo: Santos, 2007. p 75-81.
- ELIAS, P. A. “Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista”. In: *Saúde Soc.* 1993; 2 (1): p. 59-73.
- EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. “Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará)”. In: *Cienc. Saúde Colet.* 2008; 13(1) p. 35-41.
- FERRAZ, L.; AERTS, DRGC. “O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre”. In: *Cienc. Saúde Colet.* 2005, 10(2): p. 347-55.
- FLORES, O. *O Agente Comunitário de Saúde: caracterização da sua formação sócio histórica como educador em saúde*. [tese]. Universidade de Brasília, 2007. p. 78-84.
- FRAZÃO, P; MARQUES, D. “Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal”. In: *Rev. Saúde Pública.* 2009. INCA,2016. 43(3): p.463-471
Disponível em:
<<http://www2.Inca.Gov.Br/Wps/Wcm/Connect/Tiposdecancer/Site/Home/Boca>>. Acesso em: 12 de jan. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por amostra de domicílio, 2015. IBGE, 2015. Disponível em:
<biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em 26 de janeiro de 2018
- KENSKI, V. M. *Tecnologias e ensino presencial e a distância*. Campinas, SP: Papyrus, 2003. p. 91-92
- KOYASHIKI, G.A.K.; SOUZA, R.A.A; GARANHANI, M.L. “O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de saúde”. In: *Ciência e Saúde coletiva*. Vol. 13, julho/agosto 2008. p. 144-150.
- LORENZI C. G; PINHEIRO R.L. “A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família”. In: *Ciência e Saúde coletiva*, 21 (8) agosto de 2016. p. 1343-1354.
- MANFREDINI, M.A. “Saúde Bucal no PSF no Brasil”. In: *Saúde Bucal coletiva Metodologia de trabalho e práticas*, 2006. p. 43-46.
- MARQUES, D. S. *Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da Saúde Bucal*. [dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos, 2005. p. 49-56.

MARTINES, W. R. V; CHAVES, F. C. “Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família”. In: *Ver. Esc. Enferm. USP*- 2007 41(3). p. 426-433.

MILL, D; FIDALGO, F. “Estudo sobre relações de saber em sistemas de educação a distância virtual”. In: *Perspectiva*, Florianópolis, v. 22, n. 01, p. 227-256, jan./jun. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde em Educação Permanente. Série pactos pela saúde. v. 9, 2006.

MOTA, R. R. A, DAVID, H. M. S. L. “A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?”, In: *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 8(2): p. 229-248.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. *Saúde Bucal no Brasil*. Muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008. p. 111-117.

NARVAI, P.C. “Saúde Bucal Coletiva: um conceito”. In: *Odontol Soc*. 2001, 3 p.47-52 .

NEVES, A. M., PASSOS, I. A., OLIVEIRA, A. F. B. “Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico”. In: *Odontol. Clín-Cient*. 2010; 9(1) p. 65-71.

NORONHA, A. B. “Compartilhamento de saberes. O diálogo deve ser aberto e problematizador”. In: *Tema*, Fiocruz. São Paulo, v. 21, p.10-11, nov./dez.

NUNES, M. O, et. al. “O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico”. In: *Cad Saúde Pública*, 2004; 18: p.1639-46.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília, 2006. p. 14-19.

PADALINO, Y.; PERES, H.M. “*E-learning*: estudo comparativo da apreensão do conhecimento entre enfermeiros”, In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. vol.15, 2007. p. 397-403.

PEREIRA, D. Q; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. “A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde individual, curativa, autônoma e tecnicista”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2013.

PONTES, N.S.T. *Processo de trabalho em Saúde Bucal e necessidade de educação permanente - A experiência no PSF do município de Petrópolis*, [dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. p. 37-45.

PUPPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. “Agentes comunitários de Saúde e os sentidos de ‘ser agente’”. In: *Estudos de Psicol.*, 2008; 13(2). p.157-163.

