

Potencialidade da Educação Permanente na Qualificação do Cuidado em Tuberculose

Rodrigo Juliano Grignet*

Adriana Zilly*

Nathalia Halax Orfão**

Rosane dos Santos Grignet***

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho*

45

Resumo

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representa um marco para a formação e aprimoramento do trabalho em saúde no Brasil. É uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca promover a transformação das práticas para o setor. O objetivo deste estudo foi buscar compreender como a educação permanente em saúde (EPS) e seus conceitos são percebidos pelos profissionais da atenção primária em saúde (APS), envolvidos no tratamento da tuberculose (TB) e, quais as possíveis barreiras para seu amplo entendimento e utilização no processo de qualificação da assistência municipal. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo inquérito com abordagem quantitativa, com aplicação de instrumento avaliativo do grau de concordância apropriando-se da Escala Likert com profissionais da APS. Os dados foram analisados estatisticamente pelo software XLSTAT®. Para a realização de independência entre as questões e as variáveis avaliadas, foi realizado o teste de Qui-quadrado. As assertivas evidenciaram distorções sobre a percepção da EPS. Os dados mais relevantes denotam dificuldade de relacionar a prática profissional com o processo de ensino, isto também se reflete nas ações de enfrentamento das doenças negligenciadas entre elas, a TB. Neste contexto, para que a EPS possa ser um instrumento de análise crítica dos conhecimentos sobre a realidade local, e efetivamente aplicada de forma objetiva precisa ser pensada e adaptada, sobretudo quando o foco são doenças historicamente relegadas ao segundo plano.

Palavras-chave: Tuberculose, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação Continuada.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) por ser porta de entrada para a assistência tem necessariamente que possuir uma dinâmica altamente adaptável, para a contínua e sistemática evolução do modelo. Os desafios são de magnitude elevada, e observados na carta magna em seu artigo 200 ao estabelecer que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde¹.

Assim, e neste contexto, pode-se compreender a tuberculose (TB) como a doença

infecciosa que permite traçar o perfil de ação em saúde pública, age como um marcador da trajetória dos sucessos e fracassos operacionais da APS, clarificando que é fundamental um movimento além do modelo biomédico para a resolução de doenças negligenciadas^{2,3}.

Esse fato é observável historicamente há quase 200 anos, quando Friedrich Engels na obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* escreveu a respeito da TB e sua relação com as péssimas condições sanitárias da classe operária na Inglaterra Vitoriana, época em que a TB era causa determinante dos óbitos precoces

DOI: 10.15343/0104-7809.202044045056

*Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE, Foz do Iguaçu, PR, Brasil

**Universidade Federal de Rondônia- UNIR, Porto Velho RO, Brasil

***Centro Universitário Dinâmica das Cataratas- UDC, Foz do Iguaçu PR, Brasil

E-mail: rodrigo.grignet@unila.edu.br

e da morbidade dos operários saxões. Todavia no início do século XXI, os mesmos problemas sanitários e de saúde, em contextos de sociais análogos àqueles descritos por Engels, onde relatava que alguns tipos de trabalho fabril, e ambiente poluído, tinham consequências particularmente nocivas. Os efeitos mais comuns da inspiração nesses espaços eram os escarros de sangue, a respiração ofegante e sibilante, dores no peito, tosse, insônia, todos os sintomas da asma e, nos piores casos, a TB pulmonar⁴.

A fisiopatologia da TB é modelo clássico da doença infecciosa, de curso lento e progressivo e, além dos recursos farmacológicos, necessita de estrutura gestora estável para seu enfrentamento em serviços de saúde, com profissionais atentos e preparados, atuando em equipes multidisciplinares, apoiados por sistemas de informação adequados^{2,5}. Reconhece-se também que as lacunas apresentadas nos processos de gestão e do efetivo cuidado ao paciente são revertidas imediatamente em efeitos deletérios para a comunidade e para o próprio SUS. Esta observação é contundente principalmente quando doenças negligenciadas como a TB dependem em parte de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e acaba-se por observar as falhas em todos os níveis de assistência a este grupo social⁶.

A EPS assenta-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas laborais elaboradas a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem acerca da temática⁷. Nesse sentido, compreender a EPS e seus aspectos mais relevantes na APS permitem traçar uma linha diagnóstica do que precisa ser feito e o marco zero para iniciar ações realmente inovadoras no processo de cuidado apoiado na constante interlocução entre os sujeitos⁶.

Diversos caminhos podem ser trilhados para atingir o objetivo da EPS de qualidade e orientada às necessidades dos trabalhadores,

nenhum absoluto, todavia existem orientações claras, quanto a sua efetiva implantação, orientadas pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde cujas diretrizes foram publicadas em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação, na Portaria Interministerial nº 1.127 de 04 de agosto de 2015. Trata-se de um dispositivo da Política Nacional de Educação em Saúde ofertado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS⁸.

