



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE  
MESTRADO EM ENSINO**

**RODRIGO JULIANO GRIGNET**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE  
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TUBERCULOSE**

**FOZ DO IGUAÇU  
2017**

**RODRIGO JULIANO GRIGNET**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE  
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, Nível de Mestrado da UNIOESTE, *Campus* Foz do Iguaçu – PR, para a obtenção do título de Mestre em Ensino.

Linha de pesquisa: Ensino em Ciências e Matemática

Orientador: Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho

**FOZ DO IGUAÇU**

**2017**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO EM PDF, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADO A FONTE.**

Catálogo na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UNIOESTE

Grignet, Rodrigo Juliano  
G857p Percepção dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a educação permanente em tuberculose. / Rodrigo Juliano Grignet. – Foz do Iguaçu, 2017.  
127 f.

Orientador: Profº Drº Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho.  
Dissertação (Mestrado em Ensino) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, 2017.

1. Tuberculose. 2. Serviços de saúde pública. 3. Educação Permanente. I. Silva-Sobrinho, Reinaldo Antonio. II. Título.

CDD 20. ed. – 362.1068

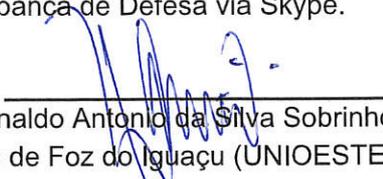
Sandra Regina Mendonça CRB – 9/1090

### Programa de Pós-Graduação em Ensino

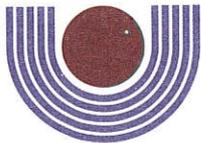
ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RODRIGO JULIANO GRIGNET, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

Ao(s) 6 dia(s) do mês de julho de 2017 às 9h00min, no(a) Bloco K, sala 02, UNIOESTE - Campus de Foz do Iguaçu/Pr., realizou-se a sessão pública da Defesa de Dissertação do(a) candidato(a) Rodrigo Juliano Grignet, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em Ensino - nível de Mestrado, na área de concentração em Ciências, Linguagens, Tecnologias e Cultura. A comissão examinadora da Defesa Pública foi aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ensino. Integraram a referida Comissão os(as) Professores(as) Doutores(as): Solange de Fatima Reis Conterno, Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho, Nathalia Halax Orfão. Os trabalhos foram presididos pelo(a) Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho, orientador(a) do(a) candidato(a). Tendo satisfeito todos os requisitos exigidos pela legislação em vigor, o(a) candidato(a) foi admitido(a) à Defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, intitulada: ""PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TUBERCULOSE"". O(a) Senhor(a) Presidente declarou abertos os trabalhos, e em seguida, convidou o(a) candidato(a) a discorrer, em linhas gerais, sobre o conteúdo da Dissertação. Feita a explanação, o(a) candidato(a) foi arguido(a) sucessivamente, pelos(as) professores (as) doutores(as): Solange de Fatima Reis Conterno, Nathalia Halax Orfão. Findas as arguições, o(a) Senhor(a) Presidente suspendeu os trabalhos da sessão pública, a fim de que, em sessão secreta, a Comissão expressasse o seu julgamento sobre a Dissertação. Efetuado o julgamento, o(a) candidato(a) foi **aprovado(a)**. O(A) CANDIDATO(A) FARÁ JUS AO TÍTULO DE MESTRE(A) EM ENSINO APÓS CUMPRIR TODOS OS REQUISITOS DO REGULAMENTO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO. A seguir, o(a) Senhor(a) Presidente reabriu os trabalhos da sessão pública e deu conhecimento do resultado. E, para constar, o(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ensino, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - Campus de Foz do Iguaçu, lavra a presente ata, e assina juntamente com os membros da Comissão Examinadora e o (a) candidato(a).

Em tempo, A Profª Drª Nathália Halax Orfão irá participar da banca de Defesa via Skype.

  
Orientador(a) - Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

  
Solange de Fatima Reis Conterno  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Foz do Iguaçu - CNPJ 78.680.337/0004-27

Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - Fone: (45) 3576-8100 - Fax: (45) 3575-2733

Pólo Universitário - CEP 85870-650 - Foz do Iguaçu - Paraná



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO

### Programa de Pós-Graduação em Ensino

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RODRIGO JULIANO GRIGNET, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

Nathalia Halax Orfão

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Rodrigo Juliano Grignet

Candidato(a)

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação  
em Ensino

*Profª. Drª. Cynthia Borges de Moura*

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
Stricto Sensu em Ensino - Nível Mestrado

## **DEDICATÓRIA**

A minha esposa, que suportou e amparou minhas decisões;  
Aos pequenos que bagunçaram cada momento deste caminho;  
Aos pais, incólumes observadores.

## **AGRADECIMENTOS**

A Professora Dra. Adriana Zilly pela sensibilidade além dos números;  
Ao Professor Dr. Reinaldo Antonio Silva- Sobrinho, o bom capitão;  
Ao Professor Thiago Emanuel Klüber, o hermeneuta irreverente;  
Aos colegas de ação e reflexão dessa rápida e intensa jornada;  
Ao pastor de Homens e de almas que sempre nos conduz.

*“Erros são, no final das contas, fundamentos da verdade. Se um homem não sabe o que uma coisa é, já é um avanço do conhecimento saber o que ela não é”.*

*(Carl Gustav Jung)*

## RESUMO

**GRIGNET, R. J. Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação Permanente em Tuberculose. (129 f). Dissertação (Mestrado em Ensino) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, 2017.**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria nº 198/2004 e Portaria nº 1996/2007, é estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o aprimoramento de trabalhadores para o setor. Traz em sua envergadura a mudança na concepção e nas práticas de aprimoramento dos trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi verificar como os profissionais com ensino superior atuantes na área da saúde exercendo suas atividades na Atenção Primária em Saúde do município de Foz do Iguaçu, Paraná, percebem a Educação Permanente em Saúde como veículo de promoção e qualificação do cuidado, e qual o discernimento destes, sobre esta temática, ao serem expostos a modelos possíveis de educação permanente, em como o conhecimento de ferramentas de educação à distância como cofator de melhoria assistencial aos pacientes portadores de tuberculose atendidos nas Unidades Abertas e Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo inquérito, que adotou como estratégia a aplicação de instrumento avaliativo do grau de concordância e discordância apropriando-se da Escala Likert, com a participação de servidores vinculados à Atenção Primária em Saúde que possuem ou já possuíram em sua rotina envolvimento com pacientes portadores de tuberculose. Os aspectos éticos seguiram a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Constituíram-se como unidades de verificação as 25 unidades de saúde da rede municipal de Foz do Iguaçu-Paraná. A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2016 por meio de instrumento autoaplicado com 84 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos, assistente social, outros). Os dados quantitativos provenientes dos questionários foram armazenados em banco de dados construído no Excel®, e as análises estatísticas foram realizadas utilizando *software* XLSTAT®. Para a realização de independência entre as questões do questionário e cada variável avaliada, foi realizado o teste de Qui-quadrado, e nos casos onde a contagem teórica foi inferior a 05 indivíduos respondentes, e a independência desses dados não pôde ser atestada, aplicou-se o Método de Monte Carlo. No questionário foram abordadas 18 assertivas, as quais os profissionais responderam seu grau de concordância ou discordância para cada afirmação exposta. As assertivas deste estudo foram organizadas e vinculadas aos três objetivos principais e a quatro relações de interesse: distritos sanitários e sua modalidade de atenção; profissionais de nível superior atuantes na Atenção Primária em Saúde e sua área de formação; tempo de atividade destes no Sistema Único de Saúde e o tempo de atividade total exercida em saúde. Apuração e quantificação das assertivas resultaram em 12 tabelas que evidenciaram pela direção dos dados estatísticos uma dispersão sobre a percepção dos indicadores com a Educação Permanente em Saúde. Considera-se essa condição resultado do pouco entendimento ou percepção sobre o que é Educação Permanente em Saúde, suas modalidades e ferramentas tecnológicas que permitam o exercício permanente desta. Isto redundou na inadequada visão sobre o papel do profissional de saúde para sua apropriação de um coletivo de pensamento, e, portanto também não poderá por consequência auferir substancial participação na resolução de doenças negligenciadas no caso deste estudo, a tuberculose.

**Palavras-chave:** Tuberculose, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde, Profissionais da Saúde.

## ABSTRACT

**GRIGNET, R. J. Perception of Primary Health Care Professionals on Continuing Education in Tuberculosis. (129 f). Dissertation (Master in Teaching) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, 2017.**

The National Policy on Permanent Education in Health, Administrative Rule n. 198 / 2004 and Administrative Rule n. 1996 / 2007, is a strategy of the Unified Health System for the training and improvement of workers for the sector. It brings in its scope the change in the conception and improvement practices of Unified Health System health workers. In this context, the objective of this study was to verify how the professionals with higher education working in the health area exercising their activities in Primary Health Care in the city of Foz do Iguaçu, Paraná, perceive the Permanent Education in Health as a vehicle of promotion and qualification of care, and their discernment on this theme, when they are exposed to possible models of permanent education, as the knowledge of distance education tools as a cofactor for the improvement of care for patients with tuberculosis attended at Open Units and Family Health Strategy. This is a descriptive epidemiological study of the type inquiry, which adopted as strategy the application of an evaluation instrument of the degree of agreement and disagreement appropriating the Likert Scale, with the participation of APS-linked servers that have or have already had in their routine involvement With patients with tuberculosis. The ethical aspects followed Resolution 466/2012 of the National Health Council. The health units of the municipal network of Foz do Iguaçu-Paraná were constituted as verification units. Data collection was performed between July and September 2016 through a self-administered instrument with 84 health professionals (doctors, nurses, dentists, nutritionists, pharmacists, social workers, others). Quantitative data from the questionnaires were stored in an Excel® database, and statistical analyzes were performed using XLSTAT® software. In order to achieve independence among the questions of the questionnaire and each variable evaluated, the Chi-square test was performed, and in cases where the theoretical score was less than 5 respondents, and the independence of these data could not be attested, The Monte Carlo Method was used. In the questionnaire, 18 assertions were approached in which professionals answered their degree of agreement or disagreement for each exposed statement. The assertions of this study were organized and linked to the three main objectives and to four relations of interest: Sanitary Districts and their mode of attention; Top-level professionals working in the APS and its training area; Time of activity of these in Unified Health System, and the total activity time in health. Assay and quantification of the assertions resulted in 12 tables that showed by the direction of the statistical data a dispersion on the perception of the indicators with the Permanent Education in Health. This condition is considered as the result of poor understanding or perception about what Permanent Education in Health is, its modalities and technological tools that allow the permanent exercise of this one. This results in inadequate insight into the role of health professionals in their appropriation of a collective of thought, and therefore can not have a substantial participation in the resolution of neglected diseases in the case of this study, tuberculosis.

**Keywords:** Tuberculosis, Health Services, Primary Health Care, Permanent Education in Health, Health Professionals.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b>	Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.....	33
<b>Figura 02:</b>	A gestão na condição de saúde percebida por Mendes (2011).....	38
<b>Figura 03:</b>	Pacto da saúde: uma estratégia para viabilizar a equidade em saúde.....	40
<b>Figura 04:</b>	Descrição do Conceito das Redes de Atenção à Saúde no Brasil.....	42
<b>Figura 05:</b>	Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde no Brasil.....	43
<b>Figura 06:</b>	Opção Conceitual das Redes de Atenção à Saúde no Brasil.....	44
<b>Figura 07:</b>	Localização da Tríplice Fronteira: Brasil, Paraguai e Argentina.....	52
<b>Figura 08:</b>	Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu, Paraná .....	53
<b>Figura 09:</b>	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, Paraná.....	54
<b>Figura 10:</b>	Roteiro de Elaboração e Avaliação do Instrumento para este estudo.....	57
<b>Figura 11:</b>	<b>A:</b> Distribuição por área profissional e <b>B:</b> faixa etária dos servidores da APS participantes no estudo de formação, Foz do Iguaçu-PR, 2016.....	68
<b>Figura 12:</b>	<b>A:</b> Tempo de atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde e <b>B:</b> Tempo de atuação dos profissionais no SUS até o momento da coleta de dados, Foz do Iguaçu-PR, 2016.....	69
<b>Figura 13:</b>	Tempo de atuação total em saúde dos profissionais participantes até o momento da coleta de dados, Foz do Iguaçu-PR, 2016.....	70
<b>Figura 14:</b>	Proporção entre os servidores participantes segundo categoria e área de formação profissional, atuantes na Atenção Primária em Saúde, que concordam plenamente com a Assertiva. Foz do Iguaçu, 2016.....	73
<b>Figura 15:</b>	Análise em relação às modalidades de atenção nos distritos sanitários para a assertiva #8, na variável concordo plenamente, Foz do Iguaçu, 2016.....	77
<b>Figura 16:</b>	Relação entre as variáveis sobre o conhecimento dos profissionais a respeito da Educação Permanente em Saúde e o tempo de assistência à saúde para a assertiva no quesito “concordo plenamente”.....	82
<b>Figura 17:</b>	Conhecimento dos profissionais a respeito da Educação Permanente em Saúde e o tempo de assistência na Atenção Primária à Saúde para a assertiva no quesito “concordo plenamente”.....	82
<b>Figura 18:</b>	Existência de relação significativa entre as variáveis analisadas para os profissionais e suas áreas de atuação, para a variável “concordo plenamente”.....	85

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Cálculo amostral de servidores atuantes na APS, Foz do Iguaçu, 2016.....	56
<b>Tabela 02:</b> Análise descritiva das assertivas segundo as modalidades de atenção nos distritos sanitários, Foz do Iguaçu, 2016.....	71
<b>Tabela 03:</b> Análise descritiva quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, Foz do Iguaçu, 2016.....	74
<b>Tabela 04:</b> Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de assistência total em saúde, Foz do Iguaçu, 2016.....	75
<b>Tabela 05:</b> Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016.....	76
<b>Tabela 06:</b> Análise referente às modalidades de atenção em relação aos distritos sanitários, Foz do Iguaçu, 2016.....	78
<b>Tabela 07:</b> Análise quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, Foz do Iguaçu, 2016.....	80
<b>Tabela 08:</b> Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de assistência total em saúde, Foz do Iguaçu, 2016.....	81
<b>Tabela 09:</b> Análise descritiva referente aos profissionais de saúde e o tempo de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016.....	83
<b>Tabela 10:</b> Análise descritiva referente às modalidades de atenção e as regiões avaliadas, Foz do Iguaçu, 2016.....	84
<b>Tabela 11:</b> Análise descritiva quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, Foz do Iguaçu, 2016.....	86
<b>Tabela 12:</b> Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de assistência total em saúde, Foz do Iguaçu, 2016.....	87
<b>Tabela 13:</b> Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016.....	88

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AVA</b>	Ambiente Virtual de Aprendizagem
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
<b>COAP</b>	Contrato Organizativo da Ação Pública
<b>COSEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>DIAB</b>	Diretoria de Atenção Básica
<b>DEGES</b>	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
<b>EaD</b>	Educação a Distância
<b>EC</b>	Educação Continuada
<b>EP</b>	Educação Permanente
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia e Saúde da Família
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PMFI</b>	Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
<b>PQA-VS 5</b>	Programa de Qualidade e Acesso às Ações de Vigilância em Saúde
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RIL</b>	Revisão Integrativa de Literatura
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TICs</b>	Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>UA</b>	Unidade Aberta
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
3.1 Tuberculose.....	21
3.2 O controle da Tuberculose como prioridade nacional.....	23
3.3 Educação Continuada e Educação Permanente.....	25
3.4 O marco gestor para Educação Permanente em Saúde .....	29
3.5 A Educação Permanente em Saúde como estratégia contínua para a construção coletiva.....	37
3.6 A Educação Permanente em Saúde e a construção da reflexão crítica .....	38
3.7 A Construção do modelo de Educação Permanente em Saúde no processo de Gestão do Sistema Único de Saúde .....	39
3.8 A construção coletiva do SUS e sua gestão através das Redes de Atenção à Saúde.....	41
3.9 O Profissional e a Equipe nas Redes de Atenção à Saúde.....	46
3.10 O Processo Educacional no Sistema Único de Saúde .....	46
3.11 Educação a Distância.....	47
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	52
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	52
4.2 Contextualizando o cenário da pesquisa.....	52
4.3 População de Referência .....	55
4.4 Critérios de Exclusão.....	55
4.5 Cálculo da Amostra .....	55
4.6 Instrumento de Pesquisa.....	56
4.6.1 Etapas de Elaboração do Instrumento de Coleta de Dados:.....	57
4.6.1.1 Revisão Integrativa de Literatura:.....	58
4.6.1.2 Validação de Conteúdo do Instrumento de Coleta de Dados:.....	60
4.6.1.3 Teste Piloto do Instrumento de Coleta de Dados:.....	62
4.7 Coleta de Dados.....	64
4.8 Análise dos Dados.....	64
4.9 Dificuldades na Coleta de Dados .....	66
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	67
<b>6 RESULTADOS</b> .....	68

6.1 Características da população de estudo .....	68
6.2 Capacitação e treinamento em Tuberculose na Atenção Primária à Saúde no município de Foz do Iguaçu .....	70
6.3 Entendimento/conhecimento dos profissionais em relação à EPS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB no município de Foz do Iguaçu .....	76
6.4 Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD .....	83
<b>7. DISCUSSÃO .....</b>	<b>89</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>
Apêndice A: Instrumento Adaptado Escala Likert.....	119
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	122
Anexo I: Carta de Solicitação a Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu - PR.....	125
Anexo II: Carta de Solicitação ao Conselho de Ética em Pesquisa .....	126
Anexo III: Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa.....	128

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é criação brasileira, concebido em 1988 através da Constituição Federal, fomentado e debatido no seio de diversos grupos políticos representados nos segmentos sociais. Esse coletivo estava determinado a mudar o paradigma da saúde pública, permitiu sensibilizar e advogar que a estrutura insistentemente repetida e até então vigente, apoiado no modelo biomédico não permitia e não sustentava a atenção integral ao indivíduo, seu ambiente e suas necessidades nas diversas ramificações e dimensões de vida (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Dentro da concepção de uma rede assistencial que permita essa integral atenção, surge à necessidade de amálgama que consolide todas as áreas de atenção ao usuário, sobretudo nas práticas da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS, por ser porta de entrada para a assistência, tem necessariamente que possuir um modelo dinâmico e altamente adaptável, para a contínua e sistemática evolução do modelo. Os desafios são de magnitude elevada, e são observados na carta magna em seu artigo 200 ao estabelecer que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Para que o efeito desejado seja positivo é de fundamental valia que o pacto pela vida preconizado pelo SUS e seu modelo de integralidade assistencial seja continuamente revisto, revisitado e reformulado, pois este é ferramenta de justiça social e forte agente inclusivo, sobretudo quando o SUS encontra-se preparado para reagir prontamente às demandas (BRASIL, 2006a).

Assim, e neste contexto de constante reformulação, pode-se compreender a tuberculose (TB) como a doença infecciosa que permite traçar toda a capacidade efetiva 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 (BOARETTO; BASTOS; NATAL, 2012).

Isto é historicamente observável, pois há quase 170 anos, Friedrich Engels na obra “ A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” descreveu 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 e da morbidade dos operários saxões, prossegue, todavia no início do século XXI, os

mesmos problemas sanitários e de saúde, em contextos de sociais análogos àqueles descritos por Engels (ENGELS, 2010).