RENDEIRO, M.M.P. *O Ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema de Saúde Brasileiro, atores, ideias e instituições* [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. p. 29-30.

SANTOS, C.R.I. *Agentes Comunitárias de Saúde Como ator na promoção de Saúde Bucal*. [dissertação] Faculdade de Saúde Pública- USP São Paulo, 2010. p. 42-51.

SILVA, M. “A educação presencial e à distância em sintonia com a era digital e com a cidadania, 2010”. In: SILVA, M.: CONGRESSO BRASILEIRO DA COMUNICAÇÃO, 24., 2001, Campo Grande. Anais... Mato Grosso: INTERCOM - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2001. p. 1-20. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2001/arquivos/sobre.htm>>. Acesso em 12/11/2017.

SILVA, N.A. *Estudo comparativo entre ensino presencial e a distância para educação permanente de profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem*, [dissertação]. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. p. 35-36.

SILVEIRA Filho, A. D. “A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática”. In: *Rev. Bras. Saúde da Família*. 2002b; (6): 36-43.

SOLLA, J. J. S. P; MEDINA, M. G; DANTAS, M. B. P. “O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde”. In: *Saúde em Debate*. 1996, 51. p. 4-15.

SOPHIA, D. “Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. *Revista Tema: Educação Popular em Saúde*, n. 21, Rio de Janeiro, nov./dez. 2001. p. 4-6.

SORI B. REMOLD J. “Exclusão digital e educação no Brasil”. Boletim Técnico do Senac, São Paulo 2016 - bts.senac. p. 13-14.

SOUSA, M. F. *Agentes comunitários de saúde*. Choque de Povo! São Paulo: Hucitec, 2001. p. 34-39

TOLOMEU, J. S. O, et al. “Ações de educação em saúde para agentes comunitários de saúde”. *Rev. Univer Vale do Rio Verde*. 2013; 11(1), p. 40-49.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. *Educative practice of community health agents*. *La Enfermagem*, 2007; 15(1) p.141-14.

ZANETTI, C. H. G. *A crise e a perda da sustentabilidade da odontologia brasileira: perspectivas para uma agenda brasileira da saúde bucal*. Ensp, Fiocruz, 2000. [Anteprojeto de Tese].

ZERBINI, T.; CARVALHO, R. S.; ABBAD, G. D. “Treinamento a distância via internet: construção e validação de escalas de estratégias de Aprendizagem”. In: Anais do 29º Encontro da Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração. 2005; Brasília [CD-ROOM]. Brasília: ENAMDAD, 2005.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Estudo comparativo entre metodologia presencial e a distância: o caso da Saúde Bucal"

Pesquisador: Cláudia Botelho de Oliveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 69073117.4.0000.5282

Instituição Proponente: Laboratório de Telemedicina e Telessaúde UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.449.997

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação de mestrado profissional em Telessaúde da UERJ.

A atual política de atenção primária à saúde no país é baseada, em grande parte, na Estratégia da Saúde da Família (ESF), obedecendo aos preceitos do Sistema Único de Saúde. Dentro da Estratégia, compreende-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde. Para tanto, seu trabalho deve ser articulado ao dos demais membros da equipe e, para o amplo aproveitamento de suas funções, faz-se necessário que os mesmos sejam constantemente treinados e capacitados em toda a ampla gama de assuntos envolvidos em sua rotina de trabalho, incluindo-se todas as questões relacionadas aos cuidados e promoção da saúde oral. Considerando-se que: a meta do Programa Telessaúde Brasil Redes é melhorar a qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ampliação da capacitação das equipes de saúde da família, usando tecnologia capaz de promover a teleeducação/telessaúde com impacto positivo na resolubilidade do sistema e na atenção à saúde, nos parecem claras as