Desta forma, ressalta-se que a Educação a Distância (EaD) permite otimizar os recursos da EPS constituindo-se em uma ferramenta viável de construção coletiva para as necessidades impostas pela rotina de trabalho⁹.

No contraponto da justificativa encontra-se a TB, que vem carregada de estigmas sociais, sendo doença negligenciada, conferindo ao seu portador um caráter excludente, precedido de preconceito social que impede que a integralidade do cuidado seja plenamente exercida, relevada ao plano secundário nas ações inseridas no pacto de gestão pela vida.

Assim, o presente estudo buscou analisar como a EPS e seus conceitos preconizados pelo SUS são percebidos pelos profissionais da APS envolvidos no tratamento da TB, e quais as possíveis barreiras para seu amplo entendimento e utilização no processo de qualificação da assistência no município.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo inquérito com abordagem quantitativa¹⁰. A APS no contexto estudado é ofertada à comunidade em duas modalidades principais: Unidade Aberta (UA) com ou sem

o Programa Agentes Comunitários de Saúde, e as unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Esta pesquisa ocorreu no Município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná. A cidade possui 28 unidades de saúde, sendo 13 UA e 15 ESF locais onde ocorre as ações de diagnóstico e tratamento da TB. Destas, 25 unidades foram contempladas no estudo, as demais foram excluídas porque seus componentes profissionais já tinham respondido o instrumento em outras unidades que atuavam. Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde com nível superior, pertencentes ao quadro de servidores, que atenderam pacientes portadores de TB na APS no ano de 2016.

Adotou-se como critério para exclusão, profissionais que se encontravam de férias, em licença médica ou especial, nomeados em cargo de gestão ou aqueles que não estavam envolvidos no atendimento a TB. O n amostral foi estimado considerando um erro (α) de 5%, um intervalo de confiança (Z) de 95%, proporção amostral (P) de 10% em população de servidores (N) de 170 profissionais atuantes na APS, através da fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * N * P * (1 - P)}{\varepsilon^2 * (N - 1) + \frac{z_{\alpha}^2}{2} * (1 - P)}$$

Com esses valores, seriam necessários 77 servidores, sendo este número distribuído de acordo com as proporções de profissionais de cada Distrito Sanitário (DS) em Foz do Iguaçu (Tabela 1).

Para nortear esta pesquisa foi utilizado um instrumento apropriando-se da Escala Likert, está grandeza propicia que os entrevistados apontem seu grau de concordância ou discordância, frente às asserções que estão sendo mensuradas. Estas afirmativas permitem a expressão de respostas claras, sem ambiguidades auxiliando a compreensão a respeito da temática. Por via da

escala Likert, dado um conjunto de indicações, os sujeitos observados são postos a conduzir-se entre diversas opções, auferindo a que mais se aproxima de sua atitude ou opinião, porém de forma objetiva¹¹. O objetivo da auto aplicação do instrumento foi levantar: a) perfil da população de estudo; b) oferta de capacitação e treinamento em TB; c) entendimento/conhecimento sobre EPS como estratégia de aprendizagem em TB e; d) existência de estrutura, disponibilidade/adesão para atividades de EPS na EaD.

Para a construção da pesquisa foi organizado uma revisão integrativa de literatura (RIL) para se obter uma síntese do estado do conhecimento relacionados à temática, com a seguinte pergunta de construção: “Como a EPS, é ofertada ao profissional de saúde, em diversos países e, quais são as metodologias de ensino e aprendizagem que são potentes, inovadoras e mais recorrentemente utilizadas?”.

Para a elaboração da RIL optou-se em utilizar a plataforma *Web of Science*, por ser um grande espaço web responsável pela disseminação de inúmeras publicações na área de ciências humanas. Esta plataforma disponibiliza acesso a conteúdo integral via convênio junto a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior¹². Os critérios para a busca das publicações sobre EPS para a RIL foram: artigos publicados em português, espanhol e inglês na plataforma, no período de 2005 a 2016, que abordassem a temática e estivessem disponíveis eletronicamente, na íntegra.

A RIL permitiu nortear a construção das assertivas utilizadas no questionário e somente após essa etapa foi dado início ao processo de construção do instrumento e a estrutura semântica envolvida na base linguística das frases para que estas atendessem claramente os objetivos da pesquisa, evitando duplicidade e dualidade nas respostas. Dessa forma, as assertivas do estudo foram estruturadas e agrupadas sob a forma de afirmações, permitindo que o respondente concordasse ou discordasse segundo escala Likert, com os quatro níveis de discordância/concordância proposto para cada questão: se concordavam plenamente (CP), se

estavam inclinados a concordar (IC), se estavam inclinados a discordar (ID) ou se discordavam plenamente (DP).

