

# The Potential of Permanent Education in Qualifying Tuberculosis Care

Rodrigo Juliano Grignet\*

Adriana Zilly\*

Nathalia Halax Orfão\*\*

Rosane dos Santos Grignet\*\*\*

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho\*

45

## Abstract

The National Policy for Permanent Education in Health represents a milestone for the formation and improvement of work in health in Brazil. It is a strategy of the Unified Health System (SUS) that seeks to promote the transformation of practices in the sector. The aim of this study was to understand how permanent health education (PHE) and its concepts are perceived by primary health care (PHC) professionals, involved in the treatment of tuberculosis (TB) and identify the possible barriers to their general understanding and use in the qualification process of municipal assistance. This was a survey-derived descriptive epidemiological study with a quantitative approach, with the application of an instrument to assess the degree of agreement, using the Likert Scale with PHC professionals. The data were analyzed statistically by the XLSTAT® software. To achieve independence between the questions and the variables evaluated, the Chi-square test was performed. The statements showed distorted perceptions of PHE. The most relevant data denote difficulty in relating professional practice to the teaching process, this is also reflected in actions to deal with neglected diseases; among which is TB. In this context, for PHE to be an instrument of critical analysis of knowledge concerning the local reality, and be effectively applied in an objective way, it needs to be thought-out and adapted; especially when the focus is on diseases historically relegated to the background.

**Keywords:** Tuberculosis, Health Services, Primary Health Care, Continuing Education.

## INTRODUCTION

Primary Health Care (PHC), as a gateway to assistance, must necessarily have a highly adaptable dynamic, for the continuous and systematic evolution of the model. The challenges are great, and are observed in article 200 of the Magna Carta (the Brazilian Constitution of 1988) when establishing that the Unified Health System (SUS) is responsible, in addition to other duties, under the terms of the law, to order the training of human resources in the area of health<sup>1</sup>.

Thus, it is in this context, tuberculosis (TB) can be understood as an infectious disease through which the profile of public health actions may be traced, acting as a marker of the

trajectory of PHC's operational successes and failures, clarifying that a movement beyond the biomedical model for the resolution of neglected diseases is fundamental<sup>2,3</sup>.

This fact was historically observable almost 200 years ago, when Friedrich Engels in the work, *The situation of the working class in England*, wrote concerning TB and its relation to the poor sanitary conditions of the working class in Victorian England, at a time when TB was the determining cause of early deaths and morbidity among Saxon workers. However, at the beginning of the 21<sup>st</sup> century the same sanitary and health problems were present in social contexts

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

similar to those described by Engels, where he reported that some types of factory work and a polluted environment, had particularly harmful consequences. The most common effects of breathing in these spaces were bloody mucus, wheezing and panting, chest pains, coughing, insomnia, all asthma symptoms and, in the worst cases, pulmonary TB<sup>4</sup>.

The pathophysiology of TB is a classic model of infectious disease, with a slow and progressive course and in addition to pharmacological resources, it needs a stable management structure for the health services that will encounter these cases, with attentive and prepared professionals, working in multidisciplinary teams, supported by adequate information systems<sup>2,5</sup>. It is also recognized that the gaps presented in the management and effective patient care processes are immediately results in deleterious effects for the community and for SUS itself. This observation is striking, especially when neglected diseases such as TB depend in part on Permanent Health Education (PHE) processes, and failures are observed at all levels of care provided to this social group<sup>6</sup>.

PHE is based on meaningful learning and the possibility of improving work practices elaborated from the problems faced in reality, and it takes into account the knowledge and experiences that people already have on the topic<sup>7</sup>. In this sense, understanding PHE and its most relevant aspects in PHC allows for drawing a diagnostic line of what needs to be done as ground zero to initiate truly innovative actions in the care process supported by the constant dialogue between the subjects<sup>6</sup>.

Several paths can be taken to achieve the goal of quality PHE and geared to the needs of workers, none of which are absolute. However, there are clear guidelines as to its effective implementation, guided by the Organizational Public Action Contract for Health-Teaching whose guidelines were published together by the Ministries of Health and Education, in the Interministerial Ordinance No. 1.127 of August 4,

2015. This is a provision of the National Health Education Policy offered to SUS actors (managers, workers and users) and the Higher Education of the health field workers (managers, teachers and students) to promote a participatory processes of constructing trainings and professional development in SUS and for SUS<sup>8</sup>.