potencialidades na utilização da telessaúde para capacitação dos ACSs, objetivando contribuir para a melhoria da qualidade da saúde bucal da população a partir da promoção/educação em saúde. Para aferir estas potencialidades, a pesquisadora utilizará questionários para avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde em atuação no município de Petrópolis nas questões de saúde bucal, pré e pós o treinamento que será oferecido aos referidos profissionais. Os mesmos serão divididos em dois grupos: um será treinado a partir de aulas presenciais, outro através do Telessaúde UERJ. Os dados colhidos serão analisados percentualmente e serão estabelecidos padrões de comparação para avaliação dos resultados do treinamento no conhecimento, na percepção da importância e na inclusão das questões de saúde bucal na rotina de trabalho entre os dois grupos. Pretende-se, assim, constatar se estes treinamentos atenderam suas expectativas, se refletiram em mudanças em sua abordagem profissional e qual método apresentou melhores resultados. Espera-se contribuir, ainda, para maior disseminação do potencial do Telessaúde como ferramenta para educação permanente. Este projeto se propõe a avaliar os conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde em Saúde Bucal, aplicar treinamento presencial e a distância e comparar a efetividade das duas modalidades. A abordagem utilizada será quantitativa descritiva. Serão convidados a participar do projeto os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Petrópolis em atuação no ano de 2015. O trabalho será previamente submetido a Comitê de Ética e todos os participantes lerão e assinarão termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisadora informa que a coleta de dados será feita ao longo do ano de 2017. Os Agentes Comunitários serão informados sobre o projeto a partir de ofício, enviado através da coordenação de Atenção Básica da Prefeitura de Petrópolis, e convidados para encontro presencial dentro do calendário de Educação Permanente. Nestes encontros, serão esclarecidos sobre possíveis dúvidas e responderão a questionário inicial para avaliação de seus conhecimentos sobre as questões relativas à saúde bucal, perfil pessoal, profissional e digital. A partir destes questionários iniciais, será adequado o conteúdo de curso a ser ministrado. Os ACSs serão divididos aleatoriamente em dois grupos. O primeiro receberá treinamento presencial realizado pela pesquisadora e uma Técnica em Saúde Bucal. O segundo receberá treinamento a partir de minicursos disponibilizados via Telessaúde UERJ. O treinamento presencial e a distância terão a mesma carga horária e o mesmo conteúdo. Para os ACSs que tiverem dificuldade de realizar o treinamento via telessaúde por dificuldade de conectividade ou computador, será disponibilizado o uso do laboratório de informática da Faculdade Arthur Sá Earp, em horários a serem definidos com a direção da instituição. Antes do início dos treinamentos, os ACS responderão a questionário a fim de avaliar seus conhecimentos prévios sobre os temas a serem abordados no curso e a forma como a saúde bucal é trabalhada em sua rotina profissional. Após o referido treinamento, a totalidade de agentes participantes

responderá novamente ao questionário sobre conhecimentos e práticas de saúde bucal em sua rotina de trabalho. Os dados serão analisados percentualmente e serão estabelecidos padrões de comparação para avaliação dos resultados do treinamento no conhecimento, na percepção da importância e na inclusão das questões de saúde bucal na rotina de trabalho entre os dois grupos. Permitindo, assim, a verificação da efetividade das duas formas de treinamento propostas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o nível de conhecimento e comparar duas metodologias para a Educação Permanente dos Agentes comunitários de saúde na temática saúde bucal.

Objetivos Secundários:

- Avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitário de Saúde sobre a temática Saúde Bucal;
- Oferecer capacitação na temática saúde bucal aos ACSs, em parceria com a coordenação de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, na modalidade presencial e na modalidade EaD;
- Compreender as limitações e possíveis dificuldades na utilização das duas modalidades como estratégia para educação permanente;
- Conferir a efetividade do treinamento oferecido a distância, comparativamente com o presencial;
- Testar duas diferentes metodologias para capacitação dos ACSs em Saúde Bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco deste estudo é a impossibilidade de conclusão dos módulos ou baixo aproveitamento em decorrência da dificuldade de conectividade. Caso haja algum prejuízo em decorrência do risco acima apresentado, o participante será redirecionado para realização do treinamento presencial.