Na sequência, o instrumento foi submetido à avaliação para três especialistas com experiência na área de saúde com título de doutor. O primeiro, com experiência em validação de instrumentos de pesquisa e em pesquisas em TB, o segundo, com experiência em ferramentas tecnológicas e em TB, o terceiro, com experiência em TB. A eles foi solicitado avaliar a organização, objetividade, clareza de linguagem, a pertinência prática e a dimensão teórica. A avaliação da validade de conteúdo por especialistas permite melhorar o instrumento antes de seu teste¹³. A partir da avaliação dos especialistas as questões foram revisadas e o questionário foi submetido ao teste piloto, e as observações apontadas foram consideradas para a pesquisa. A finalidade desta fase foi verificar a exequibilidade do método proposto, bem como sua adequação aos objetivos da pesquisa. Esta fase foi realizada em julho de 2016.

As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2016 com os 84 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, com 7 indivíduos a mais do que o indicado no n amostral. No entanto, optou-se por incluí-los mesmo assim, devido a relevância do estudo. Esta atividade transcorreu nas unidades de saúde dos cinco DS do município, buscando garantir que profissionais de todos os distritos pudessem ser envolvidos.

Os dados foram digitados e armazenados no *software* Excel® 2010. Para as análises realizou-se a aplicação de estatística descritiva, considerando o intervalo de confiança de 95% para as 18 assertivas, concernente aos objetivos propostos, buscando demonstrar a existência de associação entre os dados para cada uma das metas indicadas. Nos casos onde a contagem teórica foi inferior a 5 indivíduos respondentes, realizou-se o teste de Qui-quadrado e quando a independência desses dados não pode ser atestada, aplicou-se o método de Monte Carlo, que válida por extrapolação as informações quantificadas. Utilizou-se o *software* XLSTAT®

executado em ambiente Windows XP® para legitimar o modelo estrutural proposto. Em todas as etapas adotou-se para validação a mesma parametrização, sendo que as variáveis utilizadas como modelo para mensuração dos dados foram obtidas pelas assertivas do instrumento quantitativo auto aplicado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, conforme protocolo nº 1.556.059 de 23 de junho de 2016, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴.

Tabela 1- Cálculo amostral de servidores atuantes na Atenção Primária em Saúde no município de Foz do Iguaçu no ano de 2016.

Distrito Sanitário (DS)	*N regional	**P regional	n amostral (ε =5%)
Norte	40	24%	18
Nordeste	27	16%	12
Oeste	27	16%	12
Leste	52	31%	24
Sul	24	14%	11
N total =	170	n total =	77

Nota: n amostral por DS no município de Foz do Iguaçu e conforme erro (ε), *N regional = Número de servidores atuantes na APS por DS de Foz do Iguaçu, **P regional = Proporção de servidores por DS, N total = Número total de servidores, n total = Número de servidores a ser amostrado por DS.

RESULTADOS

Dos 84 profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa, 32% são enfermeiros, 25% médicos, 22,7% dentistas, 6% assistentes sociais, 3,7% farmacêuticos, 3,6% nutricionistas e 7% correspondem a outros profissionais de nível superior envolvidos no atendimento de pacientes com TB (fonoaudiólogos e fisioterapeutas). A faixa etária predominante foi composta por profissionais com 37 anos de idade ou mais. Do total, 69% são

do sexo feminino.

Em relação à oferta de capacitação e treinamento em TB para todos os profissionais da APS pela gestão municipal observa-se que, houve diferença estatística significativa ($p=0,017$) entre as respostas dos profissionais nas assertivas 1 e 5. Na primeira, a maior frequência de respostas ocorre na variável “concordo plenamente” (41%) entre enfermeiros, “inclinado a discordar” (100%)

prevaleceu entre nutricionistas e “discordo plenamente” (50%) apresentou maior frequência entre outros profissionais avaliados. Na assertiva 5 a maior frequência de respostas ocorre na variável “concordo plenamente” (48%) entre enfermeiros, “inclinado a discordar” (67%) entre nutricionistas e a variável “discordo plenamente” (60%) apresentou maior frequência entre assistentes sociais (Tabela 2).

Tabela 2- Análise descritiva quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, referente à oferta de capacitação e treinamento em tuberculose na Atenção Primária à Saúde pela gestão municipal. Foz do Iguaçu, 2016 (n=84).