Thus, it is emphasized that Distance Learning (DL) optimizes the resources of PHE, constituting a collectively constructed viable tool for the needs imposed by the work routine<sup>9</sup>.

In the counterpoint of the justification TB is cited, which is a neglected disease laden with social stigmas because its bearer receives an exclusionary treatment, and is preceded by social prejudice that prevents the complete care from being fully exercised; which is stated in the secondary plane of the actions inserted in the management for life agreement.

Thus, the present study sought to analyze how PHE and its concepts advocated by SUS are perceived by PHC professionals involved in the treatment of TB, and what are the possible barriers to their broad understanding and use in the process of evaluating care within the municipality.

## METHODOLOGICAL PROCEDURES

This was a survey-derived descriptive epidemiological study with a quantitative approach<sup>10</sup>. PHC in the context studied is offered to the community in two main modalities: Open Unit (OU) with or without the Community Health Agents Program, and Family Health Strategy (FHS) units.

This study took place in the city of Foz do Iguaçu, in the state of Paraná. The city has 28 health units, 13 of which are OUs and 15 were FHS centers where TB diagnosis and treatment actions take place. Of these, 25 units were included in the study, the others were excluded because their professional components had

already answered the instrument in other units that they worked at. The research participants were health professionals with higher education, belonging to the staff, who attended patients with TB, in PHC, in the year 2016.

Exclusion criteria included professionals who were on vacation, on medical or special leave, appointed in a management position or those who were not involved in TB care. The sample's  $n$  was estimated considering an error ( $\epsilon$ ) of 5%, a confidence interval ( $Z$ ) of 95%, a sample proportion ( $P$ ) of 10% in the population of 170 professionals ( $N$ ) working in PHC, through the formula:

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

With these values, 77 public servants would be needed; this number was distributed according to the proportions of professionals from each Health District (HD) in Foz do Iguaçu (Table 1).

To guide this study, an instrument using the Likert Scale was used, this greatly allowed the interviewees to indicate their degree of agreement or disagreement, in view of the statements that were being measured. These statements allow for the expression of clear answers, without ambiguities to help participants understand the theme. Through the Likert scale, and given a set of instructions, the observed subjects were asked to conduct themselves among several options, obtaining the one that most closely matches their attitude or opinion, but in an objective way<sup>11</sup>. The purpose of the instrument's self-application was: a) to observe the profile of the study population; b) to offer preparation and training with TB; c) to understand/know about PHE as a TB learning strategy and; d) observe the structure's existence, availability/adhesion to PHE activities in distance learning.

For the construction of the study, procedural steps were followed for the proper qualification

of the study's problem, the questionnaire and the support of a discussion of the evidence found. Among these steps was the elaboration of an integrative literature review (ILR) to obtain a synthesis of the state of knowledge related to the theme, with the following constructive question: "How is PHE offered to health professionals in several countries and, what are the teaching and learning methodologies that are powerful, innovative and most frequently used?".

For the elaboration of the ILR, the Web of Science platform was decided upon as it is a large web space responsible for the dissemination of numerous publications in the area of human sciences. This platform provides access to full content via an agreement with the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel<sup>12</sup>. The criteria for searching PHE publications for ILR were: articles published in Portuguese, Spanish and English within the platform, from 2005 to 2016, that addressed the theme and were available electronically, in full.

The ILR guided the construction of the statements used in the questionnaire and only after this step did the process begin of constructing the instrument and the semantic structure involved in the linguistic base of the sentences in order that they would clearly meet the study's objectives, while avoiding duplicity and duality in the answers. Thus, the declarations of the study were structured and grouped in the form of statements, allowing the respondent to agree or disagree according to the Likert scale, with the four levels of disagreement/agreement proposed for each question: whether they strongly agreed (FA), whether they were inclined to agree (IA), whether they were inclined to disagree (ID) or if they strongly disagreed (FD).

Subsequently, the instrument was submitted to evaluation by three specialists possessing doctorates with experience in the health field. The first, with experience in validating research instruments and TB research, the second, with experience in technological tools and in TB, and the third, with experience in TB. They were asked to evaluate the organization, objectivity, clarity

of language, practical relevance and theoretical dimensions. The evaluation of the content's validity by specialists improved the instrument before its test<sup>13</sup>. From the experts' evaluation, the questions were reviewed, and the questionnaire was submitted to a pilot test, and the observations noted were considered for the research. The purpose of this phase was to verify the feasibility of the proposed method, as well as its adequacy for the study's objectives. This phase was carried out in July 2016.