Benefícios:

O benefício esperado deste estudo é maior atuação dos ACS nas questões relativas a este tema, refletindo em melhoria na qualidade da saúde bucal da população, além do uso do Ensino a Distância como ferramenta de educação permanente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa encontra-se estruturado satisfatoriamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: Financiamento próprio.
- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.
- Carta de anuência - devidamente datada, assinada e carimbada pela diretora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis autorizando a coleta de dados com os Agentes Comunitários de Saúde do Município.
- Cronograma - os períodos de execução deverão ser adequados considerando que alguns prazos estão defasados.
- TCLE - a pesquisadora descreve a COEP como COMISSÃO DE PESQUISA DA UERJ, é necessário corrigir o nome da Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP/UERJ), pois não condiz com a realidade.

Recomendações:

- Corrigir no TCLE, o nome da Comissão DE ÉTICA em Pesquisa da UERJ (COEP/UERJ).
- Cronograma - adequar os períodos de execução, visto que a coleta de dados não ocorrerá nos meses de novembro e dezembro de 2017, conforme demonstrado na planilha Excel anexada à Plataforma Brasil. E isto irá alterar as demais fases de desenvolvimento do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O desenvolvimento do estudo está APROVADO, devendo a pesquisadora ATENDER às RECOMENDAÇÕES ACIMA, ANTES de iniciar a COLETA DE DADOS.

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2018. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 867698.pdf	08/11/2017 15:27:07		Aceito
Cronograma	cronogramaatualizado.xlsx	08/11/2017 14:58:10	Cláudia Botelho de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento	tcle.docx	08/11/2017 14:57:36	Cláudia Botelho de Oliveira	Aceito
Justificativa de Ausência	tcle.docx	08/11/2017 14:57:36	Cláudia Botelho de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ClaudiaBotelhoACSplatbrasil.docx	25/09/2017 12:35:05	Cláudia Botelho de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autmsparapesquisa.docx	25/09/2017 12:33:49	Cláudia Botelho de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/06/2017 15:34:54	Cláudia Botelho de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de dezembro de 2017

Assinado por:

Patrícia Fernandes Campos de Moraes

(Coordenador)

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada:
**"ESTUDO COMPARATIVO ENTRE METODOLOGIA PRESENCIAL E A
DISTÂNCIA: O CASO DA SAÚDE BUCAL"**

Conduzida por Cláudia Botelho de Oliveira, cirurgiã dentista, lotada no PSF Pedras Brancas, cito à Rua Pedras Brancas sem número- Pedras Brancas, Petrópolis, este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento sobre saúde bucal dos Agentes Comunitários de saúde de Petrópolis e propor treinamento usando diferentes metodologias.

O risco deste estudo é a impossibilidade de conclusão dos módulos ou baixo aproveitamento em decorrência da dificuldade de conectividade. Caso haja algum prejuízo em decorrência do risco acima apresentado, você será redirecionado para realização do treinamento presencial. O benefício esperado deste estudo é maior atuação dos ACS nas questões relativas a este tema, refletindo em melhoria na qualidade da saúde bucal da população, além do uso do Ensino a Distância como ferramenta de educação permanente.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a dois questionários, inicial e final. Serão disponibilizados, ainda, treinamentos sobre o tema, sempre nos horários destinados à Educação Permanente.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Os dados coletados serão armazenados para fins de pesquisa em programa de computador adequado e os questionários destruídos após a coleta de informações e digitação das mesmas. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os contatos do pesquisador responsável: Claudia Botelho de Oliveira e mail oliveirabclau@gmail.com e tel. 24 22354078. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis End.: Av. Barão do Rio Branco, nº 2846 – Retiro

CEP: 25680-276 Tel.: (24) 2233-8850/2233-8852 E-mail: ssa@petropolis.rj.gov.br

Em caso de dúvida, sugestão ou reclamação, entre em contato com a comissão de pesquisa da UERJ, através dos contatos: e mail: etica@uerj.br. Telefone/Fax: 2334-2180
Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Sala 3018, Bloco E, 3º andar, Maracanã. Rio de Janeiro. CEP 20550-013.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Petrópolis, ____ de _____ de ____.