PROFISSIONAIS	ENF	MD	OD	AS	FR	NU	Outros											
Assertivas	V	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
1: As atividades de ensino e aprendizagem ofertadas pela gestão visando o aprimoramento dos profissionais envolvidos no controle da TB (diagnóstico, tratamento, alta, sinais e sintomas), são suficientes para promover a qualidade da assistência prestada.	CP	11	41	3	14	3	16	0	0	1	33	0	0	0	0	0	0	0,017
	DP	2	7	4	19	4	21	2	40	1	33	0	0	3	50			
	IC	10	37	7	33	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	ID	4	15	7	33	9	47	3	60	1	33	3	100	3	50			
2: A gestão oferece capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano do profissional de saúde de forma suficiente.	CP	5	19	4	19	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,169
	DP	4	15	4	19	6	32	3	60	1	33	0	0	4	67			
	IC	10	37	5	24	3	16	0	0	1	33	0	0	0	0	0		
	ID	8	30	8	38	9	47	2	40	1	33	3	100	2	33			
3: As capacitações potencializam a melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB. (Esta análise poderia ser valorizada no descritivo dos resultados, de forma breve.)	CP	18	67	10	48	9	47	2	40	0	0	3	100	4	67			0,051
	DP	0	0	0	0	3	16	2	40	1	33	0	0	1	17			
	IC	8	30	9	43	3	16	1	20	2	67	0	0	1	17			
	ID	1	4	2	10	4	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4: As capacitações ofertadas têm carga horária satisfatória para promover a qualificação da prática profissional.	CP	9	33	3	14	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,225
	DP	1	4	3	14	6	32	2	40	1	33	0	0	2	33			
	IC	6	22	5	24	6	3	1	2	1	3	1	3	0	0			
	ID	11	41	10	48	6	3	2	4	1	3	2	6	4	4			
5: A oferta de assistência de qualidade ao paciente com TB tem relação direta com a oferta de treinamentos regulares para o profissional do SUS atuante na APS. Esta análise poderia ser valorizada no descritivo dos resultados, de forma breve.)	CP	13	48	7	33	5	26	0	0	1	33	1	33	3	50			0,017
	DP	0	0	1	5	2	11	3	60	1	33	0	0	0	0			
	IC	9	33	7	33	8	42	2	40	1	33	0	0	2	33			
	ID	5	19	6	29	4	21	0	0	0	0	2	67	1	17			
6: Os treinamentos ofertados pela gestão para os profissionais têm relação direta com as ações de promoção da saúde no SUS. Esta análise poderia ser valorizada no descritivo dos resultados, de forma breve.)	CP	9	33	5	24	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,068
	DP	0	0	1	5	2	11	2	40	1	33	1	33	1	17			
	IC	14	52	6	29	6	32	2	40	1	33	2	67	3	50			
	ID	4	15	9	43	9	47	1	20	1	33	0	0	2	33			

V: Variáveis; N: n/1 Participante; ENF: Enfermeiros; MD: Médicos; OD: Odontólogos; AS: Assistentes Sociais; FR: Farmacêuticos; NU: Nutricionistas; CP: Concordo Plenamente; DP: Discordo Plenamente; IC: Inclinado a Concordar; ID: Inclinado a Discordar; PS: Probabilidade de Significância.

Enfermeiros e médicos apresentaram menores percentuais frente a resposta inclinado a discordar frente a assertiva “a EP é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS”. Destaca-se que com exceção aos farmacêuticos, os demais profissionais responderam mais frequentemente

inclinado a discordar, quando perguntados se “a gestão compreende que a EPS está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integralidade da atenção”, embora não tenha ocorrido diferença estatística significativa para as variáveis analisadas na tabela 3.

Tabela 3- Análise quanto à relação de respostas referente ao entendimento e/ou conhecimento dos profissionais em relação à Educação Permanente em Saúde como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em tuberculose. Foz do Iguaçu, 2016 (n=84).

PROFISSIONAIS		ENF		MD		OD		AS		FR		NU		Outros		PS	
Assertivas		V	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
7: A EP é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS	CP	5	19	5	24	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,253
	DP	1	4	5	24	5	26	2	40	1	33	0	0	1	17		
	IC	12	44	5	24	2	11	0	0	0	0	1	33	3	50		
	ID	9	33	6	29	9	47	3	60	2	67	2	67	2	33		
8: A gestão compreende que a EPS está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integralidade da atenção	CP	4	15	5	24	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,848
	DP	3	11	4	19	4	21	1	20	1	33	0	0	1	17		
	IC	8	30	6	29	3	16	0	0	1	33	1	33	3	50		
	ID	12	44	6	29	9	47	4	80	1	33	2	67	2	33		
9: O profissional da APS compreende claramente a função da EP, para o fortalecimento do SUS	CP	15	56	5	24	4	21	0	0	0	0	1	33	2	33		0,209
	DP	1	4	2	10	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0		
	IC	7	26	10	48	7	37	3	60	0	0	0	0	2	33		
	ID	4	15	4	19	7	37	2	40	2	100	2	67	2	33		
10: O estímulo a EP é fundamental para a contínua organização dos processos de cuidado do paciente com TB	CP	24	89	10	48	11	58	4	80	1	33	3	100	5	83		0,074
	DP	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0		
	IC	3	11	8	38	6	32	0	0	2	67	0	0	1	17		
	ID	0	0	3	14	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0		
11: A EP é valorizada pelo profissional atuante no SUS, pois contribui com as ações em saúde para o cuidado ao paciente com TB	CP	14	52	6	29	4	21	1	20	1	33	1	33	5	83		0,079
	DP	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0		
	IC	10	37	7	33	9	47	3	60	2	67	1	33	0	0		
	ID	3	11	8	38	6	32	0	0	0	0	1	33	1	17		
12: As modalidades de Educação a Distância (EaD) são conhecidas pelo profissional da APS	CP	2	7	6	29	2	11	0	0	1	33	1	33	0	0		0,622
	DP	3	11	3	14	2	11	1	20	0	0	0	0	0	0		
	IC	12	44	7	33	6	32	2	40	0	0	0	0	2	33		
	ID	10	37	5	24	9	47	2	40	2	67	2	67	4	67		
13: A EaD permite que as equipes que trabalham na assistência tomem mais eficientes o processo de trabalho da APS	CP	12	44	9	43	9	47	1	20	2	67	2	67	3	50		0,799
	DP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	IC	12	44	9	43	5	26	3	60	1	33	0	0	3	50		
	ID	3	11	3	14	5	26	1	20	0	0	1	33	0	0		