The interviews with health professionals took place in August and September 2016 with the 84 professionals who agreed to participate in the study; with 7 additional individuals than indicated for the sample's n. However, it was decided to include them due to the relevance of the study. This activity took place in the health units of the five HDs in the municipality, seeking to ensure that professionals from all districts could be involved.

The data were entered and stored in the Excel® 2010 software. For the analysis, descriptive statistics were applied, considering a 95% confidence interval for the 18 statements related to the proposed objectives, seeking to demonstrate the existence of an association between the data for each of the stated goals. In cases where the theoretical count was less than 5 respondents, the Chi-square test was performed and when the independence of these data could not be attested, the Monte Carlo method was applied, which is validated by extrapolating the quantified information. The XLSTAT® software used in Windows XP® environment was used to legitimize the proposed structural model. In all stages, the same parameters were adopted for validation, and the variables used as a model for measuring the data were obtained by the statements of the self-applied quantitative instrument. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Western State University of Paraná, according to protocol No. 1.556.059 of June 23, 2016, and in compliance with Resolution 466/12 of the National Health Council<sup>14</sup>.

**Table 1-** Sample calculation of public servants working in Primary Health Care in the city of Foz do Iguaçu, in 2016.

Health District (HD)	*Regional N	**Regional P	Sample N (ε=5%)
North	40	24%	18
Northeast	27	16%	12
West	27	16%	12
East	52	31%	24
South	24	14%	11
Total N=	170	Total N=	77

Note: n is the sample per HD in the municipality of Foz do Iguaçu and according to error (D), \*Regional N= Number of public servants working in PHC per HD in Foz do Iguaçu, \*\*Regional P= Proportion of public servants per HD, Total N= Total number of public servants, Total n= Number of public servants needing to be sampled per HD.

## RESULTS

Of the 84 health professionals who agreed to participate in the study, 32% are nurses, 25% doctors, 22.7% dentists, 6% social workers, 3.7% pharmacists, 3.6% nutritionists and 7% corresponded to other upper level health professionals involved in the care of TB patients (speech therapists and physiotherapists). The predominant age group was composed of professionals that were 37 years old or more. Of the total, 69% are female.

Regarding the provision of TB preparation and training for all PHC professionals by the city's management, it was observed that there was a statistically significant difference (p=0.017) between the responses of professionals in statements 1 and 5. In the first, the highest frequency of responses occurred in the variable "strongly agree" (41%) among nurses, "inclined to disagree" (100%) prevailed among nutritionists and "strongly disagree" (50%) had a greater frequency

among other evaluated professionals. In statement 5, the highest frequency of responses occurred in the variable “strongly agree” (48%) among nurses, “inclined to

disagree” (67%) among nutritionists and the variable “strongly disagree” (60%) had a greater frequency among social workers (Table 2).

**Table 2-** Descriptive analysis regarding the relationship of responses between health professionals and their areas of activity, regarding the provision of TB preparation and training in Primary Health Care by the city’s management. Foz do Iguacu, 2016 (n=84)

PROFESSIONALS	V	NUR		MD		DD		SW		PM		NUT		Others		p-value
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1: The teaching and learning activities offered by management aiming at improving the professionals involved in TB control (diagnosis, treatment, discharge, signs and symptoms), are sufficient to promote the quality of care provided.	SA	11	41	3	14	3	16	0	0	1	33	0	0	0	0	0.017
	SD	2	7	4	19	4	21	2	40	1	33	0	0	3	50	
	IA	10	37	7	33	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ID	4	15	7	33	9	47	3	60	1	33	3	100	3	50	
2: Management offers sufficient training linked to the daily needs of the health professional.	SA	5	19	4	19	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0.169
	SD	4	15	4	19	6	32	3	60	1	33	0	0	4	67	
	IA	10	37	5	24	3	16	0	0	1	33	0	0	0	0	
	ID	8	30	8	38	9	47	2	40	1	33	3	100	2	33	
3: Training enhances the improvement of professional practice in assisting people with TB. (This analysis could be valuable in the description of the results.)	SA	18	67	10	48	9	47	2	40	0	0	3	100	4	67	0.051
	SD	0	0	0	0	3	16	2	40	1	33	0	0	1	17	
	IA	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	
4: The training offered has a satisfactory workload to promote the qualification of professional practice.	SA	9	33	3	14	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0.225
	SD	1	4	3	14	6	32	2	40	1	33	0	0	2	33	
	IA	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: The provision of quality care to patients with TB is directly related to the provision of regular training for SUS professionals working in PHC. (This analysis could be valuable in the description of the results.)	SA	13	48	7	33	5	26	0	0	1	33	1	33	3	50	0.017
	SD	0	0	1	5	2	11	3	60	1	33	0	0	0	0	
	IA	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: The training offered by management for professionals is directly related to health promotion actions in SUS. (This analysis could be valuable in the description of the results.)	SA	9	33	5	24	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0.068
	SD	0	0	1	5	2	11	2	40	1	33	1	33	1	17	
	IA	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: Variables, N: No. of Participants, NUR: Nurses, MD: Doctors, DD: Dentists, SW: Social Workers, PM: Pharmacists, NUT: Nutritionists, SA: Strongly Agree, SD: Strongly Disagree, IA: Inclined to Agree, ID: Inclined to Disagree, PS: Probability of Significance.