Nome do Participante: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Nome do pesquisador: Cláudia Botelho de Oliveira

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO C – Questionário inicial apresentado aos agentes comunitários de saúde para avaliação de conhecimento e elaboração do conteúdo do curso a ser ministrado

Questionário inicial apresentado aos Agentes Comunitários de Saúde para avaliação de conhecimento e elaboração do conteúdo do curso ser ministrado.

Prezado Agente Comunitário de Saúde,

Estamos realizando uma pesquisa para avaliar os conhecimentos de vocês sobre Saúde Bucal. Nossa intenção é, a partir das respostas obtidas, analisar a necessidade de uma capacitação sobre estes temas de forma a aperfeiçoar seu trabalho nesta área. Para isto, contamos com sua colaboração respondendo ao questionário a seguir.

Desde já agradecemos sua colaboração;

BLOCO I - PERFIL DO ALUNO

1 - Sexo:

A - Masculino

B - Feminino

2 - Idade:

A - De 20 a 30 anos

B - De 31 a 40 anos

C - De 41 a 50 anos

D - De 51 a 60 anos

E - Mais de 60 anos

3 - Grau de instrução

A - Ensino Médio completo

B - Ensino Médio incompleto

C - Ensino Fundamental

D - Outros

Caso marque a opção outros, especifique: _____

4 - Há quanto tempo você trabalha como Agente Comunitário de Saúde?

- A - Até 1 ano
- B - 1 a 3 anos
- C - 3 a 6 anos
- D - Mais de 6 anos

5 - A Unidade de Saúde da Família onde você trabalha conta com equipe de Saúde Bucal?

- A - Sim
- B - Não

BLOCO 2 - HÁBITOS DE USO DE COMPUTADOR/INTERNET**6 - Você tem acesso à internet regularmente?**

- A - Sim.
- B - Não

7 - Você acessa a internet em que lugar? (Pode marcar mais de uma opção)

- A - Casa
- B - Celular
- C - Trabalho

8 - Você acessa a Internet com que frequência?

- Diariamente
- 2 a 6 dias por semana
- Uma vez por semana
- Menos de uma vez por semana
- Uma vez por mês

9 - Com que frequência você acessa a sua caixa de e-mails?

- Diariamente
- 2 a 6 dias por semana
- Uma vez por semana
- Menos de uma vez por semana
- Uma vez por mês

10 - Você já fez algum curso a distância?

- Sim
- Não

11 - Caso já tenha feito, como foi sua experiência?

- Muito Boa
- Boa
- Regular
- Ruim

12 -O que você acha que seria (ou foi) a principal dificuldade de fazer um curso a distância?

- Dificuldade de acesso à internet
- Dificuldade de tempo/ disciplina para assistir às aulas
- Falta de costume
- Outros

Caso marque outros especifique: _____

BLOCO 3 - CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL

13 -Você já recebeu algum treinamento sobre saúde bucal?

- Sim
- Não

14 - Com que frequência você costuma falar sobre saúde bucal em suas visitas domiciliares?

- Sempre
- Quando me perguntam sobre isso
- Algumas vezes
- Nunca

15 - Quanto à higiene bucal de um bebê recém-nascido, qual a conduta você acha que seria a correta?

- Ser feita pelo dentista
- Como o bebê ainda não tem dentes, não precisa limpar
- Com gaze ou fralda umedecida em água limpa
- Usar escova e pasta de dente sem flúor
- Não sabe

16- Em relação aos dentes de leite (dentição decídua), qual opção você considera adequada?

- Como os dentes de leite vão cair, não precisa cuidar
- Surgem na boca quando as mães param de amamentar
- Não têm raiz, por isso não doem e caem sozinhos
- Servem de guia para os dentes permanentes que estão se formando
- Não sabe

17 - Qual dos fatores abaixo você acha que é o mais importante para ter uma dentição forte?