Alguns tipos de trabalho fabril têm consequências particularmente nocivas. Na maioria das fiações de algodão e linho, especialmente nas seções onde a matéria é cardada e penteada, o ar é carregado de poeira filamentosa que produz afecções pulmonares – alguns organismos podem suportar essa atmosfera, outros não. Mas o operário não tem escolha: é obrigado a aceitar trabalho onde exista, quer seus pulmões estejam bem ou não. Os efeitos mais comuns da inspiração dessa poeira são os escarros de sangue, a respiração ofegante e sibilante, dores no peito, tosse, insônia, todos os sintomas da asma e, nos piores casos, a tuberculose pulmonar (ENGELS, 2010, p. 199-200).

A fisiopatologia da TB é modelo clássico da doença infecciosa, de curso lento e progressivo e, além dos recursos farmacológicos, necessita de estrutura estável para seu enfrentamento em serviços de saúde resolutivos, com profissionais atentos e preparados, atuando amplamente em equipes multidisciplinares, apoiados por sistemas de informação adequados e resolutos (BOARETTO; BASTOS; NATAL, 2012).

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 à medida que não se atinge determinada população ou grupo; 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 (ARAKAWA, 2015).

No caminho de contínua reformulação dos processos que permitam a gestão do trabalho transversal voltado a TB, marca absoluta da integralidade das ações para assistência no SUS, surge a EPS como ferramenta que busca agir no profissional ao tentar promover de forma crítica as ações que tornam o sistema mais abrangente e igualitário. A EPS trouxe um conceito inovador para o SUS, na medida em que o centro do processo de aprendizagem está no trabalho do próprio profissional. Educar continuamente o trabalhador do SUS é fator primeiro para a compreensão do conceito de integralidade, ao estimular a inserção de novas tecnologias, além de permitir o controle social e a exposição e riqueza do conceito EPS, pois ao final do processo está a sedimentação da cidadania inclusiva (RICALDONI; SENA, 2006).

A EPS assenta-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas laborais. Pode ser entendida como uma experimentação

reflexiva que ocorre no ambiente de trabalho e gestão dos processos nas organizações. É elaborada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2007).

Portanto, para obter as transformações nos espaços de trabalho e, nos respectivos processos, torna-se necessário realizar mudanças nas práticas profissionais e na sua organização, ao transpor de maneira integral ações educativas de atenção e gestão (SILVA; LEITE; PINNO, 2014).

Stroschein e Zocche (2011) advogam que é fundamental insistir sobre o papel da EPS permite que os indivíduos envolvidos na coletividade lancem mão de ações pensadas e refletidas para saúde, posicionando-se como agentes de transformação das práticas e saberes. Acordadas em coletivos que vinculam a gestão e o controle social à sustentação do SUS e suas diretrizes transversais. O que trás a reflexão das novas possibilidades de sensibilização e completa compreensão dos motivos que são necessários para a qualificação dos processos de trabalho inseridos no contexto da ação profissional.

Clarifica-se, então que existem várias práticas que permeiam a EPS e, portanto, vários resultados possíveis de serem alcançados com maior ou menor sucesso, e logicamente com percepções distintas do que são Educação Permanente (EP), Educação Continuada (EC) e Educação a Distância (EaD).

Portanto, a partir deste balizamento propositivo será possível à ação apropriada para modelagem assistencial com auxílio real da EPS e suas modalidades metodológicas para iniciar qualquer ato educacional, sendo fundamental conhecer o ambiente em que estes profissionais estão inseridos, sua infraestrutura de trabalho e as diretivas dialogadas com a gestão local (MENDES, 2011).

Compreender a EPS e seus aspectos mais relevantes na APS permite traçar linha mestra diagnóstica do que precisa ser feito e qual seria o marco zero para iniciar ações realmente inovadoras no que concerne ao processo de cuidado apoiado em constante interlocução entre os sujeitos (ARAKAWA, 2015). A epistemologia Fleckiana reforça esse conceito de apoio e crescimento mútuo através do contato perene, ao afirmar que a circulação das ideias no seu grupo ou interpares tem por derivação a mudança ou transformação dos valores dos pensamentos (FLECK, 1986).

Diversos caminhos podem ser trilhados para atingir o objetivo da EPS de qualidade e orientada às necessidades da população e trabalhadores, nenhum deles absoluto, todavia existem orientações claras, porém, complexas quanto a sua efetiva implantação, orientadas pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) 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 (PNEPS) 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 (BRASIL, 2015a).

Desse modo, torna-se pertinente ressaltar que o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a) enfatiza a relação solidária entre gestores e profissionais diretamente envolvidos na assistência, definindo diretrizes e responsabilidades em cada eixo de ação, e dentro destes destaca-se a EPS, que busca a consolidação do SUS também por meio da PNEPS.

Assim fica evidenciado que a prática assistencial e as demandas sociais foram o estopim que permitiu a percepção das necessidades de formação adequada para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). O COAPES tem a intencionalidade de tornar as relações entre ensino-serviço-comunidade dinâmico, permitindo a troca contínua de experimentações que levam a melhoria da assistência e permita um cenário de prática onde à academia e os serviços tornam-se sinérgicos a bem da população, ao permitir melhoria dos indicadores e do desenvolvimento dos profissionais (BRASIL, 2015a).

A EPS concatenada com o COAPES e o desejo genuíno de consolidação de políticas adequadas que servem ao usuário permite compreender que a formação e desenvolvimento do trabalhador do SUS são pilares fundamentais da política de EPS e necessitam ser indivisíveis e organizadas sempre voltadas ao usuário e sua coletividade (BRASIL, 2015a).

Assim, para atingir o objetivo deste estudo, buscou-se, através de entrevistas com os profissionais da APS envolvidos no tratamento da TB, a percepção sobre: Qual a compreensão destes profissionais sobre a EPS e seus conceitos preconizados pelo SUS?; Quais são as possíveis barreiras para a ampla compreensão e utilização no processo de qualificação da assistência no município de Foz do Iguaçu?; Qual a compreensão desses profissionais sobre como as

ferramentas de EaD inseridas em ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) podem colaborar com esse fomento?

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 pelo profissional ao plano secundário nas ações que permeiam a filosofia do SUS, e o pacto de gestão pela vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Verificar a percepção dos profissionais da APS, atuantes nas Unidades Abertas (UA) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), sobre a EPS como ferramenta de promoção e qualificação da assistência aos pacientes portadores de TB, e observar a presença de infraestrutura para desenvolvimento desta estratégia.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- 1) Realizar um diagnóstico situacional sobre a oferta de capacitações e treinamentos em TB para profissionais de saúde do SUS, com nível superior, atuantes na APS: UA e ESF;
- 2) Analisar o entendimento e/ou conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS, como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB;
- 3) Levantar a existência de estrutura e disponibilidade ou adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. A apresentação pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, sendo responsável pela transmissão da doença (BRASIL, 2016a).

É a principal doença infecciosa do mundo, causando aproximadamente 5 mil mortes por dia. A maior carga recai sobre comunidades que já enfrentam desafios socioeconômicos: migrantes, refugiados, pessoas privadas de liberdade, pessoas que vivem em situação de rua, minorias étnicas, e outras que trabalham e vivem em ambientes sujeitos a riscos, além das mulheres marginalizadas, crianças e idosos. Apesar do diagnóstico simples e conduta terapêutica que cura quase a totalidade dos casos, ainda é um grave problema de saúde pública. As principais dificuldades persistem no diagnóstico precoce e no abandono do tratamento pela pessoa acometida antes de sua finalização (OPAS/OMS, 2017).

O relatório anual da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014 apontou a TB como a doença infecciosa que mais produz óbitos, superando pela primeira vez a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Anualmente, são notificados cerca de 10,4 milhões de novos casos em todo o mundo. Destes, 1,5 milhões de pessoas foram á óbito em 2014, e 1,2 milhão de vítimas do HIV (WHO, 2014).

Os dados epidemiológicos divulgados em 2016 mostraram que 1,8 milhões de pessoas morreram em decorrência da TB em 2015, das quais 0,4 milhões foram coinfectadas com HIV. Apesar das mortes globais por TB terem diminuído 22% entre 2000 e 2015, a doença permanece entre as 10 principais causas de morte no mundo em 2015, sendo responsável por mais óbitos que o HIV e a malária. A taxa de redução dos casos permaneceu estável (1,5%) de 2014 a 2015. Diante deste panorama, é imprescindível acelerar o número para 4-5% até 2020, para alcançar os patamares propostos pela OMS (WHO, 2016).

Dessa forma, a necessidade de repensar as estratégias de prevenção e controle da TB torna-se ainda mais evidente (OPAS/OMS, 2017). No Brasil, a TB é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais e agravadas pelo surgimento da AIDS e pelo aparecimento de casos de TB resistente aos

medicamentos acentua ainda mais esse panorama. No entanto, a doença é curável e o tratamento e suporte é disponibilizado pelo SUS (BRASIL, 2015c).

No grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela OMS, que concentram mais de 80% dos casos, está o Brasil, estando na 16ª posição em número absoluto de casos. No Brasil, entre 2005 a 2014, foram diagnosticados 73 mil casos novos e, em 2013 ocorreram 4.577 óbitos (WHO, 2015).

Porém nos nove anos correntes a incidência de casos de TB no Brasil caiu 13,2%, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 33,6 casos/100 mil habitantes em 2015. Com taxa de mortalidade de 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, em 2015 e 2,6 registrados em 2004, inclusive com queda de novos casos registrados para este mesmo período em 4,8% (BRASIL, 2016a).

Diante do cenário mundial frente a TB, a OMS estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro “Um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença” (WHO, 2015).

Para o alcance desse compromisso, em alusão ao Dia Mundial de Luta Contra a TB – 2015, a Stop TB *Partnership* lançou o tema “Alcançando os 3 milhões de casos não detectados: rastrear, tratar e curar a todos”. A mobilização visou marcar o compromisso político e social em busca da eliminação da TB como um problema de Saúde Pública. O Brasil seguiu a proposta da OMS no que diz respeito às prioridades relacionadas à detecção precoce de casos, ao tratamento do paciente e à sua conclusão com desfecho favorável: a cura (BRASIL, 2015b).

Para isso, as atividades desenvolvidas precisam estar relacionadas a abordagens que visam à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, não perdendo de vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde (BRASIL, 2014b).

Tendo em vista a nova era para o controle da TB, a OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020. Essa nova classificação é composta por três listas de 30 países, segundo características epidemiológicas: 1) carga de TB, 2) TB multidrogarresistente e 3) coinfeção TB/HIV (WHO, 2016).

Alguns países aparecem em mais de uma lista, somando assim, um total de 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose. O Brasil encontra-se em duas dessas listas, ocupando a 20ª posição na classificação de carga da doença e a

19ª quanto à coinfeção TB/HIV. Vale destacar que os países que compõem essas listas representam 87% do número de casos de TB no mundo. Os novos dados mostraram que os países precisam se mover para prevenir, detectar e tratar as doenças com o objetivo de cumprir as metas globais (WHO, 2016).

Governos concordaram sobre as metas para acabar com a epidemia de TB tanto na OMS quanto na Assembleia Geral das Nações Unidas, no contexto dos objetivos do desenvolvimento sustentável incluindo uma redução de 90% nas mortes e uma diminuição de 80% nos casos da doença até 2030 em comparação com 2015 (WHO, 2016).

A estratégia pelo fim da TB, aprovada em 2014 pela OMS, tem como objetivo o “fim da epidemia global da TB”. As metas para cumprimento desse objetivo até o ano de 2035 são: reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes, e reduzir o número de óbitos por TB em 95%. Para alcançar esses objetivos são necessários empenho de gestores, de profissionais de saúde, da sociedade civil e de pesquisadores na elaboração de novas estratégias e tecnologias, além do reforço das já existentes e que apresentam bons resultados para o controle da TB (BRASIL, 2016a).

No entanto, torna-se relevante mencionar que a capacidade de resolutividade das ações de controle da TB é influenciada por fatores associados ao comportamento do doente, à modalidade de tratamento empregado e à operacionalização dos serviços, com destaque para a atuação do profissional da saúde na percepção das ações a serem tomadas (SÁ *et al.*, 2007).

### **3.2 O controle da Tuberculose como prioridade nacional**

O controle da TB é considerado prioridade para o Governo Federal desde 2003. Em 2011 dois indicadores foram contemplados no Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011a).

Ressalta-se que por definição das esferas gestoras, o controle da TB tem na APS seu maior esforço, com ações organizadas por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), com definição clara das estratégias mínimas da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Assim, a APS deve gerenciar todas as

etapas de manejo operacional da doença nos serviços de saúde ao realizar a identificação dos sintomáticos respiratórios, diagnosticando e tratando o doente em seu percurso até a cura (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Ademais, há que se considerar a importância da APS no controle da TB à medida que se constitui na principal porta de entrada ao sistema de saúde e assume as funções de resolutividade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2012).

Para tanto, foram inseridos indicadores sobre a TB na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (Prog-VS)<sup>4</sup> e no Programa de Qualidade e Acesso às Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)<sup>5</sup> bem como questões que contemplam a TB no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esperava-se que esses instrumentos induzissem os processos que ampliam a capacidade de resposta das três esferas de gestão do SUS para ações de vigilância e controle da doença (BRASIL, 2013a).

Diversas atividades foram desenvolvidas ao longo dos últimos anos pelo MS: novas tecnologias foram incorporadas ao SUS, como um quarto fármaco (Etambutol) no esquema básico de tratamento, a oferta dos medicamentos em doses fixas combinadas, e, mais recentemente, o teste rápido molecular para TB, determinou ainda a ampliação do diagnóstico com implantação de novas tecnologias e o fortalecimento das ações inovadoras de intervenção da doença na APS, disponibilizou também a todos os profissionais da saúde, um curso de formação à distância, nominado como: “Ações para o controle da TB na APS”, sendo aberto e autoexplicativo, podendo ser explorado didaticamente na página da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), como estímulo a EPS (BRASIL, 2013a).

A TB persiste como desafio a ser superado pelo Brasil. Apesar das reduções nos coeficientes de incidência e de mortalidade, a doença ainda é endêmica no país. Desta forma, os desafios impostos pela doença estimulam a rede SUS a trabalhar no sentido de criar ações que visem promover o acesso de toda a população ao diagnóstico em tempo apropriado e tratamento de qualidade, contemplando os determinantes sociais (BRASIL, 2014b). Sendo assim, em conjunto com os Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose (PNCT) tem buscado novas estratégias a fim de atender os amplos desafios impostos pela doença no país e de ampliar o tratamento de todos os casos notificados (BRASIL, 2015b).

### 3.3 Educação Continuada e Educação Permanente

Os processos educacionais de EP e EC são ferramentas importantes para atualização e aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais da saúde e para a organização do trabalho com importantes reflexos na atenção da população sob seus cuidados (DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No entanto, o principal desafio da EP é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação (RICALDONI; SENA, 2006).

Desse modo, a educação engloba os processos de ensinar e aprender, ou seja, é uma forma de transformar o indivíduo e a sociedade partindo de suas experimentações. Seguindo a ideia da existência de educação em todos os espaços de *práxis*, o quadro 01 aponta as principais diferenças na dinâmica da EC e da EP.

**Quadro 01:** Proposta política para EC e EP realizada pelo Ministério da Saúde em 2004

ESTRUTURAÇÃO	EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC)	EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)
<b>Pressuposto Pedagógico</b>	O “conhecimento” preside define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
<b>Objetivo principal</b>	Atualização dos conhecimentos específicos	Transformação das práticas
<b>Público</b>	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<b>Modus operandi</b>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
<b>Atividades Educativas</b>	Cursos padronizados: carga horária, conteúdo e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, a organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são definidos resolvidos/equacionados em situação. Quando necessário, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulado), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Fonte: BRASIL, 2004a

Comparativamente, a EC envolve atividades de ensino com duração definida e metodologia tradicional. A EP segue uma proposta de processo educativo dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos para uma *práxis* crítica e criadora (BACKES; SCHMIDT; NIETSCHE, 2003).

Reforçando as diferenças entre os conceitos, Motta *et al.*, (2002) clarificam que a EC pressupõe ações de educação após a graduação, com duração pré-estabelecida e pode apoiar-se no método tradicional; já a EP baliza-se apoiada em dois pilares: as demandas e necessidades complexas de trabalho e a reflexão crítica como dos atos relacionados ao trabalho.

A EC tem seu foco voltado às instituições, aos indivíduos atuantes em diversos níveis de atenção e às profissões no campo da capacitação técnica, e não às práticas sociais, mote de ação da EPS (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Observações de Arruda *et al.*, (2008), expõem a importância de tornar sinérgica a EC à EPS ao desenvolver novos processos formativos com potência para aglutinar conteúdo com reflexões sobre a prática executada. Por esta via a EPS consolida-se como protocolo definitivo, ao viabilizar a reflexão contínua sobre a prática partindo da experiência coletiva e a EC, como programa metodológico, é o momento da teorização da prática, quando os partícipes retomam conteúdos vinculados a prática, ampliando seu raio de percepção, reduzindo suas limitações ou necessidades de conhecimento. Fica clarificado que tanto a EPS como a EC, devem ser complementares enquanto caminho para a contínua formação das bases da política de qualificação do SUS, são, portanto inseparáveis.

Para os autores o conceito binomial inserido entre teoria e prática faz parte da construção do conhecimento, sobretudo quando se insere a discussão dos aspectos relevantes de forma complexa e participativa, o que só é possível e real se ocorrer em direção à aprendizagem significativa. Com a detecção dos desafios cabe depurá-los de forma sistemática, reunir em grupamentos de afinidade, identificando o que pode ser resolvido e o que ainda pode ser problematizado de forma reflexiva, visando aprimoramento das práticas (ARRUDA *et al.*, 2008).

Morin (1991, p.19) dá sentido a esta afirmação quando sinaliza que a complexidade de paradigmas reside no rol de desafios e descobertas a serem feitas, “uma nova ciência” que permita conhecer o conhecimento, que ele trata como

“noologia”<sup>1</sup>. Ao associar este termo à saúde, pretende-se despertar nos profissionais a reflexão que permita que os mesmos consigam conhecer as dificuldades que permeiam sua prática, nesse estrito sentido a EPS contribui exponencialmente.

Para tanto, deve-se resgatar que o processo que envolve a EPS é o momento definitivo da reflexão sobre o ato da prática diária e da busca por novos mecanismos de aprendizado, compartilhando ao experimentar e compartilhar vivências, superando seus desafios da rotina de trabalho (DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Com essa comunhão, surgem os vínculos e a rede de apoio que se consolida para acolher angústias e demais emoções, viabilizando novos caminhos para o enfrentamento através do coletivo de redes construído. Convém alertar e refletir que a aprendizagem e a reflexão são desafiadas pelo erro da incorreta aplicação da EP, e a desilusão desmotivante pode surgir, pois os envolvidos produzem distorções em suas concepções e práticas, amplificando perturbações aleatórias e randômicas, todavia isso não pode ser impeditivo para a implantação da EP (MORIN, 2000).

Segundo Lopes *et al.*, (2007) a educação tradicional, baseada em conteúdo presta-se ao propósito de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde pelo viés técnico e tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos, sendo ato propositivo aplicado pela gestão de forma descendente.