Nurses and doctors showed lower percentages in response to the answer concerning their inclination to disagree with the statement "PHE is widely known by professionals working in PHC". It is noteworthy that, with the exception of pharmacists, the other professionals

responded more often "inclined to disagree", when asked if "management understands that PHE is linked to the professional's performance needs in order to promote comprehensive care". However, there was no statistically significant difference for the variables analyzed in Table 3.

**Table 3-** Analysis concerning the relationship of responses regarding the understanding and/or knowledge of professionals in relation to Permanent Health Education as a teaching-learning strategy to qualify assistance in tuberculosis. Foz do Iguaçu, 2016 (n=84).

PROFESSIONALS		NUR		MD		DD		SW		PM		NUT		Others		PS
Statements	V	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-value
7: PHE is widely known by the professional working in PHC	SA	5	19	5	24	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0.253
	SD	1	4	5	24	5	26	2	40	1	33	0	0	1	17	
	IA	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: Management understands that PHE is linked to the professional's performance needs in order to promote comprehensive care	SA	4	15	5	24	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0.848
	SD	3	11	4	19	4	21	1	20	1	33	0	0	1	17	
	IA	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: The PHC professional clearly understands the role of PHE for strengthening the SUS	SA	15	56	5	24	4	21	0	0	0	0	1	33	2	33	0.209
	SD	1	4	2	10	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: Stimulation of PE is essential for the continuous organization of the care-giving procedures for patients with TB	SA	24	89	10	48	11	58	4	80	1	33	3	100	5	83	0.074
	SD	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: PE is valued by the professional working in SUS, as it contributes to health actions for the care of TB patients	SA	14	52	6	29	4	21	1	20	1	33	1	33	5	83	0.079
	SD	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: Distance Learning (DL) modalities are known to the PHC professional	SA	2	7	6	29	2	11	0	0	1	33	1	33	0	0	0.622
	SD	3	11	3	14	2	11	1	20	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: Distance Learning allows teams working in care to make the PHC work process more efficient	SA	12	44	9	43	9	47	1	20	2	67	2	67	3	50	0.799
	SD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: Variables; N: No. of Participants; NUR: Nurses; MD: Doctors; DD: Dentists; SW: Social Workers; PM: Pharmacists; NUT: Nutritionists; SA: Strongly Agree; SD: Strongly Disagree; IA: Inclined to Agree; ID: Inclined to Disagree; PS: Probability of Significance. Probabilidade de Significância.

low operability, producing a bias detectable by the instrument which reflects upon the result of the collection. Objectively, it can be stated that without clear managerial intentions, it is not possible to achieve action goals for the population or for health-promoting agents.

Also, the existence of structure, availability and/or adherence of professionals to participate in PHE activities in a distance learning environment was verified and the answers were statistically different, except for one statement (Table 4).

When asked about “The use of information technologies (collaboration platforms via the Internet), such as: Virtual learning environments (VLE), for distance learning, are familiar to the professional working in PHC”, nurses showed a greater frequency in answering “inclined to agree” (48%); physicians tended to answer “completely agree” (43%), while dentists (58%), pharmacists and nutritionists (67%) demonstrated a greater frequency of responding with the variable “inclined to disagree” ( $p>0.038$ ).