- Herança dos pais (nascença)
- Tipo de Raça
- Ir sempre ao dentista
- Cuidados com a Higiene bucal e alimentação
- Não sabe

18 - Durante a gravidez o tratamento dentário deve ser:

- Preventivo e periódico
- Evitado durante toda a gestação
- Realizado somente em casos de urgência
- Gestante pode tratar de dente, mas não pode tomar anestesia.
- Não sabe

19 - Qual o principal fator de risco para câncer de boca?

- Alguns tipos de medicamento
- Alimentação rica em sal e açúcar
- Excesso de álcool e fumo
- Perda de dentes permanentes por cárie
- Não sabe

20 - O Flúor é importante:

- Na infância, quando os dentes estão se formando
- Na vida adulta
- Na terceira idade
- Em todas as fases da vida
- Não sabe

21 - A principal fator que ocasiona o mal hálito (halitose) é:

- Estresse emocional
- Alguns tipos de medicamentos
- Fumo e Álcool em excesso
- Falta de remoção da placa bacteriana acumulada nos dentes e na língua
- Não sabe

22 - O sangramento gengival é:

- Normal de ocorrer durante a escovação
- O maior causador de cárie
- Uma infecção no nervo do dente
- O primeiro sinal de uma doença gengival
- Não sabe

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO D – Questionário apresentado aos agentes comunitários de saúde antes do início do treinamento

Questionário apresentado aos Agentes Comunitários de Saúde antes do início do treinamento.

Prezado Agente Comunitário de Saúde, antes de iniciarmos este treinamento sobre saúde bucal, por favor, responda a algumas questões sobre você, seu trabalho e conhecimentos sobre este assunto.

Questionário Inicial – Treinamento ACS em Saúde Bucal

I - Perfil do agente comunitário de saúde

1 - Sexo:

- Masculino
- Feminino

2- Idade:

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- Mais de 60 anos

3 - Grau de escolaridade:

- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino fundamental
- Superior completo
- Superior incompleto

4 - Há quanto tempo você trabalha como ACS?

- Até 1 ano
- 1 a 3 anos
- 4 a 10 anos
- Mais de 10 anos

5 - A unidade de saúde da família onde você trabalha conta com equipe de saúde bucal?

- Sim

- Não

II - Hábitos de uso de computador/internet

6 - Você tem acesso à internet regularmente?

- Sim
- Não

7 - Você acessa a internet em que lugar? (pode marcar mais de uma opção)

- Casa
- Celular
- Trabalho

8 - Você já fez algum curso a distância?

- Sim
- Não

9 - Caso já tenha feito, como foi a experiência?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

10 - O que você acha que seria (ou foi) a principal dificuldade de fazer curso a distância?

- Dificuldade de acesso à internet
- Dificuldade de tempo/disciplina para assistir às aulas
- Falta de hábito
- Outros

Caso marque outros, por favor, especifique: _____

III - Motivação para realização do curso

11- Você se encontra motivado para a realização deste curso?

- Muito motivado
- Moderadamente motivado
- Ligeiramente motivado
- Nada motivado

12 - Se este curso fosse disponibilizado fora do seu horário de trabalho, você teria interesse em fazer?

- Sim
- Não
- Talvez

IV - Conhecimentos e atuação nas questões de saúde bucal

13 - Você já recebeu algum treinamento sobre saúde bucal?

- Não
- Sim – no curso introdutório
- Sim da equipe de saúde bucal com quem trabalho
- Sim foi bom e me sinto preparada para abordar estas questões
- Sim, mas gostaria de mais informações

14 - Trabalhar as questões de saúde bucal faz parte das atribuições dos ACS?

- Sim
- Não
- Não sei

15 - Com que frequência você fala sobre saúde bucal em suas visitas domiciliares?