A estrutura de assistência precária gera demanda e as pressões por celeridade têm provocado à repetição de modelos consolidados e prontos de educação no e para o trabalho, sem expor os conceitos que estão sendo aplicados na *práxis* dos programas ou sistemas, utilizando os termos “Educação Continuada” e “Educação Permanente” como se fossem sinônimos, fato que induz ao erro conceitual (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Analisando sob essa ótica, a EC é uma estratégia que se não for pensada de forma crítica e articulada, acaba por reforçar a fragmentação do cuidado, provocando distorções nas equipes e no processo de trabalho, pois se preocupa com o desempenho de cada categoria profissional, com viés tecnicista o domínio de conteúdo dentro de suas funções determinadas pela função e divisão do trabalho e são estereotipadas pela descrição dos postos de trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

---

<sup>1</sup> Orientação filosófica que, em oposição ao empirismo, admite a existência de conhecimentos puros, derivados unicamente da razão ou Ciência que se ocupa dos conteúdos da vida psíquica (MICHAELIS, 2017).

Mesmo com o rumo incerto que o processo de reflexão pode tomar, é primordial um posicionamento claro e articulado, Morin (2000, p.104) reafirma que “compreender é ao mesmo tempo meio e fim da comunicação humana”.

A prática pouco relacionada à formação e ao contexto de trabalho é característica dos programas de EC que não são construídos criticamente e, tem permitido reduzir os espaços de aprendizados, à reciclagem do conhecimento (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Percebe-se então que o enfrentamento dos desafios assistenciais se faz pela EC, por categorias profissionais, baseada na necessidade de conhecimentos e ou capacitação técnica partindo de um olhar diagnóstico dos desafios e déficits na prestação de serviços, a observação das lacunas a serem preenchidas normalmente é executada pelas gerências de forma assíncrona com a gestão e sem critérios coletivos, sem oportunizar a fala àqueles profissionais que assistem a população no serviço e são os gestores locais da execução prática das demandas (COTRIM-GUIMARÃES, 2009, p.15). Em outras palavras, “a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços” (MOTTA *et al.*, 2002, p. 69).

Diferentemente do exposto a EPS desponta como elemento transformador, sendo definida como o caminho pedagógico para o trabalho e no trabalho em todas as esferas do cuidado, com meta estabelecida de melhorar os aspectos relacionados à saúde da população e seu entorno (PINTO *et al.*, 2008).

Nas observações de Cotrim-Guimarães (2009) as construções de EP e da EC necessitam da participação efetiva dos trabalhadores nas práticas organizacionais gestoras, pois em vários momentos a falha do processo advém não do profissional e sua competência técnica, mas da gestão do processo de trabalho.

Logo fica compreensível que as demandas definem-se além de listagem indefinida de necessidades anacrônicas impostas, desconexas da realidade e sem orientação com a *práxis* diária, mas, principalmente deve surgir, na origem das ocorrências no campo de trabalho, onde a prestação de serviços e suas características singulares existem, reforçando a necessidade primeira de qualificar o serviço e os profissionais atuantes para a melhor assistência a população com os recursos tecnológicos existentes (BRASIL, 2004a).

A EPS está diretamente vinculada com a promoção da qualificação da assistência, além da autonomia profissional, e a ética da integralidade aplicada, e que é também corresponsabilidade das instituições de ensino vinculadas a rede,

inclusive preconizada pelas diretrizes curriculares nacionais, estimulando a formação de profissionais hábeis para se educarem permanentemente em saúde (LIMA; RIBEIRO, 2016).

Também é relevante, e deve ser afirmado o fato que no trabalho em equipe as demandas devem ser encontradas e solucionadas, outorgando ao profissional o julgamento preciso e libertador de suas necessidades, modificando a natureza da condição do trabalhador de expectador para gerenciador e gestor das ocorrências que afetam a população deixando de ser agente passivo em cursos e capacitações, tornado-se propositor e dando respostas aos desafios postos (SMAHA; CARLOTO, 2010). Neste sentido, Carotta, Kawamura e Salazari (2009) complementam, afirmando que:

A EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZARI, 2009, p.49).

Desse modo, a EPS consegue distinguir o caráter educativo do próprio trabalho, que passa a ser compreendido não apenas em sua concepção instrumental de produzir resultados para a prioridade definida, mas também como um meio reflexivo, de diálogo e construção de idéias, tornando viável a promoção integral da saúde. Atrelada à EPS, mas distinta desta, encontra-se a EC que são todas as ações educativas desenvolvidas após a graduação com o propósito de aprimorar e adquirir novos conhecimentos mediante atividades formais e bem planejadas. É a arte de sempre estar atualizando o sujeito, para que este se sinta seguro no seu local de trabalho e que possa atuar com autonomia e confiança (PEDUZZI *et al.*, 2009).

### **3.4 O marco gestor para Educação Permanente em Saúde**

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) ocorreu no Brasil em outubro de 1986, cujo tema central foi "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária". Promoveram-se discussões na conjuntura da construção do SUS pós 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em março do mesmo ano, e da administração do último presidente eleito de forma indireta. Essa Conferência desencadeou uma reflexão com base em experiências,

desde a década de 1960, com a expansão dos hospitais e conseqüentemente ampliação do mercado de trabalho para os trabalhadores de saúde (BRASIL, 1993).

Em 1992, é convocada a 9ª CNS, a qual apresentava como tema central a Municipalização, e entre seus objetivos estava à discussão da Lei n.º 8.080/90 e da Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993, a NOB 01/93 (BRASIL, 2006b).

A II CNRHS realizou-se em setembro de 1993, com a temática “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”. Discutiram-se as necessidades de saúde e as formas de organização dos serviços para o atendimento. Segundo enfatizado, a formação do trabalhador da saúde deveria privilegiar os aspectos críticos na perspectiva de que os paradigmas curriculares tivessem coerência com os paradigmas assistenciais preconizados pelo SUS. O relatório final da II CNRHS apontou para a integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadores de serviços de saúde, incluindo nesse processo os conselhos de saúde e de educação (BRASIL, 1994).

Em 2000, a 11ª CNS reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda a 3ª CNRH. No ano de 2003, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, responsável por formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Neste contexto, a 12ª CNS, reafirmou 3ª CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde, com os objetivos de propor diretrizes nacionais para sua implementação, e ampliar a participação e a corresponsabilidade. Com o surgimento de uma política de educação para o SUS implantaram-se programas e estratégias para aproximar os serviços de saúde e as instituições formadoras. Com essa política de formação e desenvolvimento para o SUS, pactuada e aprovada pelo CNS, através da Resolução 335/2003, emergiram os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instâncias locais e interinstitucionais de gestão da EP (BRASIL, 2004b).

Ainda no mesmo ano de 2003, desenvolve-se o AprenderSUS, uma política do MS destinada a fortalecer os processos de mudança nas graduações da área da saúde, adotando como eixo norteador da formação em saúde o princípio da integralidade. A proposta do AprenderSUS é fomentar o engajamento de diferentes atores em diferentes possibilidades de articulação, conforme as Diretrizes Nacionais Curriculares (DCNs). Enquanto as DCNs regulamentam a formação das graduações em saúde e a implementação da integração ensino-serviço e as mudanças

pedagógicas, integrando conteúdos disciplinares e clínica aplicada, o AprenderSUS trabalha as DCNs, instituídas desde 2001 (BRASIL, 2004c).

Integrante da Política de Educação para o SUS, o Projeto VER-SUS/Brasil surgiu em parceria do MS com o Movimento Estudantil, buscando proporcionar aos estudantes a vivência e a realidade do SUS, a fim de se formarem profissionais críticos, reflexivos e conscientes das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2004d).

Inclinando-se na direção proposta pelas conferências de saúde mencionadas, e permitindo a inserção da EPS como fator de estruturação do SUS, a portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) definida como estratégia para a formação e desenvolvimento dos profissionais para o setor, definindo o papel do processo reflexivo pertencente ao coletivo, vivenciado a partir dos problemas reais encontrados na vida diária (BRASIL, 2004a).

Neste contexto a EPS como é conceituada atualmente, nasceu da ampla observação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ao constatar estreita relação entre o ato de planejar as ações na saúde e o gerenciamento dos recursos humanos para a saúde (MENDES, 2012).

Na EPS, define-se que “o ponto de partida de seu saber real, pode ser baseado em seu próprio trabalho, determinando através desse artifício pedagógico, seu caminho na aprendizagem” (LOPES *et al.*, 2007, p.149) pois o conhecimento origina-se na capacidade de identificar necessidades do serviço em todos os aspectos. Moutinho (2012) elabora este mesmo conceito, ao expor que:

A Educação Permanente em Saúde propicia a aquisição e renovação do conhecimento dos profissionais. Este processo não beneficia somente os profissionais da área da saúde, mas também toda a comunidade, com a melhoria do atendimento e a otimização dos cuidados prestados. Busca, também, desenvolver uma nova visão e reflexão sobre o meio social em que cada participante está inserido, e, como consequência, uma nova atitude frente às demandas (MOUTINHO, 2012, p.9).

Linhares (1999), também afina-se ao discurso quando analisa a estrutura das redes sociais com sua divisão do trabalho, cooperação, troca mútua de ideias, controvérsias, hierarquizações e conflitos, presentes em todos os aspectos das atividades científicas. Assim, um coletivo bem organizado englobaria uma quantidade de conhecimento muitíssimo superior à capacidade de qualquer indivíduo. Ressaltando, que qualquer tipo de aprendizado está ligado a alguma tradição social, e

que palavras e costumes já seriam suficientes para formar um vínculo de pensamento coletivo.

O Pacto pela Saúde, na sua dimensão do Pacto de Gestão, expressa na estrutura da gestão e do trabalho no SUS, aponta as seguintes diretrizes para o desenvolvimento da Educação na Saúde:

- Avanço da PNEPS, por meio da compreensão do conceito de EPS adequado às especificidades de cada instituição/região;
- Reconhecimento da EPS como processo educativo essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS;
- Compreensão e adoção das diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, inerentes à educação permanente;
- Discussão e avaliação da implementação da PNEPS;
- Revisão da normatização vigente que institui a Política, considerando a descentralização do planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente no SUS;
- Planejamento e acompanhamento das atividades de EPS e alocações de recursos pautados pela lógica de fortalecimento do SUS e atendimento das demandas sociais de saúde; cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores federal, estaduais e municipais, instituições formadoras, serviços de saúde e controle social (BRASIL, 2006c).

A EPS apesar de permear a muito tempo programas voltados para a área da saúde, só alçou o *status real* de política pública tardiamente. E esta perspectiva vem gerando um movimento potencialmente inovador de construção de conhecimentos desde 2007, visando apoiar sua consolidação ao observar a sua regulamentação pela Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

Todavia a EPS somente se desenvolve e desempenha sua função quando envolvida numa prática modificadora, que leva a estimular a dialética do conhecimento com um processo de criação e recriação perene, desenvolvendo a reflexão crítica e utilizando-se desta para a prática/trabalho (BRASIL, 2000).

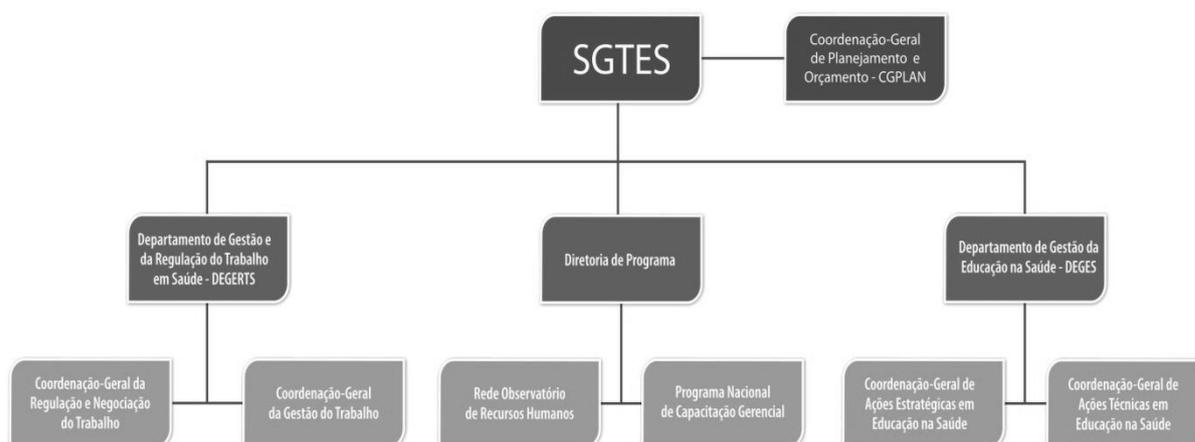
A produção e fomento de conhecimentos em saúde no SUS balizam-se, como um processo gerado no trabalho, basicamente coletivo e comunitário, já que resulta da confrontação comparativa de elementos diferentes e complementares, com experiências vivenciadas entre a equipe de saúde e a comunidade (MENDES, 2011). Para fortalecer e inserir a EPS, nas práticas profissionais a ESF surge como a melhor opção estruturadora já realizada no campo da saúde brasileira chanceladas nas bases do Pacto pela Saúde (PAULINO *et al.*, 2012).

Desta forma ao conceber o conceito ampliado de saúde, com o olhar dos profissionais, tendo a integralidade como princípio motriz, a intersetorialidade, e a

articulação entre teoria e prática como eixos diretivos do cuidado, a EPS pode consolidar-se (PAULINO; SOUZA; BORGES, 2010).

Identifica-se que as necessidades de aprendizagem das equipes da ESF devem coadunar com suas qualificações principais, elementos estes, essenciais para a transposição e resolução de barreiras identificadas no seu campo de atuação. A educação é processo cíclico, um investimento creditado na formação para o trabalho, definindo as demandas educacionais prementes, baseado nas necessidades do trabalhador entendendo que o processo educativo não é, nem todavia deve ser considerado um momento único e exclusivo do academicismo (BRASIL, 2000).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) através dos Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) prosseguem com a implementação da PNEPS, estabelecendo seus eixos primordiais, entre eles a regionalização, a promoção dos espaços articuladores e dialógicos, além da concreta observação dos princípios da EPS no âmbito estadual (Figura 01).



**Figura 01:** Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS).

Fonte: BRASIL, 2014a.

Neste contexto, a SGTES/MS criou em 07 de agosto de 2013, por meio do Decreto N° 8.065, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), com a responsabilidade de elaborar estratégias de provimento e formação que permitam o enfrentamento do histórico problema da escassez de médicos no Brasil, que tanto dificulta a efetiva universalização do acesso e a promoção de um SUS mais justo e equânime. Destacam-se também como objetivos do DEPREPS:

- ✓ Planejar, coordenar, monitorar e avaliar a provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS mediante a integração ensino-serviço;

- ✓ Planejar, coordenar, monitorar e avaliar a celebração dos termos de cooperação com as instituições de ensino que prestam o curso de Especialização em Saúde da Família;
- ✓ Coordenar o curso de Especialização em Saúde da Família junto à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e instituições de ensino a ela filiadas;
- ✓ Planejar, coordenar e monitorar o projeto político-pedagógico, o processo de certificação e a avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS;
- ✓ Planejar a estratégia de ação dos programas de provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS em áreas carentes e remotas do País;
- ✓ Promover a articulação dos setores de saúde e educação nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2013b).

No entanto, somente com o decreto nº 8.901 de 11 de novembro de 2016 onde aprova a nova estrutura organizacional básica do SGTES, regularizando o DEPREPS como departamento subordinado a secretaria de gestão em saúde do MS (BRASIL, 2016c).

Na execução da PNEPS no âmbito estadual, o DEGES elaborou pesquisa intitulada “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e o “Plano de Monitoramento”, seguindo as diretrizes primeiras do Pacto pela Saúde, permitindo um planejamento adequado as necessidades dos serviços (BRASIL, 2009a).

Outra forma de compreender o processo da EPS é observar a função da integralidade sob a ótica da integração e complexidade da atenção à saúde observando-a criticamente, e contemplando as necessidades primeiras do usuário, além de estimular a comunicação com outras áreas de grande afinidade nos processos de interconexão das redes; a assistência social e educação, entre outras são fortes partícipes dos processos (MATTOS, 2004).

O compromisso de uma escuta qualificada aparece como compromisso imposto pelas demandas individuais ou da população em uma capilaridade multiprofissional de labor compartilhado no âmbito do coletivo, com a equipe agregando saberes, favorecendo a integralidade (PINTO *et al.*, 2012).

A PNEPS estabelece o paradigma signficante da EPS como meio de fomento pedagógico do aprendizado e da produção do conhecimento, intrínseco às instituições utilizando-se de mecanismos metodológicos participativos, formais ou não, onde o sujeito é diretivo em suas ações, o ator principal experimentador de suas vivências (BRASIL, 2006b).

Mattos (2001) objetiva três sentidos da integralidade enquanto conceito, que ordenam três eixos principais: a boa prática assistencial como princípio orientador,

galgado em uma postura profissional, agregado ao serviço organizado orientado para esta prática, e por fim a capacidade responsiva governamental para resolução de entraves através do princípio organizador das políticas.

O debate que alterou a estratégia de formação dos profissionais de saúde na América Latina foi anterior ao processo de implantação da política de EPS no Brasil em meados da década de 1970, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) entendendo que era inadequada a formação das equipes de saúde para enfrentamento diário nos serviços, introduz a discussão para a elaboração de um novo modelo didático-pedagógico modificador das intervenções em saúde (LOPES *et al.*, 2007).

Nesse novo modelo, as ações da EPS não tratam de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas da realidade concreta (LOPES *et al.*, 2007).

A EPS é, nessa abrangência, uma estratégia fortemente político-pedagógica partindo da aprendizagem significativa, ao produzir sentido para o sujeito na interlocução com os enfrentamentos da realidade ao levar em consideração as experiências pregressas dos indivíduos (BERTUSSI, 2004). As CNS no Brasil indicavam a baixa qualificação orientada para as RAS na formação dos trabalhadores da saúde encontrada nos postos de serviços de saúde (BAHIA, 2015).

As diretrizes apontadas nas conferências nacionais até 2003, referente aos recursos humanos para a saúde, especificamente o fomento para a EPS eram pontuais, pois não haviam entrado na agenda de planejamento para a organização dos serviços no SUS, limitava-se a questões discutidas em momentos e locais privilegiados, não se comprometendo com desenvolvimento da estratégia e de uma política de gestão real e incisiva (LOPES *et al.*, 2007).

Ainda, observando o movimento iniciado pela OPAS, os autores adicionam ainda que o MS, ao criar a SGTES em 2003, assume a frente da mudança para reordenar a lógica processual no eixo da formação dos profissionais de saúde. Antes deste marco, o ordenamento dos parâmetros de EPS não possuía previsão como política institucional e pública na saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A estratégia é então estabelecida, através da portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, que adentra ao cenário como uma real ordenadora do SUS para a

formação, desenvolvimento e aprimoramento dos trabalhadores envolvidos em suas diversas esferas (BRASIL, 2004a). Em, 2007 a política passou por ajustes e alterações propositivas às diretrizes para a sua execução através da Portaria nº1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

A construção desta política foi debatida exaustivamente e tramitou por diversas instâncias de negociação, críticas e deliberações na saúde. A pactuação ocorreu na Comissão mista de Intergestores na Tripartite e, em novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução nº 335, reafirmou a aprovação da “Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente” (CNS, 2003). Neste mesmo ano houve a chancela na 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004b). Assim, em seu texto integral, ficou estabelecido que:

A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2004b, p. 10).