V: Variáveis, N: n/1 Participante, ENF: Enfermeiros, MD: Médicos, OD: Odontólogos, AS: Assistentes Sociais, FR: Farmacêuticos, NU: Nutricionistas, CP: Concordo Plenamente, DP: Discordo Plenamente, IC: Inclinado a Concordar, ID: Inclinado a Discordar, PS: Probabilidade de Significância.

Verificou-se também a existência de estrutura, disponibilidade e/ou adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD e as respostas se mostraram diferentes estatisticamente, exceto em uma assertiva (Tabela 4).

Ao ser inqueridos sobre “o uso de tecnologias informacionais (plataformas de colaboração via internet), tais como: Ambientes virtuais de

aprendizagem (AVA), para a EaD, são familiares ao profissional atuante na APS”, os enfermeiros demonstraram maior frequência em responder “inclinado a concordar” (48%); médicos tendem a responder “concordo plenamente” (43%), enquanto dentistas (58%), farmacêuticos e nutricionistas (67%) apresentaram maior frequência de respostas na variável “inclinado a discordar” ($p>0,038$).

Tabela 4- Análise descritiva quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, referente à existência de estrutura, disponibilidade e/ou adesão dos profissionais para participar das atividades de Educação Permanente em Saúde em ambiente de Educação à Distância. Foz do Iguaçu, 2016 (n=84).

PROFISSIONAIS		ENF		MD		OD		AS		FR		NU		Outros		PS
Assertivas	V	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
14: A unidade da APS em que atua possui computadores para realizar ações de EaD no ambiente de trabalho.	CP	13	48	8	38	6	32	0	0	0	0	1	33	2	33	0,166
	DP	3	11	1	5	5	26	3	60	2	67	2	67	1	17	
	IC	4	15	7	33	5	26	1	20	1	33	0	0	2	33	
	ID	7	26	5	24	3	16	1	20	0	0	0	0	1	17	
15: O acesso à internet está disponível em meu ambiente de trabalho, residência ou em dispositivos móveis (celulares inteligentes).	CP	11	41	11	52	12	63	1	20	0	0	1	33	3	50	0,076
	DP	5	19	1	5	3	16	0	0	2	67	0	0	1	17	
	IC	5	19	3	14	2	11	3	60	1	33	0	0	2	33	
	ID	6	22	6	29	2	11	1	20	0	0	2	67	0	0	
16: O uso de tecnologias informacionais (plataformas de colaboração via internet), tais como: Ambientes virtuais de aprendizagem (AVA), para a EaD, são familiares ao profissional atuante na APS.	CP	3	11	9	43	2	11	0	0	1	33	1	33	2	33	0,038
	DP	4	15	2	10	3	16	2	40	0	0	0	0	2	33	
	IC	13	48	2	10	3	16	2	40	0	0	0	0	1	17	
	ID	7	26	8	38	11	58	1	20	2	67	2	67	1	17	
17: A internet é de fácil domínio para o profissional da APS.	CP	4	15	8	38	6	32	0	0	1	33	1	33	2	33	0,528
	DP	0	0	2	10	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	
	IC	15	56	4	19	6	32	2	40	1	33	1	33	2	33	
	ID	8	30	7	33	4	21	3	60	1	33	1	33	2	33	
18: A EPS na modalidade EaD, facilita a adesão do profissional aos cursos e treinamentos, mas necessitam de um momento presencial.	CP	11	41	7	33	10	53	1	20	2	67	3	100	5	83	0,308
	DP	0	0	0	0	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	
	IC	13	48	9	43	6	32	3	60	1	33	0	0	1	17	
	ID	3	11	5	24	1	5	1	20	0	0	0	0	0	0	

V: Variáveis; N: nº Participante, ENF: Enfermeiros, MD: Médicos, OD: Odontólogos, AS: Assistentes Sociais, FR: Farmacêuticos, NU: Nutricionistas, CP: Concordo Plenamente, DP: Discordo Plenamente, IC: Inclinado a Concordar, ID: Inclinado a Discordar, PS: Probabilidade de Significância.