- Sempre
- Quando me perguntam sobre isso
- Algumas vezes
- Nunca

16 - Quais ações os agentes comunitários de saúde podem desenvolver em relação à saúde bucal?

- Orientação nas visitas domiciliares
- Orientação individual ou em grupo, desde que junto com profissional da equipe de saúde bucal
- Orientação e distribuição de escovas
- Orientação, promover educação em saúde bucal em grupos, escovação supervisionada, ensinar sobre autoexame para detectar câncer de boca, entre outros

17 - Quais os fatores que dificultam a atuação do ACS em saúde bucal?

- Nenhum fator
- Já tenho muitos assuntos para abordar
- Moradores da área não aceitam orientação sobre saúde bucal
- Falta de material /treinamento que incentive os ACS
- Dificuldade de conseguir tratamento odontológico quando necessário

Agora refletindo sobre os conhecimentos que você possui sobre saúde bucal, classifique entre 1 e 5 as afirmações propostas, sendo 5 quando você considerar a resposta como absolutamente certa e 1 quando você considerar absolutamente errada, ou não selecionado quando você não souber:

18 - A higiene bucal de um recém-nascido deve ser feita ao menos uma vez por dia, com escova de dente macia e creme dental.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

19 - Os dentes de leite (decíduos) precisam ser tratados da mesma forma que os permanentes e são importantes para guiarem os permanentes que estão se formando.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

20 - Os principais fatores de risco para câncer de boca são: excesso de álcool e fumo, mas próteses mal adaptadas e restos de dentes na boca também aumentam o risco.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

21 - O flúor só deve ser administrado em crianças, enquanto os dentes estão se formando.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

22 - Na maioria dos casos o mau hálito (halitose) é causado por falta de remoção da placa bacteriana acumulada nos dentes e língua.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

23 - O sangramento da gengiva é normal de ocorrer durante a escovação.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

24 - Se uma criança cair ou sofrer trauma e um dente permanente for avulsionado (sair) o mais correto é orientar ao responsável ou professor para lavar e secar bem o dente e depois, com calma, procurar o dentista

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

25 - A cárie é uma doença bacteriana e é a doença mais frequente na boca. Quando não tratada, pode evoluir, levando à necessidade de tratamento endodôntico (canal) ou à perda do dente.

Não selecionado	1	2	3	4	5
--------------------	---	---	---	---	---

Muito obrigada pela sua colaboração, e espero que você goste do curso que será disponibilizado!

ANEXO E – Questionário apresentado aos agentes comunitários de saúde após a conclusão do treinamento sobre saúde bucal

Questionário apresentado aos Agentes Comunitários de Saúde após a conclusão do treinamento sobre saúde bucal.

Prezado Agente Comunitário de Saúde, após o término deste treinamento sobre saúde bucal, gostaríamos de saber sua opinião sobre o curso e os conhecimentos adquiridos. Por favor, responda a algumas questões sobre você, seu trabalho e conhecimentos sobre este assunto.

I - Perfil do agente comunitário de saúde

1 - Sexo:

- Masculino
- Feminino

2 - Idade:

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- Mais de 60 anos

3 - Grau de escolaridade:

- Ensino Médio completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Fundamental
- Superior completo
- Superior incompleto

4 - Há quanto tempo você trabalha como ACS?

- até 1 ano
- 1 a 3 anos
- 4 a 10 anos
- mais de 10 anos

5 - A unidade de saúde da família onde você trabalha conta com equipe de saúde bucal?

- Sim
- Não

II - Hábitos de uso de computador / internet

6 - Você tem acesso à internet regularmente?

- Sim
- Não

7 - Você acessa a internet em que lugar? (pode marcar mais de uma opção)

- Casa
- Celular
- Trabalho

8 - Você já fez algum curso a distância?

- Sim
- Não

9 - Caso já tenha feito, como foi a experiência?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

10 - O que você acha que seria (ou foi) a principal dificuldade de fazer curso a distância?