Corroborando com a construção da EPS como elemento ordenador do sistema de assistência, pode-se citar o epistemólogo Ludwik Fleck, o qual afirma que a circulação intercoletiva de ideias só pode acontecer verdadeiramente com a transformação do conhecimento pelo grupo em que a ideia emergiu, assim: “A circulação intercoletiva de ideias tem por derivação a mudança ou transformação dos valores dos pensamentos” (FLECK, 1986, p. 156). Afirma também que a comunicação nos coletivos, não ocorre nunca sem transformação, produzindo uma nova percepção do conhecimento circulante, de acordo com o estilo, que “intracoletivamente se traduz em um reforço e intercoletivamente em uma mudança fundamental do pensamento comunicado” (FLECK, 1986, p.158).

O saber produzido e agregado de opiniões capaz de se enquadrar num sistema, comprovado, aplicável e evidente costuma ser pressuposto como óbvio. O que é tido como evidente, deve na verdade ser comprovado, no entanto, é variável e deve ser analisado caso a caso (FLECK, 2010).

O preenchimento dessa racionalidade de um estilo de pensamento só pode ser elucidado mediante análises comparadas, e no paradigma fleckiano, a ciência moderna não seria um grupo fechado de cientistas que produzem fatos destinados ao seu uso exclusivo; mas ao invés disso, interagem com especialistas de outros coletivos e com outros grupos sociais (FLECK, 2012).

Por essa razão a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS sustentam suas ações na significação da integralidade, à EPS, às práticas cuidadoras, à gestão participativa sob o olhar do controle social. Na política brasileira de educação para o trabalho, a EPS configurou-se na ligação entre a educação e o labor, referendando a relevância social do ensino para a “formação do conhecimento”, “formação para a vida” e “formação para o trabalho” (BRASIL, 2009a).

### **3.5 A Educação Permanente em Saúde como estratégia contínua para a construção coletiva**

Em 20 de agosto de 2007, publica-se, a Portaria GM/MS nº 1.996, que revoga a Portaria nº 198, e auferir sobre as novas diretrizes e estratégias para a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2007).

A nova portaria estabeleceu que as ações de Educação na Saúde passassem a compor o Pacto de Gestão, o que promoveu e estabeleceu ações de educação na saúde na agenda de gestão SUS. Somado a isto, a proposta afirmada relata que, a gestão passa a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, inserido automaticamente no bloco de financiamento, com repasse fundo a fundo em paralelo com o financiamento das ações de assistência à saúde, com a finalidade de promover condições para o planejamento das ações de EPS a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2011b).

O texto final incorporou a contribuição das várias instituições como o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e a Comissão Intersectorial de Recursos, além de criar os espaços de contínua reformulação, pactuação, execução, monitoração e supervisão da política de EPS e profissional no âmbito do SUS (BRASIL, 2007).

O encontro da EPS com as necessidades do paradigma assistencial vem contribuir para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, na participação ativa nos conselhos de saúde, atuando integralmente nos processos gestores setoriais,

almejando as metas estabelecidas pelos princípios do SUS (entre elas a integralidade), no âmbito individual e coletivo. É necessário lembrar que o SUS enquanto política de Estado tem o dever constitucional de promover as áreas científicas e tecnológicas para suprir as necessidades de adequar-se ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Com a EPS já estabelecida enquanto política se torna necessário debater exaustivamente quais os melhores caminhos metodológicos a desenvolver, que auxiliem de forma adequada e dentro das necessidades setoriais do SUS o processo de apreensão por parte dos profissionais que a integram.

### 3.6 A Educação Permanente em Saúde e a construção da reflexão crítica

Freire (2011) direciona a discussão, afirmando que a metodologia problematizadora, favorece a interação do sujeito com seus espaços de atuação em um diálogo concreto entre os atores, resultando em reflexão crítica, permitindo a consciência de pertencimento, incentivando o indivíduo, gerando a autonomia e mudanças com grande significado no aprendizado; opondo-se ao modelo centrado na ação ditada por protocolos assistenciais verticais rígidos que não permitem adaptação ou uma ação realmente transformadora dos processos. Mendes (2011) percebe esse movimento ao estruturar nas RAS a EPS como modificadora de comportamento (Figura 02).



**Figura 02:** A gestão na condição de saúde percebida por Mendes (2011)

A EPS não é substituta da EC, porém a atividade profissional em saúde necessita de ambas de forma perene para a melhoria da prática e da construção do SUS; a EC deve ser prática fundamental para a contextualização e ação efetiva dos trabalhadores frente aos desafios impostos pela rotina laboral, assim aglutinando

ambas surge a real integralidade do cuidado (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015).

No entanto, para atender a estas demandas, é necessário que ocorram profundas transformações na política de formação dos profissionais de saúde orientada pelos princípios do SUS (DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA *et al.*, 2011).

### **3.7 A Construção do modelo de Educação Permanente em Saúde no processo de Gestão do Sistema Único de Saúde**

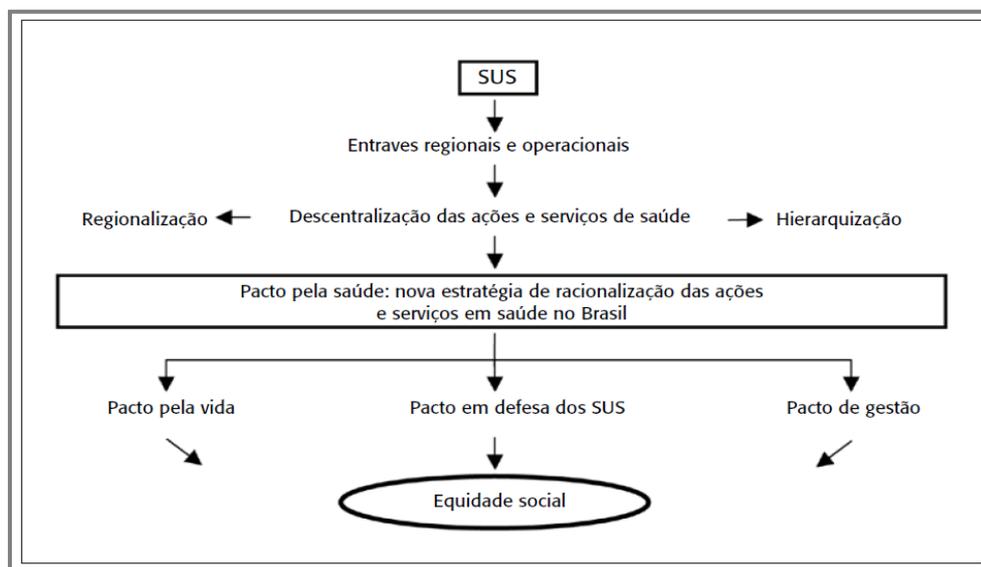
Compreendendo a necessidade de inclusão dos profissionais envolvidos no processo educacional, a EP, é fator de desenvolvimento, construção e consolidação das políticas públicas, buscando além do seu paradigma essencial de formação de profissionais com competência técnica, elementos que reforcem a contínua construção do modelo de gestão dos serviços, reduzindo o descompasso entre a demanda de assistência e a formação dos profissionais (ALMEIDA FILHO, 2013).

Desta necessidade nasce o SUS, enquanto política social surge de uma decisão adotada na Constituição Federal de 1988, considerando a saúde como “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. O SUS estabelece claramente os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população dentro do território nacional (TEIXEIRA, 2011).

A história do SUS e sua construção choca-se com um sistema de saúde dominado pela predominante gestão do atendimento à demanda, que outrora era primordialmente curativo, baseado no conceito hospitalocêntrico (Santas Casas e afins). Esse viés biomédico cresceu a partir do século XIX vinculando o processo de doença ao que se trata curativamente, sendo absolutamente reducionista à sua dimensão anatomopatológica, tornando irrelevante qualquer outra dimensão humana e suas relações, (cultura, política e economia) e tratando de suas intervenções somente no corpo doente. Contrapondo-se a esse quadro, em meados do século XIX, cresce a observação e aplicação de um modelo preventivista que expande seus horizontes, firmando-se como um saber epidemiológico-sanitarista, buscando a organização higienista dos espaços (MATTA; MOROSINI, 2009).

Por tal motivo, o SUS além da demanda imediata busca as necessidades de saúde da população, entendendo a integralidade como seu principal orientador, no sentido de busca por justiça social (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998),

estabelecendo para tanto, pactos como estratégias para promover a equidade social, conforme fluxograma (Figura 03) exposto por Fadel *et al.*, (2009) que divulga o pacto e a estrutura da administração da saúde pública, observando o processo gestor.



**Figura 03:** Pacto da saúde: uma estratégia para viabilizar a equidade em saúde  
Fonte: FADEL *et al.*, 2009

Fica clarificado então que a atenção integral à saúde é uma diretriz premente do SUS observada pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 (BRASIL, 1988), as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Na lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, também no seu artigo 7º, estabeleceu o conceito de integralidade de assistência como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Porém, para Malta e Merhy (2010) o conceito da integralidade associado ao modelo construído atualmente, em que as ações são pré-estabelecidas não parece atender com sucesso as necessidades previstas, nem atingindo de forma satisfatória o indivíduo e sua coletividade, implicando em modelos gestores de tomada de

decisão que não tocam o usuário real em seus anseios de cuidado. Afirmam ainda que:

A Atenção integral torna-se efetiva e possível quando o processo de cuidado for organizado em rede, com serviços repensados como um componente primeiro da integralidade do cuidado, uma ciranda assistencial que permita ao indivíduo livre trânsito para o que é de mais valia (MALTA; MERHY, 2010, p. 596).

### **3.8 A construção coletiva do SUS e sua gestão através das Redes de Atenção à Saúde**

Para a consolidação da integralidade como fator central da assistência ao cidadão, a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu e deu diretrizes básicas para a formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estratégia esta, que objetiva superar o mosaico fragmentado da atenção em seus vários níveis de acesso, além de aperfeiçoar a macro gestão do SUS, aprimorando a seguridade e amparo ao usuário com o conjunto de ações e serviços necessários (BRASIL, 2010a).

As RAS buscam efetivar a integralidade do cuidado reorganizando as ações disponíveis nos serviços de saúde, suas ferramentas de múltiplas densidades tecnológicas com o intuito de garantir a adequada assistência, em diversos níveis, de forma técnica baseada na gestão do cuidado (MENDES, 2011). Rovere (1999) define que as redes nada mais são que indivíduos que criam vínculos conectivos, coletivos relacionando-se em diversos níveis de complexidade, assim a conexão entre indivíduos é fundamental para a formação das redes.

O coletivo consiste numa comunidade com foco em determinado estilo de pensar, que não é, nem deve ser confundida com uma comunidade fixa, como uma classe social ou profissional única, uma vez que um mesmo indivíduo pode participar de mais de um coletivo de pensamento e, em mais de um estilo de pensar (FLECK, 1986). Ainda neste ponto, Rovere (1999) reflete sobre a real natureza dos vínculos coletivos:

[...] redes não são simplesmente referência e contra referência, a ideia de que soprando por um canal envio algo que outro recebe e me devolve, seria empobrecer as potencialidades do conceito de redes. A partir do momento em que o indivíduo entra em rede, entra em vínculos solidários, o que se avalia para dizer que os serviços em realidade são uma rede é se há comportamento solidário (ROVERE, 1999, p.19).

O decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, regulamentou a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e definiu que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será outorga da Atenção Básica como sua principal ordenadora,

garantindo ao cidadão a continuidade do cuidado em saúde em todas as suas modalidades. Somado a esta intencionalidade gestora, o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), descreve em seu artigo 34 que o objetivo final do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Por meio do COAP, busca-se organizar a questão da integração das ações e serviços de saúde que nunca foi garantida pela falta de elementos jurídico-sanitários que pudessem integrar serviços de modo responsável e mediante negociação federativa nas regiões de saúde: município, estado e União (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional da Atenção Básica e definiu a organização das RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011b).

O conceito de RAS (Figura 04) emerge da somatória de estruturas administrativas com a meta de aperfeiçoar a saúde, organizando os sistemas de gestão de cuidados por meio da pactuação dos fluxos de assistência entre os diversos níveis de serviços (OCAMPO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2013).



**Figura 04:** Descrição do Conceito das Redes de Atenção à Saúde no Brasil  
Fonte: BRASIL, 2010a

A Atenção Básica (AB) segundo a portaria nº 2488/2011 deverá cumprir algumas funções para ordenar as RAS, conforme segue (BRASIL, 2011b):

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário;
- II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e

coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na AB devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da AB e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários”.

Neste contexto faz-se necessário compreender a estruturação das RAS (Figura 05), principalmente como se organizam para permitir que a assistência na AB seja reguladora do processo de trabalho no SUS (MENDES, 2011).

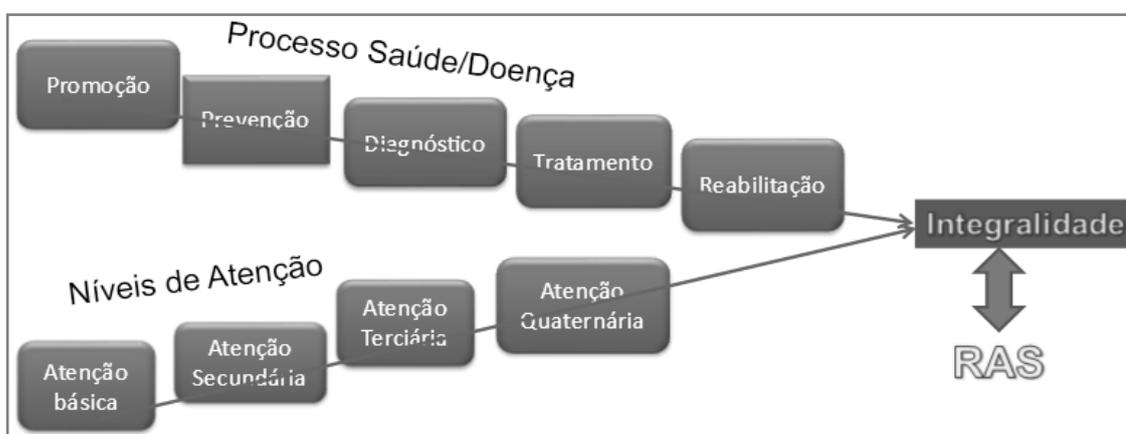


**Figura 05:** Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde no Brasil  
Fonte: MENDES, 2011

Mendes (2008) relata algumas evidências positivas com a implantação das RAS. Entre elas estão: a melhora dos resultados sanitários nas condições crônicas ao diminuir as referências a especialistas e a hospitais, aumentar a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzir serviços mais custo/efetivos e aumentar a satisfação da população.

A Reforma Sanitária e a implantação do SUS permitiram a contínua construção das RAS; durante estes processos observou-se a fundamental importância da formação diferenciada de recursos humanos para a saúde, inseridos no modelo proposto deste sistema, amparadas na necessidade da produção de uma atenção integral à saúde individual e coletiva (PINTO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2010).

Baseado nesta necessidade de formação para atuação nas distintas dimensões do cuidado, a integralidade na atenção à saúde foi definida como princípio do SUS, baseado em políticas que orientam a elaboração de ações e mecanismos que respondam às demandas populacionais, nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde-doença (SILVA; SENA, 2008), conforme Figura 06.



**Figura 06:** Opção Conceitual das Redes de Atenção à Saúde no Brasil  
Fonte: MENDES (2011)

Um ponto fundamental ao observar os modelos de trabalho em saúde é a capacidade de perceber detalhes peculiares das ações desenvolvidas no ambiente de trabalho, principalmente ações que permeiem grandes variações de situações individuais e coletivas que estão presentes no cotidiano do profissional, muitas delas voláteis, por ocorrerem de forma rotineira necessitam de autonomia e multiplicidade de estratégias que permitam sua resolução a partir do olhar do profissional e que podem modificar o modo que os encontros entre trabalhadores e usuários ocorrem. Assim, praticamente nada pode ser considerado entregue, mas estrategicamente reformulado a partir da autonomia gerada em processos de EPS, de outra forma o automatismo tende a alinhar-se com o modelo predominante nas ações em saúde que estão centradas no procedimento e não no cuidado (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

Os sistemas existentes de atenção à saúde, inclusive as iniciativas no campo da EPS, são respostas aos anseios sociais às necessidades de integralidade de

assistência da população (BRITO, 2007). A importância sociopolítica e econômica crescente da expansão dos serviços de atenção à saúde no Brasil, também aumentou a oferta de novas tecnologias e experimentações em modelos assistenciais para promover a intervenção nesse mesmo campo (BRASIL, 1997).

Observa-se um dilema dos sistemas propostos de saúde contemporâneos que se justifica pela paradoxal relação situacional da saúde com predomínio forte de condições de assistência a doenças crônicas postas em uma RAS com sistemas fragmentados e orientados, primordialmente, para as condições agudas (MENDES, 2010). O que expõe a imperativa necessidade de repensar e reformular o que está sendo ofertada a população nos serviços de saúde (LEMOS, 2014).

Nas observações de Linhares (1999), a estrutura das redes sociais com sua divisão do trabalho, cooperação, troca mútua de ideias, controvérsias, hierarquizações e conflitos, estariam presentes em todos os aspectos das atividades científicas. Assim, um coletivo bem organizado englobaria uma quantidade de conhecimento muitíssimo superior à capacidade de qualquer indivíduo. Ressaltando, que qualquer tipo de aprendizado está ligado a alguma tradição social, e que palavras e costumes já seriam suficientes para formar um vínculo de pensamento coletivo.

Assim a promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência à saúde, compreendem ações integrativas fundamentais para a integralidade ampla da atenção. Os profissionais, envolvidos na equipe interdisciplinar, necessitam basicamente conhecer e perceber os valores estabelecidos pelo SUS em suas RAS, principalmente na firme proposição das ações desenvolvidas na unidade de saúde. Esta visão do processo de trabalho do profissional dispara e estimula a continuidade da assistência por meio das linhas de cuidados, tornando a gestão do processo articulada e integralizada com as práticas profissionais da saúde (CECÍLIO, 2001).

Fato amplamente observado e aplicado pela gestão federal do SUS ao aprovar a resolução 330/2003 “Os Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (CNS, 2003).

Desse modo, a proposta de formação permanente dos profissionais do SUS vinculados à atenção na área da saúde passa por transformações chanceladas pelas CNRHS em três momentos principais, o primeiro momento embrionário do processo em 1986 com publicação oficial em 1994 e cristalizada com a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com a

temática voltada aos Trabalhadores da Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação (BRASIL, 2005).

### **3.9 O Profissional e a Equipe nas Redes de Atenção à Saúde**

Partindo da cristalização dos processos de ensino-aprendizagem para a formação profissional na área da saúde pressupõe-se que o objetivo pedagógico é a transformação contínua das práticas do exercício profissional. Neste ponto a contínua reorganização do trabalho, ao referenciar-se a partir do problema existente no processo laboral, amplia a capacidade de dar acolhimento bem como ampliar o cuidado nas várias dimensões de saúde, e seus coletivos de necessidades (MITRE *et al.*, 2008).

Logicamente, e vinculado a este pressuposto o SUS, referenciado na Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações propositivas de saúde em âmbito individual e coletivo, estimulando a promoção e o amparo da saúde, o diagnóstico, a prevenção de qualquer agravo, o tratamento disponibilizado e suas tecnologias, além da reabilitação e manutenção da condição básica de saúde. Assim a exposição dos usuários de forma contínua as ações das RAS, permitem a orientação destes pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da ordenação do cuidado, do vínculo coletivo e da continuidade da assistência, e fortemente da integralidade, da corresponsabilização, da equidade com forte percepção da humanização e da participação social irrestrita (BRASIL, 2006c).