DISCUSSÃO

Os dados que nortearam a construção dos indicadores de percepção a respeito da EPS em TB para os profissionais de saúde permitem observar que as respostas demonstram opiniões diversas e não concretas sobre a temática. Essa observação é discutida por Gomes e colaboradores¹⁵ ao relatarem que a EPS articulada em práticas problematizadoras para a aprendizagem real deve fortalecer a produção de respostas em ambientes ricos de trocas de experiências e vivências aprendidas e que geram novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. Fica evidente que a percepção de oferta de capacitações para a EPS seja ela qual for, não é exposta adequadamente e de forma assertiva para todos os atores da APS deste estudo.

O desenvolvimento dos recursos humanos deveria contribuir de maneira fundamental para a ascensão das metas de qualidade na atenção à saúde, por meio de ferramentas que permitam metodologicamente o desenvolvimento de processos com potência inovadora no campo da educação na saúde e EPS^{16,17}. Fato exposto negativamente quando os entrevistados não conseguem opinar objetivamente sobre o que é ofertado como recurso para a EPS e qual o seu conceito. Assim, os dados apesar de não apresentarem significância estatística nas assertivas relativas à oferta de EPS, acabam por revelar a dificuldade da gestão em promover a reflexão crítica sobre o processo de trabalho das equipes de APS, enquanto promotora de ações para a qualificação do cuidado voltado à TB, este fenômeno isolado já é indicativo de empobrecimento da EPS.

Entretanto, a EPS como ferramenta norteadora para a assistência qualificada a TB necessita ser inserida em um contexto da RAS, e ao observar os dados obtidos da assertiva que vincula o estímulo à aprendizagem com a boa prática clínica não se encontra novamente a clareza

para os profissionais entrevistados sobre os objetivos da EPS. Este fato contrapõe a afirmação de Mendes¹⁸ quando diz que “os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para desenvolver a criticidade de suas ações”. Assim eleva-se a preocupação com a falta de assertividade das ações de EPS para o município, principalmente ao que se vincula a TB.

O entendimento pleno da EPS como ferramenta promotora de melhoria da assistência ao portador da TB deveria ser algo óbvio para os profissionais sujeitos da pesquisa produzindo elevada concordância, todavia, quando os processos gestores não fomentam um real significado para os atores envolvidos na prática diária perde-se o foco do aprendizado significativo. Esse alerta tem voz em Mendes¹⁸ ao explicitar que as abordagens em educação para os profissionais de saúde devem ser baseadas no ato significativo do trabalho, no caso deste estudo, ações de controle a TB.

Ao dirigir o olhar para as categorias de profissionais atuantes na APS, a trajetória da enfermagem está alinhada ao entendimento das práticas da EPS no SUS, contribuindo para um melhor entendimento do processo de organização da RAS. Tal condição é clara para Backes e colaboradores¹⁹ ao observarem que a enfermagem cuida do ser humano nas mais diversas dimensões necessárias do cuidado e por essência transita em todas as fases deste, possibilitando uma visão do contexto geral. Isto evidencia a ação do profissional enfermeiro no SUS e na RAS, todavia, este estudo não aponta com precisão qual a profundidade do papel da enfermagem, somente sua amplitude de ação.

É necessário, portanto, que a gestão promova o desenvolvimento de habilidades e capacidades para a melhoria dos processos, pois somente a boa técnica não capacita o indivíduo para as ações em saúde no SUS, mas sim a dinâmica de

constantes renovações de caminhos da RAS é o verdadeiro desafio¹⁸.

Assim, o proposto era buscar o entendimento dos profissionais para as assertivas que tratavam das modalidades de EPS, permitindo na friezada dos dados, encontrar respostas sobre o que ocorria em termos de estratégias vinculadas a EPS, porém com o panorama encontrado, torna-se necessário buscar respostas mais criteriosas sobre as abordagens metodológicas do ensino em saúde, assim como seus desdobramentos andragógicos e resultados²⁰. Nesse sentido, Sá e colaboradores²¹, afirmam que a reduzida ou inexistente presença de processos de gestão voltados para a TB, nos espaços de exercício da ESF ou UA, mesmo que estes existam no discurso dos gestores, não está claramente voltado a EPS ou aos processos de trabalho e governança, dificultando o avanço efetivo do enfrentamento a TB.

A não inserção da EPS e suas modalidades no processo de governança e atuação profissional para a boa prática assistencial no município no momento desta pesquisa, é evidenciada pelos resultados ao desvelarem que a gestão não consegue interagir com as necessidades dos profissionais na práxis diária, pois estes consideram que a gestão sequer compreende o significado de EPS. Outro fato é a falta de capacitação e o preparo para a prática que acaba por revelar o hiato entre a necessidade de EPS e sua efetiva execução, além de adequação destas ao ambiente local, e as diretrizes da APS para o controle da TB²².