**Tabela 4-** Descriptive analysis concerning the relationship of responses between health professionals and their areas of activity, regarding the existence of structure, availability and/or adhesion of professionals to participate in Permanent Health Education activities in a distance learning environment. Foz do Iguaçu, 2016 (n=84)

PROFESSIONALS		NUR		MD		DD		SW		PM		NUT		Others		PS
Statements	V	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-value
14: The PHC unit in which it operates has computers to perform distance learning activities in the workplace.	SA	13	48	8	38	6	32	0	0	0	0	1	33	2	33	0.166
	SD	3	11	1	5	5	26	3	60	2	67	2	67	1	17	
	IA	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: Internet access is available in my workplace, home or on mobile devices (smart phones).	SA	11	41	11	52	12	63	1	20	0	0	1	33	3	50	0.076
	SD	5	19	1	5	3	16	0	0	2	67	0	0	1	17	
	IA	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: The use of information technologies (collaboration platforms via the Internet), such as: Virtual learning environments (VLE), for distance learning, are familiar to the professional working in PHC.	SA	3	11	9	43	2	11	0	0	1	33	1	33	2	33	0.038
	SD	4	15	2	10	3	16	2	40	0	0	0	0	2	33	
	IA	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: The internet is easy to master for the PHC professional.	SA	4	15	8	38	6	32	0	0	1	33	1	33	2	33	0.528
	SD	0	0	2	10	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: PHE in a distance learning mode, facilitates the professional's adherence to courses and training, but they need a time to be present.	SA	11	41	7	33	10	53	1	20	2	67	3	100	5	83	0.308
	SD	0	0	0	0	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	
	IA	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: Variables, N: No. of Participants, NUR: Nurses, MD: Doctors, DD: Dentists, SW: Social Workers, PM: Pharmacists, NUT: Nutritionists, SA: Strongly Agree, SD: Strongly Disagree, IA: Inclined to Agree, ID: Inclined to Disagree, PS: Probability of Significance.

## DISCUSSION

The data that guided the construction of perception indicators regarding PHE in TB care for health professionals allow us to observe that the answers show different and indefinite opinions on the theme. This observation is discussed by Gomes and collaborators<sup>15</sup> when reporting that the PHE articulated in problematizing practices for real learning should strengthen the production of responses in environments rich with exchanges of experiences that generate new questions about being and acting in the world. It is evident that the perception of training provided for PHE, whatever it may be, was not adequately and assertively exposed to all PHC actors in this study.

The development of human resources should contribute in a fundamental way to the rise of quality goals in health care, through tools that methodologically allow the development of processes with innovative potential in the field of health education and PHE<sup>16,17</sup>. This fact was negatively exposed when the interviewees were unable to give an objective opinion on what is offered as a resource for PHE and what the concept is. Thus, the data, despite not showing statistical significance in the statements related to the provision of PHE, reveal the management's difficulty, as a promoter of actions for the qualification of focused TB care, in promoting critical reflection on the work process of PHC teams. This isolated phenomenon is already indicative of the impoverishment of PHE.

However, PHE as a guiding tool for qualified TB care needs to be inserted in a context of the Health Care Network (HCN). Moreover, when observing the data obtained from the statement that links the stimulus to learning with good clinical practice, again the interviewed professionals were not clear about PHE goals. This fact contradicts Mendes<sup>18</sup> statement when he says that "health

professionals must be permanently educated to develop the criticality of their actions". Thus, the concern with the lack of assertiveness of PHE actions for the municipality is raised, mainly to what is linked to TB.

The full understanding of PHE as a tool that promotes the improvement of care for TB patients should be obvious to the professionals who were subjected to the study who should have produced a great amount of agreement to the statements. However, when the management processes do not foster real meaning for the actors involved in the daily practice, the focus of meaningful learning becomes lost. This warning was voice by Mendes<sup>18</sup> when he explains that approaches in education for health professionals must be based on the meaningful work activities, in the case of this study, actions to control TB.

When looking at the categories of professionals working in PHC, the trajectory of nursing is aligned with the understanding of PHE practices in SUS, contributing to a better understanding of the organization process of the HCN. This condition was clear to Backes and collaborators<sup>19</sup> when they observed that nursing takes care of the human being in the most diverse dimensions of care needed, and, in essence, transits in all phases of this care, giving them a view of the general context. This demonstrates the activity of the nursing professional in the SUS and in the HCN; however, this study did not indicate precisely how deep the role of nursing is, only its breadth of action.