Campos (2003) também reforça a proposição ao dizer que a ação das equipes e das RAS, são fundamentais para promover no usuário a ampliada visão e capacidade de refletir-se nos próprios parâmetros socioculturais. Para o autor, isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva. Ratifica que “Caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de ação interventiva das pessoas sobre suas próprias vidas” (CAMPOS, 2003, p. 9).

### **3.10 O Processo Educacional no Sistema Único de Saúde**

A educação, enquanto processo, situa-se contextualmente em dualidade tensa, pois pode tanto somente reproduzir a tecnicidade do trabalho, como também estabelecer, criar e oportunizar a recomposição dos processos de trabalho, para que

os profissionais da saúde consigam se perceber, se reconhecer, negociar e permitirem-se ser responsivos às necessidades amplas e universais dos usuários e da população a que estes pertencem, assegurando o pleno uso dos direitos e percepção adequada dos serviços, na consolidação do SUS (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Fica evidente que no momento em que todo o viés do modelo biomédico não é mais competente plenamente em dar respostas rápidas, satisfatórias para estancar o surgimento recorrente de endemias e epidemias, a medicina social surge com o claro propósito de incluir no cerne do diálogo entre saúde-doença, elementos novos ponderando a discussão além de formatos apenas de natureza biomédica. E um dos eixos fundamentais e preponderantes incluídos na discussão, é a educação (MINAYO, 2015).

Assim a consolidação das ações modificadoras, dos aspectos atitudinais desenvolvida para os processos gestores, organizativos, e, sobretudo, no modelo constitutivo do SUS, demanda alterações significativas na atual formação dos profissionais da saúde, caracterizada pela não integralidade e fragmentação do conhecimento, que fomenta o antagonismo entre todas as dimensões que a constituem: individual/coletivo, público/privado, biológico/social, curativo/preventivo (ALMEIDA-FILHO, 2011; ALMEIDA-FILHO, 2013).

Estes elementos antagônicos quando inseridos no processo de construção contínua da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, se sobressaem e agudizam, interferindo negativamente na organização do sistema (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Seguindo este enfoque, Mendes (2012) afirma de forma clara e objetiva que a EP deve ser situada e compreendida dentro de um sistema aberto de ações, que vai ao encontro às potencialidades da estrutura educacional e social ao produzir os valores, processos e saberes que servem à *práxis* humana em toda a sua extensão.

### **3.11 Educação a Distância**

A Educação a Distância (EaD) é uma modalidade de ensino que possui em sua gênese possibilidades ampliada para o acesso ao conhecimento. Conceituada pela Divisão de Temas Educacionais do Ministério das Relações Exteriores como:

[...] uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos, organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação (BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, a EaD junto com o avanço tecnológico associado aos meios de comunicação em franca expansão, favoreceram a redução entre a diferença na baixa oferta de vagas na rede de ensino superior e a necessidade de inclusão social, atingindo uma parcela maior da população e democratizando o acesso ao conhecimento (FILATRO, 2007).

Nunes (2010) pontua que a EaD é um fortíssimo agente para o democrático acesso à educação, fomenta sobremaneira a EPS permitindo a contínua consolidação e o aperfeiçoamento profissional, com um custo humano e estrutural muito menor, além de reduzir significativamente a quantidade de recursos financeiros. A principal característica desta modalidade é a separação física entre docente e aluno, o que explica porque a EC é o caminho mais aceito para desenvolvimento da EPS, pois cabe ao aluno o poder decisório para formatar seus parâmetros de estudo. Para Moore e Kearsley (2008, p. 1), na EaD “os alunos e professores estão em locais diferentes durante todo ou grande parte do tempo em que aprendem e ensinam”.

Assim como a característica da separação física e temporal entre professor e estudante, a EaD apresenta características próprias que impõem a necessidade de novos conhecimentos por parte de quem planeja, desenvolve e avalia o curso. O grande desafio a ser vencido é poder aplicar a modalidade de forma sistemática, organizada e contínua, com vistas à qualificação do profissional dentro dos objetivos propostos para a educação (VERGARA, 2007).

Consolidar modalidades de EaD relaciona-se com o binômio ensino-aprendizagem e afirmam que no espaço proposto pela modalidade, educadores e educandos não estão necessariamente juntos, mas interligados por meio de ferramentas tecnológicas que permitem sincronismos ou assincronismos no processo de desenvolvimento da EaD (BIELSCHOWSKY, 2008; AMARILLA FILHO, 2011).

Vergara (2007) advoga que apesar da não presença física, o professor e o aluno podem manter contato, via Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) de forma mais democrática e contínua, além de possibilitar a constante reformulação das questões propositivas que possam vir a surgir, reforçando o conceito de problematização para a integralidade.

Ghedine, Testa e Freitas (2006) também adotam esta posição ao observar o novo momento da educação, em que o aluno, não só preocupa-se em aprender os

conteúdos formais e clássicos de um plano pedagógico tradicional, mas transcender e ser capaz de aprender a aprender, sendo um agente ativo na construção de suas habilidades e atitudes. Para Mendes (2011) este fator é fundamental nos profissionais atuantes nas RAS.

Outro aspecto importante na EaD, relacionado ao fator não linear de raciocínio empregado, é a utilização de metodologias à distância, onde o aluno pode trilhar caminhos não definidos (algo muito comum na educação presencial), permitindo outras formas de solução e exposição de problemas e tarefas, fatores como estes permitem e estimulam maior autonomia por parte do aluno (ROSA; MALTEMPI, 2006).

Existem dificuldades pontuais e limitações próprias da EaD, dentre os principais, a reduzida ou falta de acesso às TICs, desconhecimento ou afinidade na lida com a mesma (OLIVEIRA, 2007). Steil, Pillon e Kern (2005) também concordam com a análise, pois ressaltam que a postura dos alunos frente à EaD, define o sucesso ou não do processo, dependendo primordialmente da forma que os conceitos metodológicos são postos e conduzidos.

O ambiente virtual com mais elementos práticos voltados a EaD, sendo também uma das mais citadas e utilizadas para facilitar a interação entre os alunos e tutores é a plataforma Moodle®. Dubeux *et al.*, (2007), afirmam que o Moodle, em sua condição de software de grande praticidade intuitiva, é muito utilizado como ferramenta de processo dinâmico de aprendizagem, possibilitando uma via de trocas contínuas entre as partes envolvidas, orientada por uma filosofia de pedagogia social construtivista. Este processo vem ao encontro com o conceito de integralidade do SUS e das RAS, que sugerem que sistemas informacionais adequadamente estruturados colaboram para o trabalho em rede (MENDES, 2011).

As ferramentas de TICs são extremamente relevantes para o desenvolvimento da EaD, porém o fator humano com a presença do professor-tutor com características alinhadas ao modelo, sendo enfático e motivador, torna a chance de sucesso da EaD na realização ensino-aprendizagem aumentada (BARBOSA; REZENDE, 2006).

Sem a percepção da participação do professor, tutor em EaD, o sucesso do modelo esvazia-se, pois os partícipes tendem a perder motivação por senso de abandono, e reduzindo a disposição para superar as barreiras do processo (MAIA *et al.*, 2006; SARMET; ABRAHÃO, 2007). Em estudo efetivado na Faculdade de Medicina da USP, Rocha, Caccia-Bava e Rezende (2006) conseguiram comprovar

que os discentes aumentaram à pró-atividade ao buscar de forma mais assertiva os assuntos de interesse após implantação da metodologia EaD.

Da mesma forma, ao avaliar o interesse dos médicos por EaD, Kelmer, Coelho-Oliveira e Fonseca (2007) concluíram que o perfil do aluno é fator relevante e decisivo para a otimização da aprendizagem e a negociação dos mecanismos de aprendizagens possíveis de serem adaptadas aos ritmos e diferenças individuais. Este achado vem ao encontro com a proposição de modelos construtivos para as RAS e sua integralidade (MENDES, 2011).

No intuito de concatenar esforços para estabelecer definitivamente vínculos entre a EPS, EC e a integralidade do cuidado e suas modalidades metodológicas de apoio matricial, o MS estabeleceu o apoio matricial para as RAS através da criação da UNA-SUS. O marco de criação é estabelecido pelo decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010, em seu Art. 1º fica instituído, no âmbito do MS, o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e consolidar metodologias para a EP dos trabalhadores do SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de EaD na área da saúde, cuja constituição e objetivos são os marcos norteadores propostos a seguir:

Objetivos:

I - propor ações visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;

II - induzir e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação dirigida aos trabalhadores do SUS, pelas instituições que integram a Rede UNA-SUS;

III - fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas;

IV - contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da equalização da oferta de cursos para capacitação e educação permanente; e

V - contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde.

Art. 2º O UNA-SUS é constituído pelos seguintes elementos:

I - Rede UNA-SUS: rede de instituições públicas de educação superior credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação à distância, nos termos da legislação vigente, e conveniadas com o Ministério da Saúde para atuação articulada, visando aos objetivos deste Decreto;

II - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - Acervo UNA-SUS: acervo público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, de acesso livre pela rede mundial de computadores; e

III - Plataforma Arouca: base de dados nacional, integrada a sistema nacional de informação do SUS, contendo o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional (BRASIL, 2010b).

Acredita-se que reforçar as ações da PNEPS através de processos formativos inovadores e da aprendizagem significativa, seja uma alternativa para que a

parceria ensino-serviço seja fortalecida e se obtenha como produto final profissionais com uma formação crítica, reflexiva e propositiva para a execução das ações de saúde, fortalecendo as RAS (AMORIM, 2013).

Uma filosofia metodológica que permita interatividade entre os pares pode ser ampliada de forma mais contundente e crítica ao tratar-se de objetivar doenças com forte estigma social, podendo ser colocada mais luz sobre a temática de doenças negligenciadas, tais como a TB. Esta é inserida neste contexto, seja por subnotificação e obstáculos para o acesso universal ao diagnóstico e tratamento, seja pela falta de compreensão da dimensão da doença por falhas nos processos de entendimento, gestão e tratamento da doença (MENDONÇA; FRANCO, 2015).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo inquérito com abordagem quantitativa (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

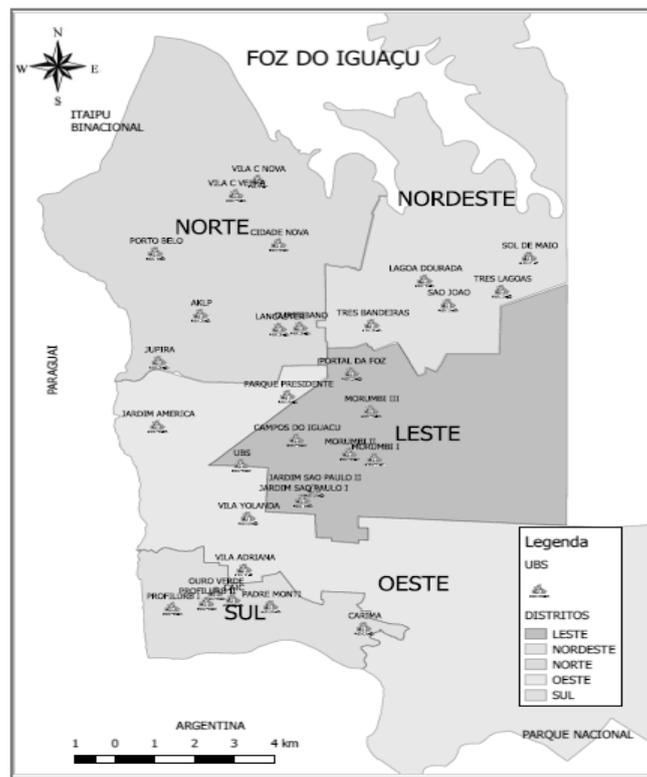
### 4.2 Contextualizando o cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Foz do Iguaçu no estado do Paraná (Figura 07). A população estimada em 2016 é de 263.915 mil habitantes, com área territorial de 618.352 km<sup>2</sup>. Está localizada no extremo oeste do estado do Paraná, divisa do Brasil com o Paraguai e com a Argentina (IBGE, 2016).



**Figura 07:** Localização da Tríplice Fronteira: Brasil, Paraguai e Argentina  
Fonte: GOMES (2008).

Os serviços de saúde municipal estão organizados em cinco regiões denominadas Distritos Sanitários (DS), quais sejam: DS Norte: compreende a região da Vila C, Porto Belo e AKLP; DS Nordeste: compreende a região de Três Bandeiras, Três Lagoas e Sol de Maio; DS Oeste: compreende a região central da cidade; DS Leste: compreende a região do Morumbi, Jardim São Paulo e Campos do Iguaçu; DS Sul: compreende a região do Perfilurb e Carimã, conforme figura 08 (PMFI, 2017).

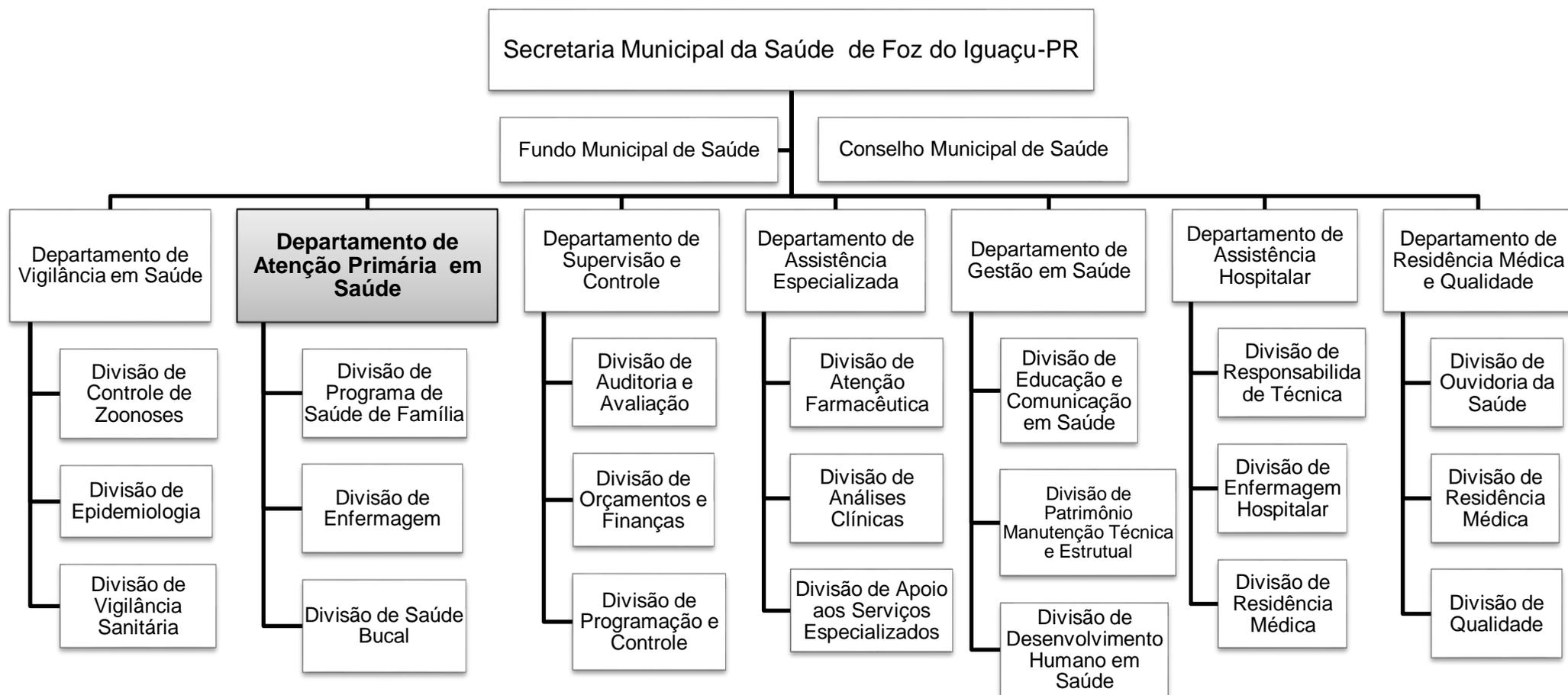


**Figura 08:** Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu, Paraná - Brasil  
 Fonte: PMFI, 2017.

A APS no é ofertada á comunidade em duas modalidades principais: Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), hora denominada para este estudo, de Unidade Aberta (UA), com ou sem agentes comunitários de saúde, e as unidades com Estratégia da Saúde da Família (ESF). Ambas são estruturas fixas localizadas próximas à moradia do cidadão, em áreas geograficamente delimitadas. Porém, a UA é referência para uma população proporcionalmente maior que o da ESF, o que acaba por não ser tão próxima quanto as unidades da ESF, que cobrem contingentes populacionais menores. As UBS em suas duas modalidades disponibiliza atendimento nas especialidades básicas e ações de enfermagem e odontologia, e especialmente para a ESF, ações do núcleo de apoio a saúde da família (NASF<sup>2</sup>) (BRASIL, 2009b).

Esta pesquisa ocorreu na Secretaria de Saúde do Município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná mais precisamente nas UBS, que totalizam 28 unidades de atendimento, sendo 13 UA e 15 ESF, locais onde ocorrem as ações de controle e tratamento da TB. Destas, 25 UBS foram contempladas neste estudo, e todas vinculadas à APS, conforme organograma administrativo desta secretaria (Figura 09), as demais UBS não possuíam pacientes com TB em tratamento.

<sup>2</sup> O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL,2009b).



**Figura 09:** Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu-Paraná  
 Fonte: Adaptado de CAMPOS, 2016.

### 4.3 População de Referência

Foram selecionados profissionais de nível superior, pertencentes ao quadro de servidores da APS, que tenham qualquer nível de envolvimento com pacientes portadores de TB em tratamento ou já tratados com alta do serviço específico no ano de referência do estudo.

### 4.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo profissionais que estavam em período de férias, licença médica ou especial, nomeados em cargo de gestão ou aqueles que não estavam envolvidos no atendimento a TB.

### 4.5 Cálculo da Amostra

Para realizar o cálculo da amostra, foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu o número de servidores que atuavam na APS: UA e ESF no período da pesquisa. De posse destes dados, procedeu-se o cálculo da amostra mínima, considerando-se a população total de profissionais de nível superior atuantes nestas unidades segundo dado estatístico que segue: o **n** amostral foi estimado pela fórmula:

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

**Onde:**

**n** = O tamanho da amostra calculada

**N** = População

**Z** = Intervalo de confiança Z

**ε** = É a margem de erro máximo admitido

**P** = Proporção amostral

O **n** amostral foi estimado considerando um erro ( $\varepsilon$ ) 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. Com esses valores, seriam necessários 77 servidores na amostra, sendo este número distribuído de acordo com as proporções de profissionais de cada DS em Foz do Iguaçu (Tabela 01).

**Tabela 01:** Cálculo amostral de servidores atuantes na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016.

Região	*N regional	**P regional	n ( $\varepsilon = 5\%$ )
Norte	40	24%	18
Nordeste	27	16%	12
Oeste	27	16%	12
Leste	52	31%	24
Sul	24	14%	11
<b>N total =</b>	<b>170</b>	<b>n total=</b>	<b>77</b>

**Nota:** n amostral por DS no município de Foz do Iguaçu e conforme erro ( $\varepsilon$ ), \*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 amostral = Número de servidores a ser amostrado por DS.

#### 4.6 Instrumento de Pesquisa

Para nortear esta pesquisa foi utilizado um instrumento que contém assertivas referente a percepção, vantagens e características principais sobre a EPS e da EaD, pelos profissionais de saúde com nível superior atuantes nas UBS na assistência ao paciente portador de TB, sendo utilizado a escala Likert.