- Dificuldade de acesso à internet
- Dificuldade de tempo/disciplina para assistir às aulas
- Falta de hábito
- Outros

Caso marque outros, por favor, especifique: _____

III - Avaliação do curso

Refletindo sobre o treinamento recebido, classifique como não selecionado se não souber responder, ou de 1 a 5, sendo 1 muito insatisfeito e 5 muito satisfeito.

11 - Com relação ao conteúdo do curso e suas expectativas?

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

12 - Quanto a usabilidade dos temas abordados na sua rotina de trabalho?

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

13 - A forma como os temas foram abordados estimulou a sua reflexão sobre a sua prática profissional?

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

IV - Conhecimentos e atuação nas questões de saúde bucal

14 - Trabalhar as questões de saúde bucal faz parte das atribuições dos ACS?

- Sim
- Não
- Não sei

15 - Com que frequência você fala sobre saúde bucal em suas visitas domiciliares?

- Sempre
- Quando me perguntam sobre isso
- Algumas vezes
- Nunca

16 - Quais ações os agentes comunitários de saúde podem desenvolver em relação à saúde bucal?

- Orientação nas visitas domiciliares
- Orientação individual ou em grupo, desde que junto com profissional da equipe de saúde bucal, orientação e distribuição de escovas
- Orientação, promover educação em saúde bucal em grupos, escovação supervisionada, ensinar sobre autoexame para detectar câncer de boca entre outros

17 - Quais os fatores que dificultam a atuação do ACS em saúde bucal?

- Nenhum fator
- Já tenho muitos assuntos para abordar
- Pessoas da área não aceitam orientação sobre saúde bucal
- Falta de material /treinamento que incentive os ACS
- Dificuldade de conseguir tratamento odontológico, quando necessário

Agora, refletindo sobre os conhecimentos que você possui sobre saúde bucal, classifique entre 1 e 5 as afirmações propostas, sendo 5 quando você considerar a resposta como absolutamente certa e 1 quando você considerar absolutamente errada, ou não selecionado quando você não souber:

18 - A higiene bucal de um recém-nascido deve ser feita ao menos uma vez por dia com escova de dente macia e creme dental.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

19 - Os dentes de leite (decíduos) precisam ser tratados da mesma forma que os permanentes e são importantes para guiarem os permanentes que estão se formando.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

20 - Os principais fatores de risco para câncer de boca são: excesso de álcool e fumo, mas próteses mal adaptadas e restos de dentes na boca também aumentam o risco.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

21 - O flúor só deve ser administrado em crianças, enquanto os dentes estão se formando.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

22 - Na maioria dos casos o mau hálito (halitose) é causado por falta de remoção da placa bacteriana acumulada nos dentes e língua.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

23 - O sangramento da gengiva é normal de ocorrer durante a escovação.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

24 - Se uma criança cair ou sofrer trauma e um dente permanente for avulsionado (sair), o mais correto é orientar ao responsável ou professor para lavar e secar bem o dente e depois, com calma, procurar o dentista.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

25 - A cárie é uma doença bacteriana e é a doença mais frequente na boca. Quando não tratada pode evoluir, levando à necessidade de tratamento endodôntico (canal) ou à perda do dente.

Não selecionado	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

Obrigada por sua participação.

ANEXO F – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis para realização da pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

AUTORIZAÇÃO

Claudia Carvalho Respeita da Mota, diretora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, autoriza Cláudia Botelho de Oliveira, Cirurgiã Dentista, lotada na USF Pedras Brancas, a realizar pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde, avaliando sua infocultura, seus conhecimentos em saúde bucal e os resultados apresentados em treinamentos presenciais e a distância, para dissertação de mestrado profissional em Telessaúde da UERJ.

Petrópolis, 18 de julho de 2016

Claudia Carvalho Respeita da Mota
Diretora do Dep. de Atenção Básica
Matrícula 3875

Cláudia Carvalho Respeita da Mota
Diretora da Atenção Básica