It is necessary, therefore, that the management promotes the development of skills and capacities for the improvement of the processes, because good techniques only do not enable the individual to act in health in the SUS, but rather the dynamic of constantly renewing the ways of the HCN is the



real challenge<sup>18</sup>.

Thus, the proposal of this study was to seek the professionals' understanding for the statements that dealt with the modalities of PHE, to find in the raw data answers about what happened in terms of strategies linked to PHE. However, with the panorama identified, it becomes necessary to seek more judicious answers about methodological approaches to health education, as well as their andragogical development and results<sup>20</sup>. In this sense, Sá and collaborators<sup>21</sup> affirm that the reduced presence of or nonexistence of management processes focused on TB, in the spaces where FHS or OU exercise, even if existing in the managers' discourse, is not clearly focused on PHE or the working procedures and governance, which hinder the effective advancement in the fight against TB.

Not inserting PHE and its modalities in the process of governing and of professional performance for good care practice in the municipality at the time of this study, was demonstrated by the results revealing that the management is unable to interact with the daily needs of practicing professionals; who considered that management does not even understand the meaning of PHE. Another fact is the lack of training and preparation for practice, which reveals the gap between the need for PHE and its effective execution, in addition to adapting these needs to the local environment, and the PHC guidelines for TB control<sup>22</sup>.

According to the understanding of Batista and Gonçalves<sup>21</sup>, it is clear and indispensable that the various public servants (managers, professionals and educational institutions) articulate objectives for the training of health professionals for the SUS with the intention of changing the current condition of the services, especially referring to quality assistance provided to the user. This would allow the professional to reorganize their activities in favor of the community and critically reflect upon this practice. Therefore, although there are always irreducible or immutable personal

opinions, there will be a more homogeneous group of work with more precise actions in public health, with concerns directed to the real desires and needs of the individual and his/her community.

This condition of not appreciating PHE emerges from a managerial model looking at individual processes that do not perceive the collective, this fact was expressed by Mendes<sup>18</sup> when he was observing PHE, that a change in the structure of the organization is necessary. The organizations must imperatively place PHE as a primary investment by providing resources and educational and methodological means to achieve concrete goals, appreciating the educational moment as part of the work. This fact was present in all the statements of this study. It was expected that the direct questions could be clearly answered, which did not happen due to the simple fact that the professionals did not have contact with this regular practice and, therefore, did not understand its purpose.

Thus, the ways of the management as an entity should reduce local political-administrative barriers when seeking to follow what is recommended by SUS by promoting the PHE incentive that can be obtained with the insertion academy through the Public Action Organizational Contract (COAPS) stimulus policies already observed in the National Policy for Permanent Health Education (PNEPS). Such an attitude has the great potential to increase the rescue of actions that were not offered in PHE, and to adapt local management to what is determined as a qualifying action in education. This condition was described by Frenk and collaborators<sup>24</sup> when discussing the qualification of assistance as a tool for improving care. They analyzed three generations of reform in the training systems of health professionals. The current trend is education integrated into health care systems, "health-education systems". This observation fits as a parameter on the needs of what should be reorganized in the local PHE systems, as the lack of

continuing education systems produces barriers to be overcome by management.

The PHE strengthens the SUS and, in this context, nursing professionals constantly revisit their practices while directing the criticism of the actions, making them perhaps the most involved professional class present in the SUS, comprehending it in a broad way<sup>25</sup>.

Nevertheless, it is warned that despite all the directions that concern those who desire work processes to be constructed really in line with SUS, they end up understanding that it is possible to distort these directions. This fact was already pointed out by Mancia<sup>26</sup> when emphasizing that PNEPS can be devoid of its origin with partisan political actions and segmented by actions of dominant sectors that prevent the process of reflective freedom from developing; which is necessary for the PNEPS to acquire its main characteristic, enabling the professional to develop conditions to face neglected diseases in favor of the collective.

It has already been said that the great challenge for the HCN is not the attention time that the professional develops in the network, but the tools that allow the proper encouragement of their actions, especially in PHC and in effective actions for neglected diseases. Observations that leads to questions about the training of professionals and their academic trajectory, as well as how the innovative curriculum is focused on SUS, tend to lead to further actions with different characteristics of professionals in the healthcare network for a long time. This note finds in Mendes<sup>16</sup> discourse a strong ally when

the author discusses PHE.