Segundo Simon *et al.*, (2004) a escala Likert foi criada por Rensis Likert em 1932, e é composta por um conjunto de assertivas em que os respondentes são solicitados a revelar um grau de concordância ou discordância com o intuito de buscar levantar atitudes frente a estas afirmativas, trazendo objetividade numérica ao que se pretende analisar descritivamente.

Baker (2005) enfatiza que a escala de Likert exige que os entrevistados apontem seu nível de concordância ou discordância com as afirmativas relacionadas ao que se pretende ser medido. Mesmo que existam escalas categorizadas sobre quantidade, persiste a discussão entre o número ideal de categorias ou variáveis a serem postas (normalmente de 04 a 05 categorias).

A escala proposta permite que os entrevistados apontem seu grau de concordância ou discordância, frente às afirmativas que estão sendo mensuradas. Estas afirmativas permitem a expressão de respostas claras, sem ambiguidades auxiliando a compreensão a respeito da temática. Ander-Egg (1978) relata que uma escala é entendida como instrumento científico de observação e medida de fenômenos sociais, criada com o senso de medir a intensidade dos fatos objetivamente.

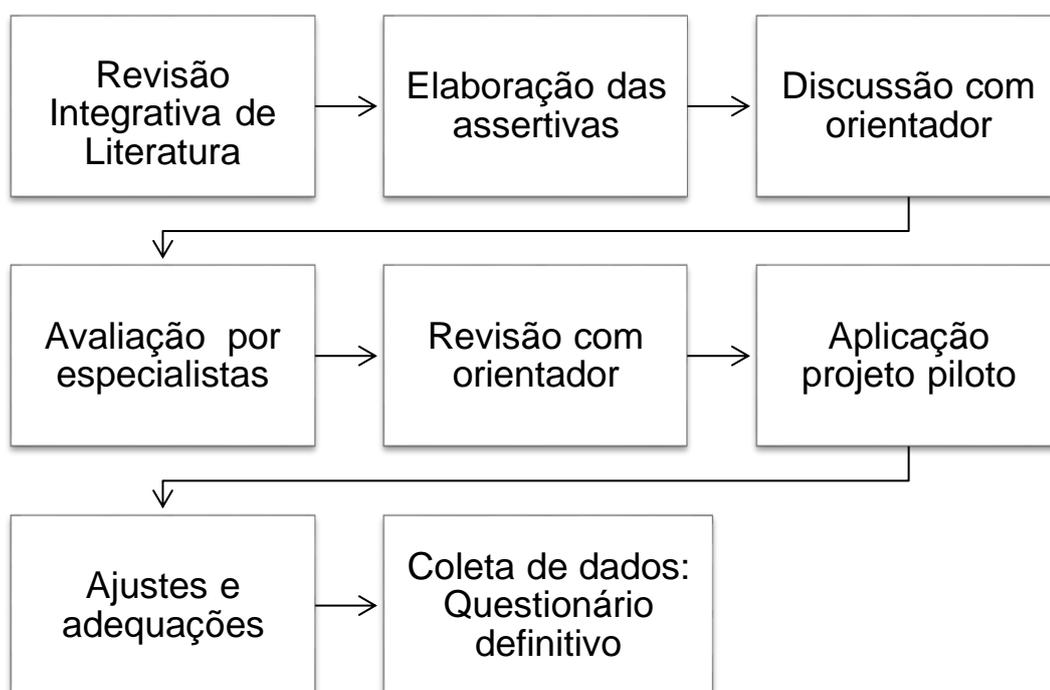
Meireles (2004) entende que a escolha deve ser identificada com necessária mensuração de opiniões e atitudes de um grupo de sujeitos, requerendo um

processo delimitado e racionalizado, tratando de quantificar estruturas nitidamente subjetivas. 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 (COSTA, 2011).

Para Malhorta (2006) indicar valores numéricos sinaliza as respostas para a real reflexão, dando a fortaleza e a direção da reação do pesquisado à afirmativa, sendo a escala apresentada em cinco níveis de resposta, variando de “discordo plenamente” a “concordo totalmente”, passando por “inclinado a discordar” e “inclinado a concordar”. Neste estudo, foi utilizado uma escala com quatro níveis de resposta, uma vez que a opção central e neutra não foi considerada.

#### 4.6.1 Etapas de Elaboração do Instrumento de Coleta de Dados:

A elaboração do instrumento de pesquisa teve seis etapas principais: a Revisão Integrativa de Literatura para apropriação da base teórica; uma sondagem junto aos servidores potencialmente participantes; a elaboração propriamente dita das questões e a discussão com orientador; a avaliação pelo painel de especialistas; posterior revisão pelo orientador; a versão preliminar para testagem por meio de teste piloto com uma amostra preliminar e adequações pertinentes e por fim a coleta de dados com instrumento definitivo (Figura 10).



**Figura 10:** Roteiro de Elaboração e Avaliação do Instrumento para este estudo

#### 4.6.1.1 Revisão Integrativa de Literatura:

A revisão integrativa de literatura (RIL) permitiu ampliar e aprofundar a temática EPS seguindo um desenho metodológico que objetivou a revisão bibliográfica específica ao minerar informações para fornecer ao pesquisador a compreensão mais amplificada do fenômeno observado (EPS).

Mendes, Silveira e Galvão (2008) reiteram que a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Esse método permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa), e os estudos incluídos neste tipo de revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Considerada metodologicamente uma pesquisa, a RIL deve seguir o mesmo rigor da pesquisa com dados primários. Por esta exigência metodológica a RIL possui sete etapas pré-determinadas: construção da pergunta de pesquisa, parametrização do objeto do estudo, estabelecer critérios de inclusão/exclusão da amostra de artigos na plataforma sugerida, busca das informações a ser extraída dos artigos selecionados, análise categórica dos artigos principais, interpretação dos resultados observados e por fim, apresentação do escopo discutido da revisão (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Para guiar esta RIL, formulou-se a seguinte questão, vinculada a pesquisa principal: 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?

Seguindo a proposição inicial de utilizar a RIL como ferramenta de busca e construção das informações, optou-se pela busca na plataforma Web of Science, por ser o maior espaço web responsável pela disseminação de inúmeras publicações na área de ciências humanas. Esta plataforma disponibiliza acesso a mais de 9.200 títulos de periódicos com acesso ao conteúdo integral via convênio junto a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior - CAPES (CAPES, 2016).

Os critérios para a busca das publicações sobre EPS nesta RIL foram: artigos publicados em português, espanhol e inglês na plataforma *Web of Science*, no período de 2005 a 2015, que abordassem a temática e estivessem disponíveis eletronicamente, na íntegra. A busca considerou as publicações a partir de 2005, procurando paralelo com o fomento e desenvolvimento das políticas de EPS neste mesmo período.

Os procedimentos de pesquisa foram conduzidos com as seguintes etapas metodológicas: a) Os descritores utilizados seguiram a estrita sequência de busca em língua inglesa, obedecendo à orientação semântica com o mesmo significado, permitindo que a palavra encontrasse o mesmo paralelo em Inglês, português e espanhol: *Health and Innovation and Professional and Teaching and Learning or Continuing and Education*;

b) O acesso de todos os descritores em temática aberta para saúde (sem restrições nos campos de busca para esta temática);

c) As categorias de pesquisa da *Web of Science* permitem buscas amplas não restritivas ou excludentes para o campo da saúde, com buscas em EC e EP, conforme sequência descrita e estritamente respeitada nestes campos categóricos a seguir, utilizando-se da lógica booleana<sup>3</sup>: *Anthropology or Public Administration or Education Educational Research or Primary Health Care or Health Care Science Services or Multidisciplinary Science or Health Policy Service or Sociology or Humanities Multidisciplinary*;

d) Os documentos da base de dados encontrados foram categorizados como artigos originais completos, para posterior leitura de seus resumos;

e) As áreas temáticas foram selecionadas, balizadas com a pergunta de pesquisa: *Medical Informatics or Public Environmental Occupational Health or Social Science Other Topics or Anthropology or Public Administration or Education Educational Research or Primary Health Care or Health Care Science Services or Multidisciplinary Science or Health Policy Service or Sociology or Humanities Multidisciplinary*.

Os idiomas de busca propostos objetivaram criar vínculos entre a pesquisa nacional na área pretendida e a produção em outros países. Ao todo 348 registros de artigos que obedeciam aos parâmetros iniciais foram registrados.

---

<sup>3</sup> Na matemática, na lógica e na ciência da computação, as álgebras booleanas são estruturas algébricas que "captam as propriedades essenciais" dos operadores lógicos e de conjuntos, ou seja, a expressão "lógica booleana" é uma estrutura lógica que pode ser verdadeira ou falsa. As expressões podem ser ligadas através de operadores (como AND, OR e NOR) para possibilitar a criação de expressões complexas ou usar tabelas verdade (TRUE ou FALSE) para determinar o valor verdade (TRUE ou FALSE) das expressões. Uma tabela verdade atribui o valor T (TRUE) ou F (FALSE) a cada parte de uma expressão complexa e, em seguida, determina se a expressão combinada é verdadeira ou falsa (OLIVEIRA, 2009).

A análise sintética dos dados foi elaborada após leitura dos resumos, e estes devidamente categorizados. Do total de artigos selecionados, 302 não contemplavam metodologias de EPS ou suas variáveis expostas não respondiam a pergunta da pesquisa e foram excluídos.

Os artigos que permeavam a EPS em algum nível foram ordenados e agrupados em categorias temáticas propostas pela RIL, resultando ao final um total de 46 artigos. Essa revisão permitiu consolidar uma linha conceitual que vai ao encontro ao proposto na pergunta de pesquisa desta dissertação, servindo de base para fortalecer as assertivas do questionário proposto.

Após etapa prospectiva utilizando-se da RIL foi dado início ao processo de construção do instrumento propriamente dito ao buscar alinhar a estrutura semântica envolvida na base linguística das frases para que estas atendessem claramente os objetivos da pesquisa, evitando duplicidade, dualidade nas respostas ou não atendessem os objetivos específicos propostos.

A partir deste ponto e da construção do referencial teórico, foi constituído um instrumento norteador com a finalidade de buscar respostas para os objetivos específicos delineados no escopo inicial.

Dessa forma, o instrumento foi composto por 06 assertivas envolvendo os questionamentos para o primeiro objetivo, 07 assertivas que buscam responder o segundo objetivo e 05 assertivas para o terceiro objetivo da presente pesquisa. As 18 assertivas foram estruturadas sob a forma de afirmações, permitindo que o respondente concordasse ou discordasse segundo uma escala de Likert com quatro níveis de discordância/concordância para cada questão: se concordavam plenamente (CP), se estavam inclinados a concordar (IC), se estavam inclinados a discordar (ID) ou se discordavam plenamente (DP).

#### 4.6.1.2 Validação de Conteúdo do Instrumento de Coleta de Dados:

Para a validação do instrumento de coleta de dados, o mesmo foi submetido à avaliação por 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. A partir da avaliação dos especialistas as questões foram revisadas com auxílio do orientador e assim definidas:

Para o primeiro objetivo: Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações/treinamento em TB para profissionais de saúde com nível superior da APS, contempla as assertivas numeradas de 1 a 6, conforme segue:

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.

2. A gestão oferece capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano do profissional de saúde de forma suficiente.

3. As capacitações potencializam a melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB.

4. As capacitações ofertadas têm carga horária satisfatória para promover a qualificação da prática profissional.

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 atuando na APS.

6. Os treinamentos ofertados pela gestão para os profissionais têm relação direta com as ações de promoção da saúde no SUS.

Para o segundo objetivo: Conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS, como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB, estão às assertivas de 7 a 13.

7. A EPS é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS

8. A gestão compreende que a EPS está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integridade da atenção.

9. O profissional da APS compreende claramente a função da EPS, para o fortalecimento do SUS.

10. O estímulo a EPS é fundamental para a contínua organização dos processos de cuidado do paciente com TB.

11. A EPS é valorizada pelo profissional atuante no SUS, pois contribui com as ações em saúde para o cuidado ao paciente com TB.

12. As modalidades a Distância (EaD) são conhecidas pelo profissional da APS.

13. A EaD permite que as equipes que trabalham na assistência tornem mais eficientes o processo de trabalho da APS.

Para o terceiro bloco de assertivas, numeradas de 14 a 18 está à proposta para o último objetivo da pesquisa: Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.

14. A unidade da APS em que atuo possui computadores para realizar ações de EaD no ambiente de trabalho.

15. O acesso à internet está disponível em meu ambiente de trabalho, residência ou em dispositivos móveis (celulares inteligentes).

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.

17. A internet é de fácil domínio para os profissionais da APS.

18. A EPS na modalidade EaD, facilita a adesão do profissional aos cursos e treinamentos, mas necessitam de um momento presencial.

#### 4.6.1.3 Teste Piloto do Instrumento de Coleta de Dados:

A etapa do teste piloto foi constituída na aplicação do instrumento, seguindo o que preconizam Hair *et al.*, 2005. Para a realização desta etapa, participaram 03 profissionais com nível superior, selecionados aleatoriamente e que se enquadravam nos critérios de inclusão: servidores públicos, atuantes na APS e que tinham em sua rotina o atendimento a pacientes com TB, estes entrevistados foram submetidos ao autopreenchimento do instrumento, já com as correções de redação sugeridas pelos especialistas. A finalidade desta fase foi verificar a exequibilidade do método proposto, bem como sua adequação aos objetivos da pesquisa. Os questionários foram aplicados da seguinte forma:

- ✓ Inicialmente os profissionais foram interpelados sobre a disponibilidade de responderem o instrumento, aos que se voluntariaram foi explicado à natureza da escala Likert e o objetivo da pesquisa, sendo que o procedimento adotado foi igual para todos e balizado pelos seguintes itens:
- ✓ Explicação breve sobre o interesse do pesquisador;
- ✓ Elucidação da temática de pesquisa e a ciência do que estava contido nas assertivas sem revelar a intencionalidade proposta, ou seja, no instrumento entregue para os profissionais, não aparecia os objetivos específicos da pesquisa.

- ✓ A participação foi viabilizada mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, solicitado a eles que indicassem seu grau de concordância com as afirmações contidas no instrumento.

A explicação sobre a base geral do instrumento utilizado foi dada com a neutralidade requerida nas investigações de cunho científico, em linguagem simples e objetiva.

O participante de posse do instrumento autoaplicado acompanhou a leitura do avaliador de cada um dos itens, totalizando 18 assertivas. Neste momento, o profissional não expressou opiniões, prestou-se somente a acompanhar a leitura, na sequência foi dada liberdade de tempo para o participante responder as assertivas e elaborar algum comentário ou dúvida sobre a proposição. O tempo médio de execução desta tarefa foi cronometrado, obtendo-se os seguintes tempos para cada um dos participantes neste piloto: 6,37 minutos; 5,17 minutos e; 9,40 minutos.

Ao final da atividade foi indagada ao profissional avaliado sua opinião sobre as assertivas com os seguintes resultados para esta fase: todos compreenderam a função principal do instrumento e seu objetivo; sendo que um profissional avaliado, teve dúvidas quanto à questão 18, e se era factível ou não a necessidade de atividade presencial no questionário, para ele faltou à palavra "porém".

Ao término desse momento foi solicitado a todos que respondessem a seguinte pergunta de forma oral para registro: Você sabe a diferença entre EPS, EC e EaD? Todos responderam que EPS e EC significavam a "mesma coisa", ou seja, utilizadas como "sinônimo", enquanto a EaD tratava-se de uma modalidade de ensino para estas modalidades (EPS e EC). Ao questioná-los novamente sobre o conceito de EPS no SUS com a pergunta: Você compreende o significado da EPS para o SUS? Todos os avaliados responderam que se tratava de uma "modalidade" de ensino.

A fase piloto foi realizada no mês de julho de 2016, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo I) e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo II). Ressalta-se que os instrumentos autoaplicados nesta fase, não foram considerados na amostra final desta pesquisa.

Após aplicação do instrumento com 18 assertivas na fase piloto, foram feitos os ajustes e as adequações pertinentes; ao término desta etapa encerraram-se as atividades propostas para aplicação do projeto piloto. A coleta ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2016. Ao final da fase de coleta, 84 profissionais aceitaram

cooperar e responder o instrumento proposto. A amostra foi superior à marca de 77 sujeitos estabelecidos pelo cálculo amostral. A partir deste momento foi dado início ao tratamento e análise estatística dos dados coletados.

Esta etapa inicial é importante, pois permite a melhoria do questionário, mediante adequações de questões que apresentem baixo poder explicativo ou de compreensão pelo respondente. Essa fase também aumenta a familiaridade com o processo de coleta e análise dos dados destas informações, e auxilia na futura condução do instrumento e das demais etapas da pesquisa, ao permitir, verificar se ele foi compreendido e se são obtidas respostas com a clareza esperada e na forma pretendida; a partir deste ponto o questionário não foi modificado.

#### **4.7 Coleta de Dados**

Para as ações de coleta, foi realizado contato prévio, via telefone ou presencialmente com o gerente ou coordenador de cada UBS: UA e ESF, para agendamento com o profissional e posterior encontro com o pesquisador. No dia e hora definido, os profissionais responderam o instrumento autoaplicado da pesquisa (Apêndice A) de forma calma, reflexiva e silenciosa, em ambiente escolhido pelo profissional pesquisado, isto após leitura, aceitação e assinatura do TCLE (Apêndice B).

As atividades de coleta abrangeram os cinco DS do município de Foz do Iguaçu e seguiram a seguinte sequência de deslocamento geográfico para coleta de dados dos profissionais: Norte, Nordeste, Leste, Oeste e Sul. Este deslocamento foi definido por simples proximidade dos distritos entre si.

Cabe ressaltar que os voluntários responderam ao questionário uma única vez, independente das unidades que atuavam, pois alguns servidores atuavam em mais de um DS neste período e, este fato poderia gerar uma importante redundância na amostra, modificando o resultado da pesquisa e criando distorções.

#### **4.8 Análise dos Dados**

Os dados coletados foram digitados e armazenados no *software* Excel® 2010. Para as análises realizou-se a aplicação de estatística descritiva (frequência, intervalo de confiança de 95%) para as dezoito assertivas.

Foi realizada análise descritiva para os três objetivos específicos e estratificado em quatro grandes blocos relacionados para verificar a significância estatística (Quadro 02).

**Quadro 02:** Abordagem selecionada para análise do instrumento de coleta de dados validado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	BLOCOS DEFINIDOS PARA CADA OBJETIVO
[1] Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações/treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da APS.	<b>Primeiro Bloco:</b> Análise descritiva referente às modalidades de atenção (UA e ESF) em relação aos DS avaliados (Leste, Nordeste, Norte e Oeste/Sul),
[2] Entendimento/conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS, como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB.	<b>Segundo Bloco:</b> Análise descritiva referente aos profissionais de saúde e suas respectivas áreas de atuação, <b>Terceiro Bloco:</b> Análise descritiva referente aos profissionais participantes e a relação com o tempo total (anos) de assistência em saúde,
[3] Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.	<b>Quarto Bloco:</b> Análise descritiva referente aos profissionais participantes e a relação com o tempo (anos) de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde.

Para analisar a existência de associação entre os blocos definidos para cada um dos objetivos propostos, foi realizado o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e nos casos onde a contagem teórica fosse inferior a 5 indivíduos respondentes, e a independência desses dados não pudesse ser atestada, foi aplicado o Método de Monte Carlo (MMC)<sup>4</sup>.