No entendimento de Batista e Gonçalves²¹ fica claro e indispensável que as várias instâncias (gestores, profissionais e instituições de ensino) articulem objetivos para a formação dos profissionais de saúde para o SUS com o intento de modificar a condição atual dos serviços, sobretudo no que se refere à assistência

de qualidade ao usuário, possibilitando que o profissional reorganize suas atividades em prol da comunidade e reflexão crítica sobre esta prática. Assim apesar de existirem sempre opiniões pessoais irredutíveis ou imutáveis ter-se-á um grupo mais homogêneo de trabalho com ações mais precisas em saúde pública, com preocupações direcionadas aos reais anseios e necessidades do indivíduo e sua comunidade.

Esta condição de não valorização da EPS emerge de um modelo gestor com o olhar voltado aos processos individuais que não percebem o coletivo, este fato fica evidenciado na fala de Mendes¹⁸ quando faz suas observações sobre a EPS e afirma que é necessária uma mudança na estrutura das organizações que devem imperativamente colocar a EPS como investimento primeiro ao prover recursos e meios educacionais e metodológicos para atingir metas concretas, valorizando o momento educacional como parte do trabalho. Fato este presente em todas as assertivas deste estudo, pois se esperava que as perguntas diretas pudessem ser claramente respondidas, o que não ocorreu pelo simples fato dos profissionais não terem contato com essa prática regular e, portanto, não compreendem sua intencionalidade.

Assim, os caminhos da gestão como entidade deveriam reduzir os entraves político-administrativos locais ao procurar seguir o que é preconizado pelo SUS ao promover o estímulo à EPS que pode ser auferido com a inserção da academia através das políticas de estímulo do COAPS já observadas na PNEPS. Tal atitude tem grande potencial amplificador de resgate das ações que não foram ofertadas em EPS, e adequação da gestão local ao que é determinada como ação qualificadora em educação. Esta condição foi descrita por Frenk e associados²⁴ ao discorrerem sobre a qualificação assistencial como ferramenta de melhoria da assistência

analisando três gerações de reforma nos sistemas de formação dos profissionais de saúde, sendo esta uma tendência atual da educação com integração aos sistemas de cuidados em saúde “health-education systems”. Essa observação cabe como parâmetro sobre as necessidades do que deve ser reorganizado nos sistemas locais de EPS, pois a falta de sistemas de educação continuada produz entraves a serem superados pela gestão.

A EPS fortalece o SUS, e neste contexto a enfermagem constantemente revisita suas práticas ao direcionar a crítica das ações constituindo-se talvez na mais envolvida classe profissional existente no SUS, compreendendo-a de forma ampla²⁵.

Não obstante, alerta-se que apesar de todo direcionamento que preocupa quem deseja a construção de processos de trabalho realmente coadunados ao SUS, acaba por entender que é possível a distorção destes, fato já assinalado por Mancina²⁶ ao pôr em foco que a PNEPS pode ser destituída de sua concepção com ações de cunho político partidário e segmentada por ações de setores dominantes impedindo que se desenvolva o processo de liberdade reflexiva para que esta adquira sua principal característica, possibilitar ao profissional desenvolver condições de enfrentamento das doenças negligenciadas em prol do coletivo.

Já foi percorrido, que o grande desafio para a RAS não é o tempo de atenção que o profissional desenvolve o trabalho na rede, mas sim as ferramentas que permitem a promoção adequada de suas ações, sobretudo na APS e nas ações efetivas para as doenças negligenciadas. Observação que leva aos questionamentos sobre a formação dos profissionais, e sua trajetória acadêmica e como o currículo inovador voltado ao SUS tende a conduzir a uma ação posterior com características diferenciadas de profissionais com longo tempo na rede de assistência. Tal apontamento encontra no

discurso de Mendes¹⁶ um forte aliado, quando o autor discorre sobre a EPS.

As atividades assistenciais em saúde no SUS são ofertadas de forma usual alinhada com as características tradicionais de ensino, com temáticas focadas muitas vezes em assuntos que não promovem reflexão ou melhoria da ação propriamente dita do profissional, sendo normalmente de curta duração sob a forma de oficinas que não dão significado claro e objetivo para a promoção da boa assistência¹⁸.

Enfaticamente insiste-se que os sujeitos observados no estudo não têm poder de distinção das características de EaD e EPS e suas dimensões conceituais, pois não possuem opinião homogênea sobre o tema, sequer do que é necessário para sua promoção efetiva. Essa constatação é confirmada por Fernandes²⁷ ao afirmar que a EaD possui uma real contribuição a ser manifesta, todavia o momento presencial é condição primeira para estabelecer vinculação, estabelecer o sucesso dos objetivos e evitar o sentimento de isolamento na EaD.