Health care activities in SUS are offered in a usual way in line with traditional teaching characteristics, with themes often focused on subjects that do not promote reflection or improvement of the professional's actual activity, which are usually short term in the form of workshops which do not give a clear and objective meaning for the promotion of good care<sup>18</sup>.

It is emphatically insisted that the subjects observed in the study do not have the power to distinguish the characteristics of distance learning and PHE and their theoretical dimensions, as they did not have a homogeneous opinion on the topic; even of what is necessary for its effective promotion. This finding is confirmed by Fernandes<sup>27</sup> when stating that distance learning has a real contribution yet to be manifested; however, the face-to-face moment is the first condition to establish a connection, establish the success of the objectives and avoid the feeling of isolation in distance learning.

Nevertheless, there is a counterpoint to justify the difficulty of implementing PHE processes. Referring to a statement by Pinheiro and Silva Junior<sup>28</sup>, the practices that evaluate programs and projects are excessively standardized. This may result in damage to other local characteristics that must be taken into account for the effective movements of change toward building a SUS strengthened in all its axes.

This study sought to cover the perception of what PHE is, by exposing the limitations of a management system with severe operational restrictions, with truncated infrastructure and

## CONCLUSION

This study sought to analyze how PHE and its theories advocated by SUS are perceived by PHC professionals involved in the treatment of TB. However, the psychometrically qualified data showed that PHE and its theory of continuing

education for the service are not properly inserted; to the point that professionals do not understand its importance in improving the work process.

PHE is one of the propositional axes that allow the professional to develop an expanded

listening capacity. This concept makes PHC the work process something absolutely dynamic and the need for technical and pedagogical support must permeate actions when dealing with neglected diseases, such as TB; a fact that is not presently occurring. Therefore, understanding that completing the actions requires the constant presence of PHE as a professional training principle, will favor a significant reduction in the use of the term “negligence”.

The theme of PHE, its relevance and transformative application for PHC and neglected diseases is inexhaustible. The innumerable

derivations of this theme need a real and insistent deepening of the perfecting processes of the SUS, its participants and all its framework of directive proposals emphasized and regulated by the Ministry of Health.

In this sense, the present study was limited to observing only professionals with higher education and, therefore, cross-sectional studies that deepen the debate on PHE within PHC among all the professional categories involved, investigating the educational and training processes at the local level, are necessary to amplify the understanding of this theme.

## REFERENCES

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](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 MG, 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. Contemo 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, Barreto 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. 10 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.

Received in June 2019.  
Accepted January 2020.

## 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 saúde<sup>1</sup>.

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<sup>2,3</sup>.

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 pulmonar<sup>4</sup>.

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<sup>2,5</sup>. 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 social<sup>6</sup>.

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 temática<sup>7</sup>. 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 sujeitos<sup>6</sup>.

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 SUS<sup>8</sup>.

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 trabalho<sup>9</sup>.

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 quantitativa<sup>10</sup>. 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 ( ) 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 objetiva<sup>11</sup>. 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 Superior<sup>12</sup>. 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 teste<sup>13</sup>. 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 Saúde<sup>14</sup>.

**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											p-valor
Assertivas	V	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
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
	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 colaboradores<sup>15</sup> 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<sup>16,17</sup>. 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 Mendes<sup>18</sup> 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 Mendes<sup>18</sup> 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 colaboradores<sup>19</sup> 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 desafio<sup>18</sup>.

Assim, o proposto era buscar o entendimento dos profissionais para as assertivas que tratavam das modalidades de EPS, permitindo na frieza 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 resultados<sup>20</sup>. Nesse sentido, Sá e colaboradores<sup>21</sup>, 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 TB<sup>22</sup>.

No entendimento de Batista e Gonçalves<sup>21</sup> 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 as atividades em prol da comunidade e reflexão crítica sobre esta prática. Assim apesar de existirem sempre opiniões pessoais irreduzíveis 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 valoração 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 Mendes<sup>18</sup> 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 políticos-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 associados<sup>24</sup> 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 ampla<sup>25</sup>.

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 Mancia<sup>26</sup> 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 discorrido, 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 Mendes<sup>16</sup> 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 assistência<sup>18</sup>.

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 Fernandes<sup>27</sup> 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 Junior<sup>28</sup> 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](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. Contem 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.