Em seguida, foram observados os resíduos ajustados, em que se obtiveram os valores significativos em cada categoria. Utilizou-se o *software* XLSTAT<sup>®</sup> executado em ambiente Windows XP<sup>®</sup> 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 autoaplicado.

Cabe salientar, que a referência da variável “concordo plenamente (CP)” foi adotada como padrão de resposta para orientar a discussão. Assim foi possível estabelecer entre o universo de resultados ideais e aqueles realmente encontrados, um termo de comparação para esta amostra. Dessa forma, quando houve significância estatística, gráficos foram apresentados com essa inferência.

<sup>4</sup>O MMC é um modelo matemático que gera probabilidades numéricas aleatórias ao atribuir valor ao que se pretende investigar, os dados numéricos podem ser obtidos de tabelas ou variáveis que necessitam de aproximações ao comportamento padrão de outros valores referenciados para determinar a direção dos números (LUSTOSA; PONTE; DOMINAS 2004).

#### **4.9 Dificuldades na Coleta de Dados**

- ❖ Indisponibilidade dos profissionais em responder a pesquisa pela demanda e agenda de atendimentos;
- ❖ Necessidade de diversos retornos as APS para aplicação do instrumento mesmo com agendamento prévio.

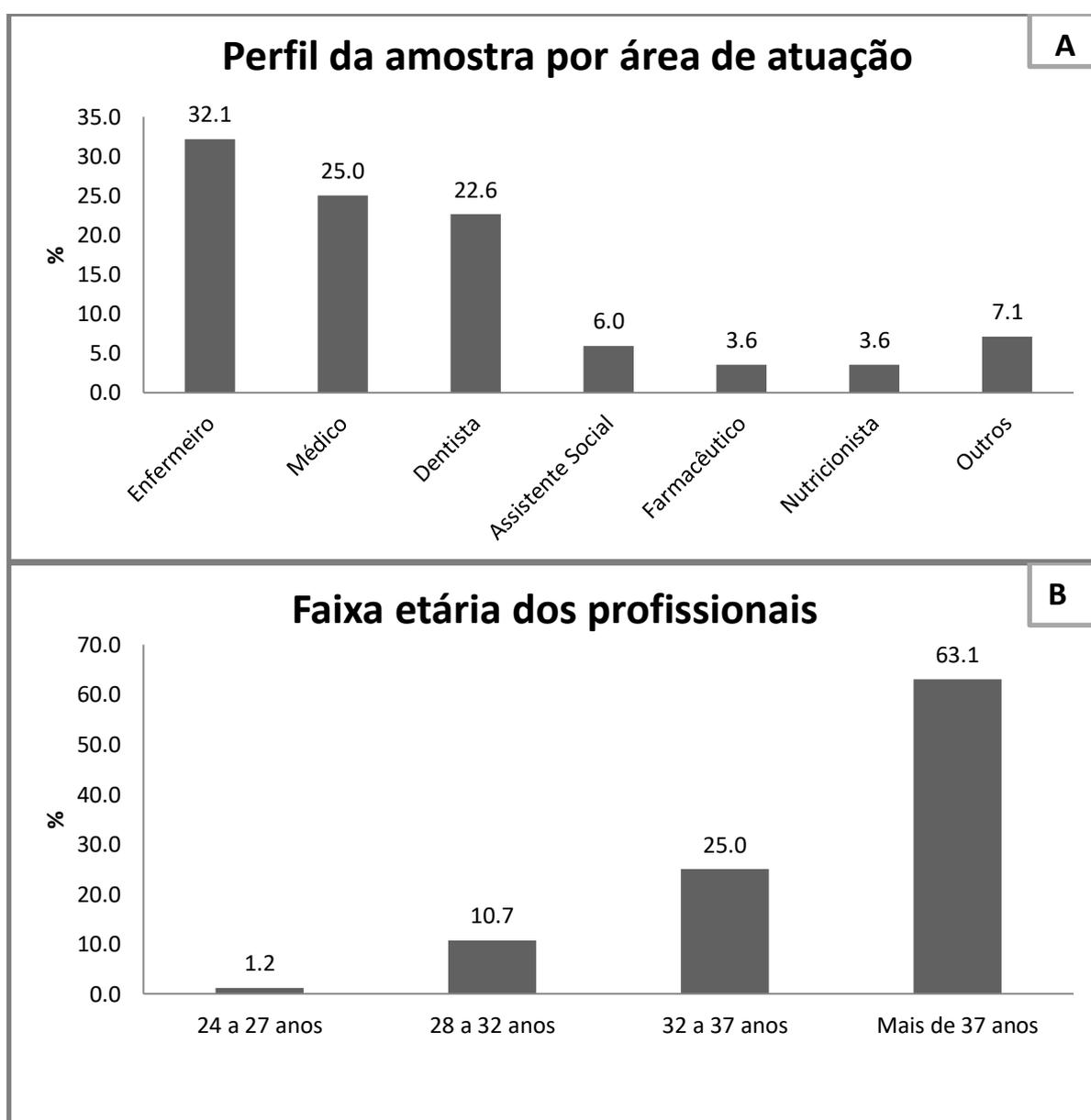
## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização desta pesquisa no município, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme protocolo nº 1.556.059 de 23 de junho de 2016, atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

## 6 RESULTADOS

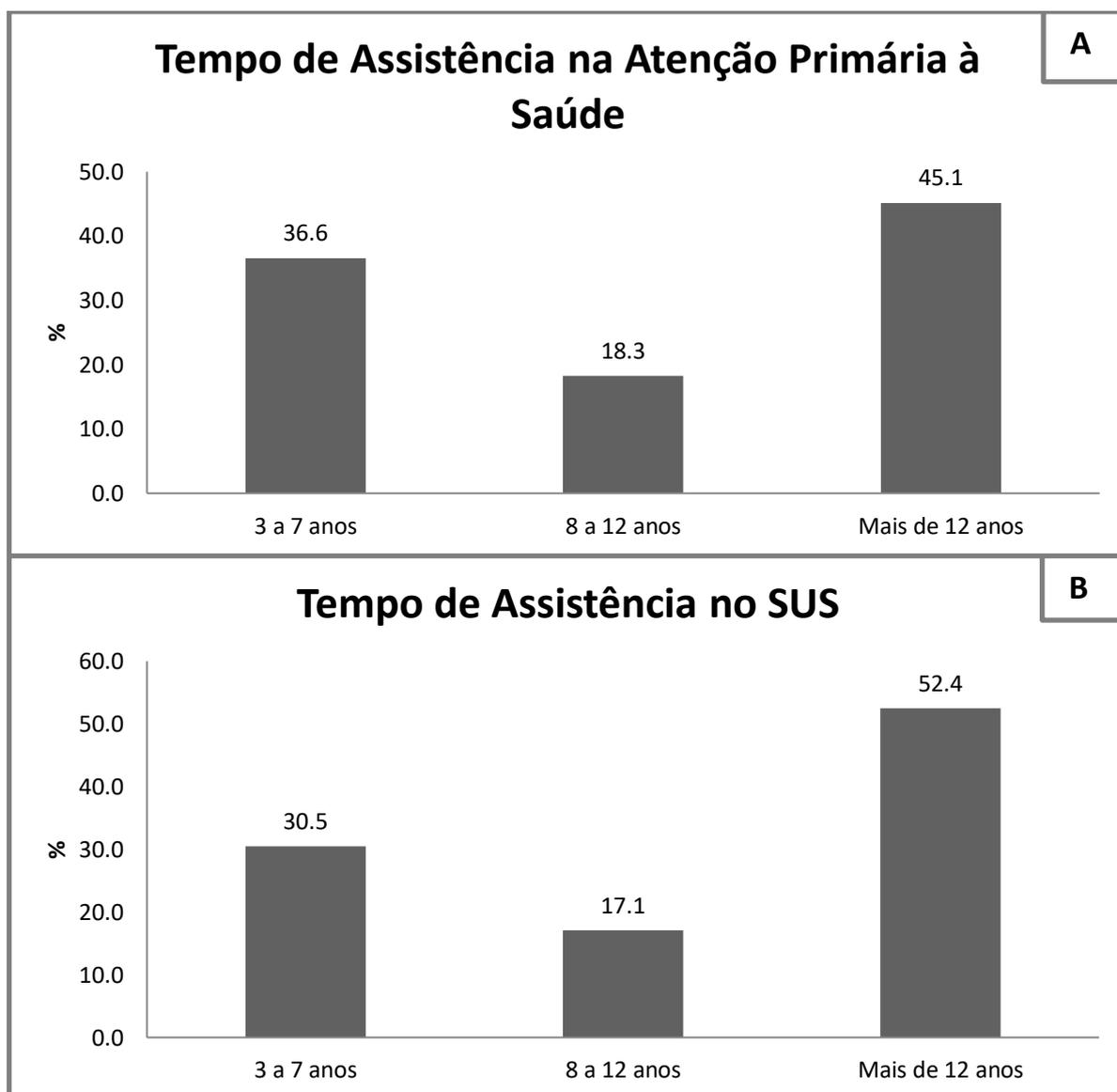
### 6.1 Características da população de estudo

Dos 84 profissionais de saúde que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa, 32,1% são enfermeiros, 25% médicos, 22,6% dentistas, 6% assistentes sociais, 3,6% farmacêuticos, 3,6% nutricionistas e 7,1% correspondem a outros profissionais de nível superior envolvidos no atendimento de pacientes com TB. Destes, 1,2% dos participantes tem de 24 a 27 anos de idade, no entanto, a faixa predominante é composta por profissionais com 37 anos de idade ou mais (Figura 11). Do total, 69% são do sexo feminino e 31% são do sexo masculino.



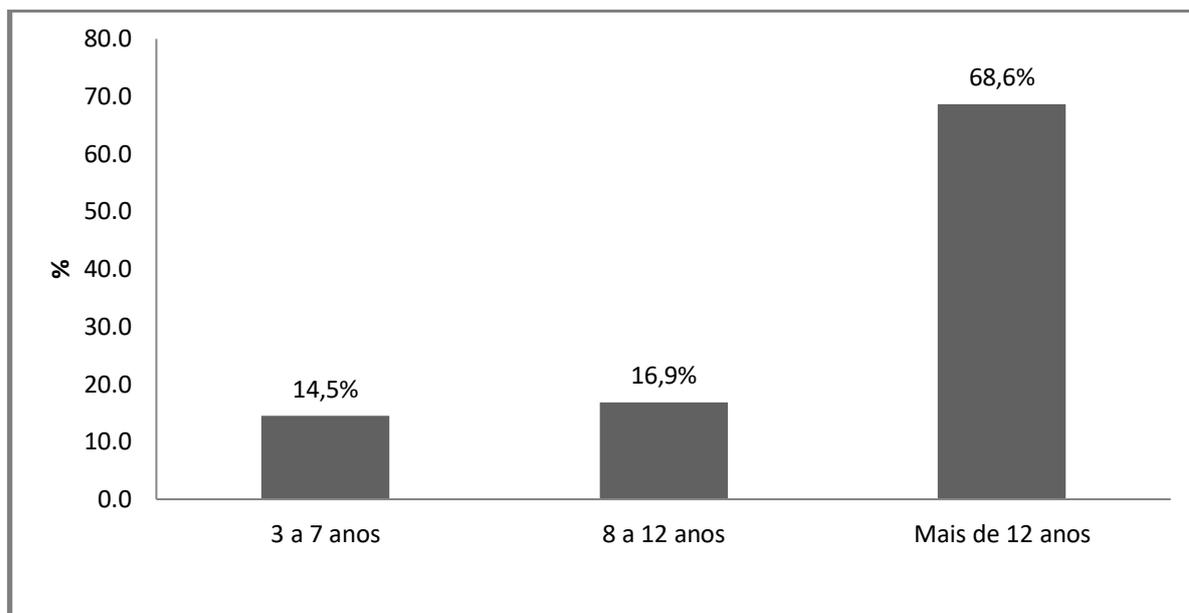
**Figura 11:** A: Distribuição por área profissional e B: faixa etária dos servidores da APS participantes no estudo de formação, Foz do Iguaçu-PR, 2016

Foi possível observar que o tempo de assistência dos profissionais na Atenção Primária à Saúde na faixa de 3 a 7 anos de atuação, foi maior (36,6%) se comparado ao tempo de assistência na faixa de 8 a 12 anos, equiparando-se aos profissionais com tempo superior aos 12 anos de atuação. Entretanto ao somar o tempo total de atuação no SUS, demonstra-se uma predominância de profissionais com mais tempo de assistência (Figura 12).



**Figura 12:** **A:**Tempo de atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde e **B:** Tempo de atuação dos profissionais no SUS até o momento da coleta de dados, Foz do Iguaçu-PR, 2016.

Ao analisar o tempo total de atuação profissional nos serviços de saúde, observou-se uma alta proporção (68,6%) dos profissionais da Atenção Primária à Saúde com mais de 12 anos de assistência na área da saúde (Figura 13).



**Figura 13:** Tempo de atuação total em saúde dos profissionais participantes até o momento da coleta de dados, Foz do Iguaçu-PR, 2016

## 6.2 Capacitação e treinamento em Tuberculose na Atenção Primária à Saúde no município de Foz do Iguaçu

Ao analisar os resultados das respostas para a oferta de capacitações e treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da Atenção Primária à Saúde, verificou-se que não houve associação estatística significativa entre as frequências de resposta referente às *modalidades de atenção (UA e ESF)* para todas as assertivas conforme Tabela 02:

Quanto às atividades de ensino e aprendizagem ofertadas pela gestão, visando o aprimoramento dos profissionais envolvidos no controle da TB (#assertiva 1), foi possível observar que não houve diferença estatística significativa entre as frequências de respostas das UA e ESF nas regiões avaliadas.

Quanto à oferta suficiente de capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano dos profissionais (#assertiva 2), à potencialização da melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB (#assertiva 3), à satisfação da carga horária das capacitações oferecidas aos profissionais das UA e ESF (#assertiva 4), à oferta de assistência de qualidade ao paciente com TB (#assertiva 5) e para às ações de promoção de saúde no SUS (#assertiva 6), observou-se que não houve diferença estatística significativa entre as frequências de respostas das UA e ESF nas regiões avaliadas.

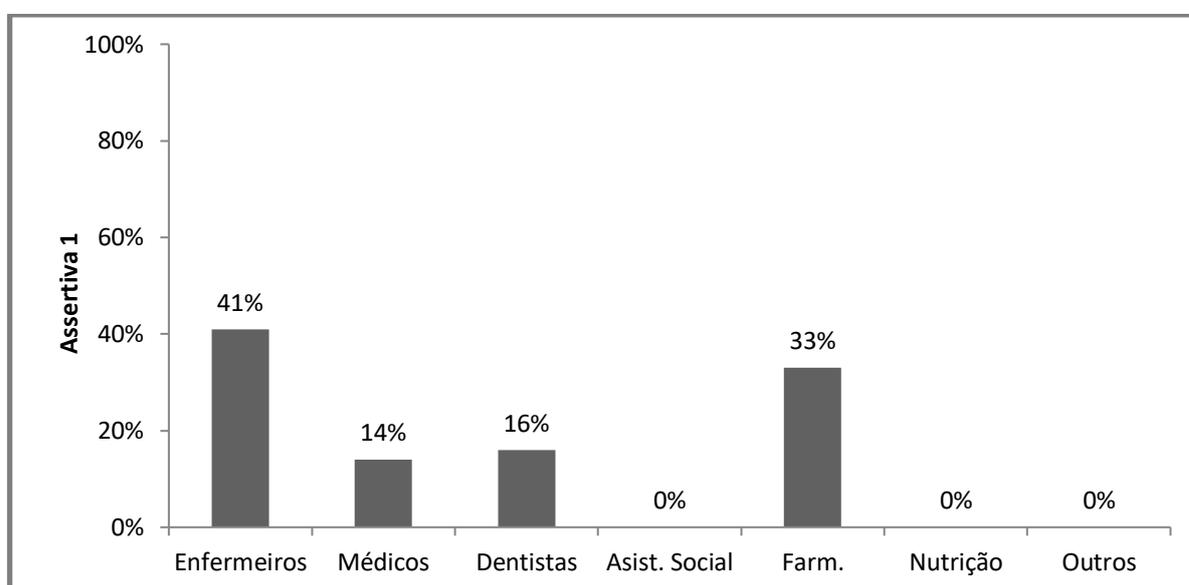
Tabela 02: Análise descritiva das assertivas segundo as modalidades de atenção nos distritos sanitários, Foz do Iguaçu, 2016

PRIMEIRO BLOCO																					
DISTRITOS SANITÁRIOS			Leste				Nordeste				Norte				Oeste / Sul						
UNIDADES DE SAÚDE			UA		ESF		PS	UA		ESF		PS	UA		ESF		PS	UA	ESF	PS	
Objetivo 1	Assertivas	Variáveis	N	%	N	%	p-valor	N	%	N	%	p-valor	N	%	N	%	p-valor	N	%	p-valor	
Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações/treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da Atenção Primária à Saúde	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	4	57%	3	20%	0,291	0	0%	1	7%	1	4	40%	1	6%	0,1	5	26%	0,269	
		DP	0	0%	2	13%		0	0%	1	7%		3	30%	4	23%		6	32%		
		IC	2	29%	4	27%		1	50%	5	35%		1	10%	7	41%		0	0%		
		ID	1	14%	6	40%		1	50%	7	50%		2	20%	5	29%		8	42%		
	2:A gestão oferece capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano do profissional de saúde de forma suficiente.	CP	1	14%	3	20%	0,328	0	0%	1	7%	1	1	10%	2	12%	1	2	11%	0,678	
		DP	0	0%	2	13%		0	0%	4	28%		4	40%	5	29%		7	37%		
		IC	4	57%	3	20%		1	50%	3	21%		2	20%	4	23%		2	11%		
		ID	2	28%	7	47%		1	50%	6	43%		3	30%	6	35%		8	42%		
	3: As capacitações potencializam a melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB.	CP	2	29%	9	60%	0,087	1	50%	6	43%	1	6	60%	12	71%	0,893	10	53%	0,591	
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	1	7%		1	10%	2	12%		3	16%		
		IC	4	57%	6	40%		1	50%	5	38%		2	20%	1	6%		5	26%		
		ID	1	14%	0	0%		0	0%	2	14%		1	10%	1	12%		1	5%		
	4: As capacitações ofertadas têm carga horária satisfatória para promover a qualificação da prática profissional.	CP	1	14%	1	7%	0,531	0	0%	2	14%	1	3	30%	2	12%	0,460	4	21%	0,804	
		DP	0	0%	1	7%		0	0%	1	7%		3	30%	4	23%		6	32%		
		IC	4	57%	5	33%		1	50%	4	29%		2	20%	3	18%		1	5%		
		ID	2	29%	8	53%		1	50%	7	50%		2	20%	8	47%		8	42%		
	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.	CP	3	43%	5	33%	1	1	50%	4	29%	1	1	10%	8	47%	0,233	8	42%	0,198	
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	1	7%		2	20%	1	6%		3	16%		
		IC	2	29%	8	53%		1	50%	4	29%		5	50%	6	35%		3	16%		
		ID	2	29%	2	13%		0	0%	5	36%		2	20%	2	12%		5	26%		
6: Os treinamentos ofertados pela gestão para os profissionais têm relação direta com as ações de promoção da saúde no SUS.	CP	2	29%	3	20%	0,352	1	50%	3	21%	0,192	0	0%	3	18%	0,483	4	21%	0,501		
	DP	0	0%	0	0%		0	0%	1	7%		2	20%	1	6%		4	21%			
	IC	3	43%	11	73%		1	50%	1	7%		5	50%	8	47%		5	26%			
	ID	2	29%	1	7%		0	0%	9	64%		3	30%	5	29%		6	32%			

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar UA: Unidade Aberta ESF: Estratégia de Saúde da Família

Avaliou-se as frequências de respostas das assertivas de 1 a 6, referente aos *profissionais de saúde e suas respectivas áreas de atuação*, alocados nas UA e ESF (enfermeiros, médicos, dentistas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outros), conforme segue (Tabela 03):

Quanto às atividades de ensino e aprendizagem ofertadas pela gestão, visando o aprimoramento dos profissionais envolvidos no controle da TB (#assertiva 1), observa-se diferença estatística significativa ( $p=0,017$ ) (Figura 14). Houve significativamente maior frequência de respostas na variável 'concordo plenamente' (41%) entre os enfermeiros ( $p<0,05$ ). Já a variável 'inclinado a discordar' foi mais frequente entre nutricionistas ( $p<0,05$ ) e a variável 'discordo plenamente' apresentou maior frequência entre outros profissionais avaliados ( $p<0,05$ ).