Cabe, todavia um contraponto para justificar a dificuldade de implantação dos processos de EPS, ao referenciar a asserção de Pinheiro e Silva Junior²⁸ que as práticas que avaliam programas e projetos são excessivamente normatizadas, o que produz prejuízo de outras características locais que devem ser levadas em conta para a efetividade dos movimentos de mudança no sentido de construção de um SUS fortalecido em todos seus eixos.

Este estudo buscou abranger a percepção do que é EPS, ao expor as limitações de um sistema gestor com severas restrições operacionais, com infraestrutura truncada e de baixa operacionalidade, produzindo um viés detectável pelo instrumento com reflexos no resultado da coleta. Objetivamente pode-se afirmar que sem intencionalidades gestoras claras não é possível atingir metas de ação para a população e tampouco para os agentes promotores de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar como a EPS e seus conceitos preconizados pelo SUS são percebidos pelos profissionais da APS envolvidos no tratamento da TB. Todavia, os dados qualificados psicometricamente evidenciaram que a EPS e seus conceitos de formação continuada para o serviço, não estão inseridos devidamente, a ponto de os profissionais não compreenderem a sua importância na melhoria do processo de trabalho.

A EPS é um dos eixos propositivos que permitem ao profissional desenvolver a capacidade de escuta ampliada. Esse conceito permite que na APS o processo de trabalho seja algo absolutamente dinâmico e a necessidade de suporte técnico-pedagógico deve permear as ações ao se tratar de doenças negligenciadas, tais como a TB, fato que não ocorre neste momento. Desta forma, compreender que a integralidade das ações necessita da constante

da EPS como princípio formador do profissional, favorecerá a redução significativa da utilização do termo “negligência”.

É inesgotável o tema EPS, sua relevância e aplicação transformadora para a APS e doenças negligenciadas, pois as derivações inúmeras desta temática necessitam real e insistente aprofundamento dos processos de aprimoramento do SUS, seus partícipes e todo seu arcabouço de proposições diretivas enfatizadas e regulamentadas pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, este estudo limitou-se a observar somente profissionais com nível superior e, portanto, necessita para amplificar o entendimento do tema, estudos transversais que aprofundem o debate da EPS, no âmbito da APS, entre todas as categorias profissionais envolvidas, investigando os processos de educação e formação profissional a nível local.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil; Texto Constitucional Promulgado em 5 de outubro de 1988.
2. Boaretto C, Bastos FI, Natal S. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas. *Cad. Saúde Coletiva*. 2012;20 (2): 135-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. *Boletim Epidemiológico*. 2015; 09(46): 1-19.
4. Engels F. *The condition of the working class in England*. New York: Oxford University Press, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. *Boletim Epidemiológico*. 2013; 02(44): 1-6.
6. Arakawa T. Avaliação de desempenho do programa de controle da tuberculose em municípios paulistas (2010) [Tese]. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007. Brasília: v. 144, n. 162, 20 agosto 2007. Seção 1, p. 34/38.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 27 p.: il.
9. Ortiz MCL, Ribeiro RP, Garanhani ML. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. *Cogitare enferm*. 2008; 13(4):558-565.
10. Lima-Costa MF, Barreto SM. Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the area of aging. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003; 12(4): 189-201.
11. Costa FJ. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.
12. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior - CAPES. Portal de Periódicos da CAPES/MEC. Acervo. Web Of Science: Coleção Principal [internet]. 2016. Disponível em: https://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcollection&mn=70&smn=79&cid=81.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo. Hucitec/Abrasco, 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 13 junho 2013.
15. Gomes LB, Barbosa MC, Ferla AA. A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016; 272 p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Ministério da Saúde. 2004; 141(32): 37-41.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009; 64 p.
18. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª ed. Brasília, 2011; 549 p.
19. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc saúde coletiva. 2012; 17(1): 223-230.
20. Contemto SFR. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. São Carlos: UFSCar, 2013; 260 p.
21. Sá LD, Bareto AJR, Nogueira JA, Cunha FTS, Palha PF, Villa TCS. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. Rev. esc. Enferm. USP. 2013; 47(5): 1165-1171.
22. Campos RB. Atenção à Tuberculose em um Município de Tríplice Fronteira Internacional: o ensino como Perspectiva para reorientação da Assistência [Dissertação]. Foz do Iguaçu (PR): Universidade do Oeste do Paraná-UNIOESTE; 2016.
23. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. 2011; 20(4): 884-899.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010;376(9756):1923-1958.
25. Mendes EV. O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012; 512 p.
26. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [internet]. 2004; 57(5): 605-610. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500018>.
27. Fernandes CNSS. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(4): 691-693.
28. Pinheiro R, Silva-Junior AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade em saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva-Junior AG, Mattos RA. Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco, 2008.

Recebido em junho 2019
Aceito em janeiro 2020.