**Figura 14:** Proporção entre os servidores participantes segundo categoria e área de formação profissional, atuantes na Atenção Primária em Saúde, que concordam plenamente com a assertiva. Foz do Iguaçu, 2016

Avaliou-se também a frequência de respostas em relação aos profissionais e suas respectivas áreas de atuação na APS para as demais assertivas desse bloco e verificou-se que não houve diferença estatística significativa (Tabela 03).

Tabela 03: Análise descritiva quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, Foz do Iguaçu, 2016

SEGUNDO BLOCO																	
PROFISSIONAIS			Enfermeiros		Médicos		Dentistas		Assist. Social		Farm.		Nutrição		Outros		PS
Objetivo 1	Assertivas	Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações/treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da Atenção Primária à Saúde	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%	0,017
		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%	
		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%	0,169
		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%	
		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.	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%	
	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%	0,225
		DP	1	4%	3	14%	6	32%	2	40%	1	33%	0	0%	2	33%	
		IC	6	22%	5	24%	6	32%	1	20%	1	33%	1	33%	0	0%	
		ID	11	41%	10	48%	6	32%	2	40%	1	33%	2	67%	4	67%	
	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.	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.	CP	9	33%	5	24%	2	11%	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%	

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

Obtiveram-se as frequências de resposta referente *aos profissionais participantes e o tempo total de assistência em saúde*, para todas as assertivas; nelas foi possível verificar que não houve diferença estatística significativa em nenhuma variável de resposta independente do tempo de atuação profissional (Tabela 04).

**Tabela 04:** Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de assistência total em saúde, Foz do Iguaçu, 2016

TERCEIRO BLOCO									
Objetivo 1	Assertivas	Variáveis	3 a 7 anos		8 a 12 anos		Mais de 12 anos		PS
			N	%	N	%	N	%	p-valor
Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações/treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da Atenção Primária à Saúde	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	3	25%	2	14%	13	23%	0,164
		DP	0	0%	4	29%	12	21%	
		IC	4	33%	6	43%	10	18%	
		ID	5	42%	2	14%	22	39%	
	2: A gestão oferece capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano do profissional de saúde de forma suficiente.	CP	3	25%	1	7%	6	11%	0,069
		DP	0	0%	5	36%	17	30%	
		IC	5	42%	5	36%	9	16%	
		ID	4	33%	3	21%	25	44%	
	3: As capacitações potencializam a melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB.	CP	7	58%	9	64%	29	51%	0,74
		DP	0	0%	2	14%	5	9%	
		IC	4	33%	3	21%	17	30%	
		ID	1	8%	0	0%	6	11%	
	4: As capacitações ofertadas têm carga horária satisfatória para promover a qualificação da prática profissional.	CP	3	25%	2	14%	8	14%	0,958
		DP	1	8%	3	21%	11	19%	
		IC	3	25%	3	21%	14	25%	
		ID	5	42%	6	43%	24	42%	
	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.	CP	5	42%	4	29%	20	35%	0,921
		DP	2	17%	1	7%	4	7%	
		IC	3	25%	6	43%	20	35%	
		ID	2	17%	3	21%	13	23%	
	6: Os treinamentos ofertados pela gestão para os profissionais têm relação direta com as ações de promoção da saúde no SUS	CP	2	17%	5	36%	8	14%	0,252
		DP	0	0%	2	14%	6	11%	
		IC	5	42%	6	43%	23	40%	
		ID	5	42%	1	7%	20	35%	

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

Avaliaram-se as frequências de respostas em relação *aos profissionais participantes e o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde* e, para todas as assertivas deste bloco constatou-se que não houve diferenças estatísticas significativas em nenhuma variável de resposta independente do tempo de atuação profissional (Tabela 05).

**Tabela 05:** Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016

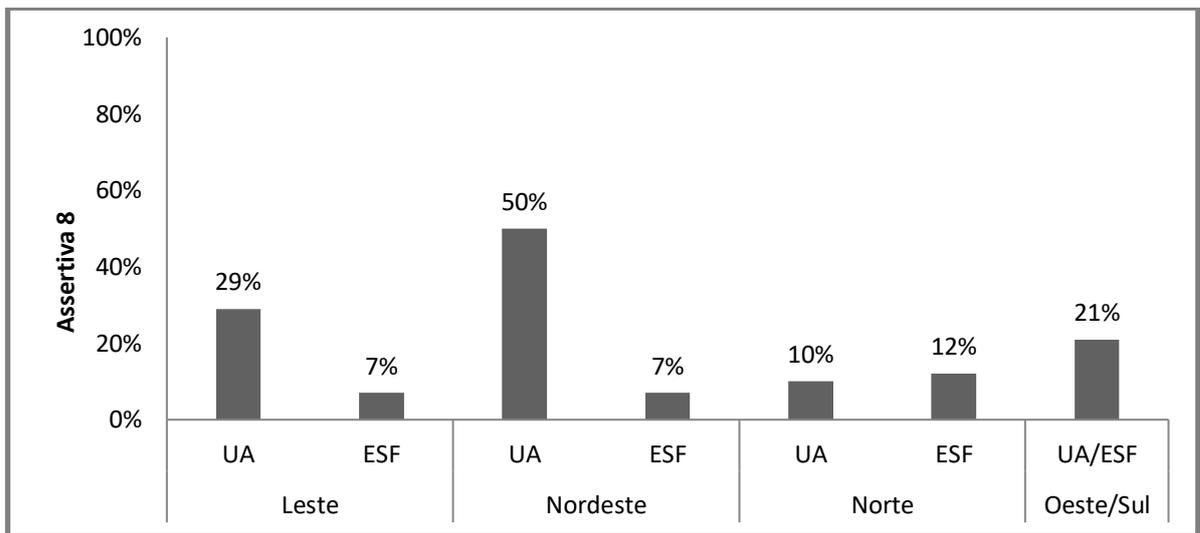
QUARTO BLOCO									
Objetivo 1	Assertivas	Variáveis	3 a 7 anos		8 a 12 anos		Mais de 12 anos		PS
			N	%	N	%	N	%	P-valor
Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações/treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da Atenção Primária à Saúde	1: As atividades de ensino e aprendizagem 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	7	23%	2	13%	9	24%	0,659
		DP	3	10%	4	27%	9	24%	
		IC	9	30%	4	27%	6	16%	
		ID	11	37%	5	33%	13	35%	
	2: A gestão oferece capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano do profissional de saúde de forma suficiente.	CP	5	17%	0	0%	5	14%	0,702
		DP	6	20%	5	33%	11	30%	
		IC	8	27%	3	20%	7	19%	
		ID	11	37%	7	47%	14	38%	
	3: As capacitações potencializam a melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB.	CP	17	57%	8	53%	19	51%	0,607
		DP	3	10%	0	0%	4	11%	
		IC	9	30%	6	40%	9	24%	
		ID	1	3%	1	7%	5	14%	
	4: As capacitações ofertadas têm carga horária satisfatória para promover a qualificação da prática profissional.	CP	6	20%	2	13%	5	14%	0,490
		DP	5	17%	2	13%	8	22%	
		IC	8	27%	1	7%	10	27%	
		ID	11	37%	10	67%	14	38%	
	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.	CP	8	27%	4	27%	17	46%	0,335
		DP	4	13%	0	0%	3	8%	
		IC	13	43%	6	40%	10	27%	
		ID	5	17%	5	33%	7	19%	
	6: Os treinamentos ofertados pela gestão para os profissionais têm relação direta com as ações de promoção da saúde no SUS	CP	7	23%	3	20%	5	14%	0,649
		DP	2	7%	2	13%	4	11%	
		IC	14	47%	7	47%	13	35%	
		ID	7	23%	3	20%	15	41%	

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

### 6.3 Entendimento/conhecimento dos profissionais em relação à EPS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB no município de Foz do Iguaçu

Realizou-se a avaliação das frequências de resposta quanto às atividades de ensino e aprendizagem ofertadas pela gestão, visando o aprimoramento dos profissionais envolvidos no controle da TB (assertivas de 7 a 13), encontrou-se:

Avaliaram-se as frequências de resposta referente às modalidades de atenção para todas as assertivas analisadas. Neste bloco, constatou-se que não houve diferença estatística significativa entre as unidades de saúde, nas regiões avaliadas (Tabela 06), com exceção da assertiva #8, onde a diferença estatística significativa ocorreu apenas no DS Leste, onde a maior frequência de respostas se mostrou na variável 'inclinado a discordar', na ESF ( $p < 0,05$ ), já a UA apresentou a menor frequência para a mesma variável proposta ( $p < 0,05$ ) (Figura 15).



**Figura 15:** Análise em relação às modalidades de atenção nos distritos sanitários para a assertiva #8, na variável concordo plenamente, Foz do Iguaçu, 2016

Tabela 06: Análise referente às modalidades de atenção em relação aos distritos sanitários, Foz do Iguaçu, 2016

PRIMEIRO BLOCO																				
DISTRITOS SANITÁRIOS			Leste				Nordeste				Norte				Oeste/Sul					
UNIDADES DE SAÚDE			UA		ESF		PS	UA		ESF		PS	UA		ESF		PS	UA	ESF	PS
Objetivo 2	Assertivas	Variáveis	N	%	N	%	p-valor	N	%	N	%	p-valor	N	%	N	%	p-valor	N	%	p-valor
Entendimento/conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB	7: A EPS é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS	CP	2	29%	3	20%	0,166	1	50%	1	7%	0,349	1	10%	3	18%	0,747	2	11%	1
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	3	21%		4	40%	4	24%		4	21%	
		IC	0	0%	6	40%		0	0%	5	36%		3	30%	4	24%		5	26%	
		ID	5	71%	6	40%		1	50%	5	36%		2	20%	6	35%		8	42%	
	8: A gestão compreende que a EP está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integralidade da atenção.	CP	2	29%	1	7%	0,029	1	50%	1	7%	0,378	1	10%	2	12%	0,723	4	21%	0,647
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	3	21%		1	10%	4	24%		6	32%	
		IC	0	0%	8	53%		0	0%	3	21%		2	20%	5	29%		4	21%	
		ID	5	71%	6	40%		1	50%	7	50%		6	60%	6	35%		5	26%	
	9: O profissional da APS compreende claramente a função da EPS, para o fortalecimento do SUS	CP	1	14%	3	20%	1	1	50%	6	43%	1	4	40%	7	41%	0,084	5	28%	0,846
		DP	1	14%	1	7%		0	0%	0	0%		2	20%	0	0%		0	0%	
		IC	3	43%	8	53%		1	50%	4	29%		4	40%	5	29%		4	22%	
		ID	2	29%	3	20%		0	0%	4	29%		0	0%	5	29%		9	50%	
	10: O estímulo a EPS é fundamental para a contínua organização dos processos de cuidado do paciente com TB.	CP	3	43%	10	67%	0,290	2	100%	9	64%	1	8	80%	14	82%	1	12	63%	1
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%		0	0%	1	6%		0	0%	
		IC	4	57%	5	33%		0	0%	3	21%		2	20%	2	12%		4	21%	
		ID	0	0%	0	0%		0	0%	2	14%		0	0%	0	0%		3	16%	
	11: A EPS é valorizada pelo profissional atuante no SUS, pois contribui com as ações em saúde para o cuidado ao paciente com TB.	CP	0	0%	4	27%	0,382	1	50%	6	43%	1	6	60%	8	47%	0,784	7	37%	0,709
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%		0	0%	1	6%		0	0%	
		IC	5	71%	7	47%		1	50%	4	29%		3	30%	4	23%		8	42%	
		ID	2	29%	4	27%		0	0%	4	29%		1	10%	4	23%		4	21%	
	12: As modalidades de Educação a Distância (EaD) são conhecidas pelo profissional da APS.	CP	2	29%	1	7%	0,394	0	0%	2	14%	0,745	1	10%	2	12%	0,925	4	21%	1
		DP	0	0%	3	20%		0	0%	2	14%		1	10%	1	6%		2	11%	
		IC	2	29%	7	47%		1	50%	3	21%		5	50%	6	35%		5	26%	
		ID	3	43%	4	27%		1	50%	7	50%		3	30%	8	47%		8	42%	
	13: A EaD permite que as equipes que trabalham na assistência tornem mais eficientes o processo de trabalho da APS.	CP	2	29%	10	67%	0,107	1	50%	3	21%	0,309	4	40%	10	59%	0,280	8	42%	1
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%		0	0%	0	0%		0	0%	
		IC	5	71%	3	20%		1	50%	4	29%		6	60%	5	29%		9	47%	
		ID	0	0%	2	13%		0	0%	7	50%		0	0%	2	12%		2	11%	

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar UA: Unidade Aberta ESF: Estratégia de Saúde da Família

Avaliaram-se as frequências de respostas referentes aos *profissionais de saúde e suas respectivas áreas de atuação*, alocados nas UA e ESF (enfermeiros, médicos, dentistas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outros) para todas as assertivas observou-se que não houve diferença estatística significativa em nenhuma variável de resposta independente da área de atuação (Tabela 07).

**Tabela 07:** Análise quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, Foz do Iguaçu, 2016

SEGUNDO BLOCO																	
PROFISSIONAIS			Enfermeiros		Médicos		Dentistas		Assist. Social		Farm.		Nutrição		Outros		PS
Objetivo 2	Assertivas	Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
Entendimento/conhecimento dos profissionais de saúde em relação à E'PS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB	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%	0,253
		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%	0,848
		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 tornem 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%	

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

A resposta referente aos *profissionais participantes* e o tempo total de assistência em saúde, para as assertivas de 7 a 13 estão dispostas na Tabela 08, conforme segue:

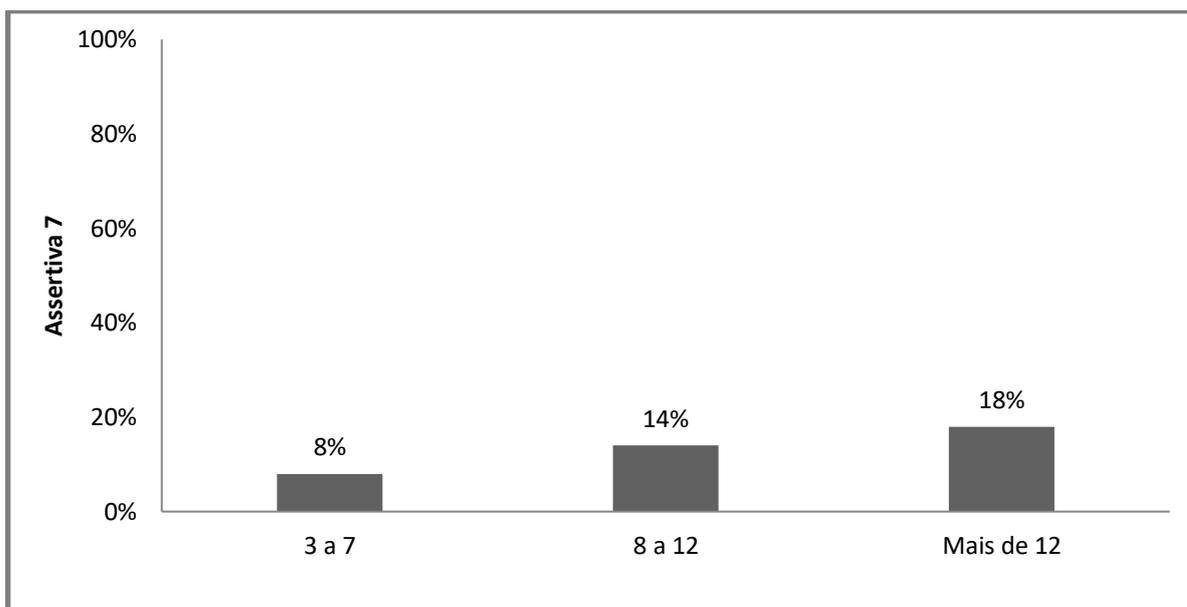
**Tabela 08:** Análise eferente aos profissionais de saúde e o tempo de assistência total em saúde, Foz do Iguaçu, 2016.

TERCEIRO BLOCO									
Objetivo 2	Assertivas	Variáveis	3 a 7 anos		8 a 12 anos		Mais de 12 anos		PS
			N	%	N	%	N	%	p-valor
Entendimento/conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB	7: A EPS é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS	CP	1	8%	2	14%	10	18%	0,039
		DP	3	25%	1	7%	11	19%	
		IC	5	42%	8	57%	9	16%	
		ID	3	25%	3	21%	27	47%	
	8: A gestão compreende que a EPS está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integralidade da atenção.	CP	2	17%	0	0%	9	16%	0,514
		DP	0	0%	3	21%	11	19%	
		IC	4	33%	4	29%	14	25%	
		ID	6	50%	7	50%	23	40%	
	9: O profissional da APS compreende claramente a função da EPS, para o fortalecimento do SUS	CP	6	50%	5	38%	15	26%	0,345
		DP	0	0%	1	8%	3	5%	
		IC	4	33%	6	46%	19	33%	
		ID	2	17%	1	8%	20	35%	
	10: O estímulo a EPS é fundamental para a contínua organização dos processos de cuidado do paciente com TB.	CP	9	75%	13	93%	35	61%	0,413
		DP	0	0%	0	0%	1	2%	
		IC	3	25%	1	7%	16	28%	
		ID	0	0%	0	0%	5	9%	
11: A EPS é valorizada pelo profissional atuante no SUS, pois contribui com as ações em saúde para o cuidado ao paciente com TB.	CP	6	50%	8	57%	17	30%	0,282	
	DP	0	0%	0	0%	1	2%		
	IC	4	33%	6	43%	22	39%		
	ID	2	17%	0	0%	17	30%		
12: As modalidades de Educação a Distância (EaD) são conhecidas pelo profissional da APS.	CP	3	25%	2	14%	7	12%	0,680	
	DP	2	17%	0	0%	7	12%		
	IC	4	33%	6	43%	19	33%		
	ID	3	25%	6	43%	24	42%		
13: A EaD permite que as equipes que trabalham na assistência tornem mais eficientes o processo de trabalho da APS.	CP	4	33%	8	57%	25	44%	0,179	
	DP	0	0%	0	0%	0	0%		
	IC	7	58%	2	14%	24	42%		
	ID	1	8%	4	29%	8	14%		

CP: Concordo Plenamente    DP: Discordo Plenamente    IC: Inclinado a Concordar    ID: Inclinado a Discordar

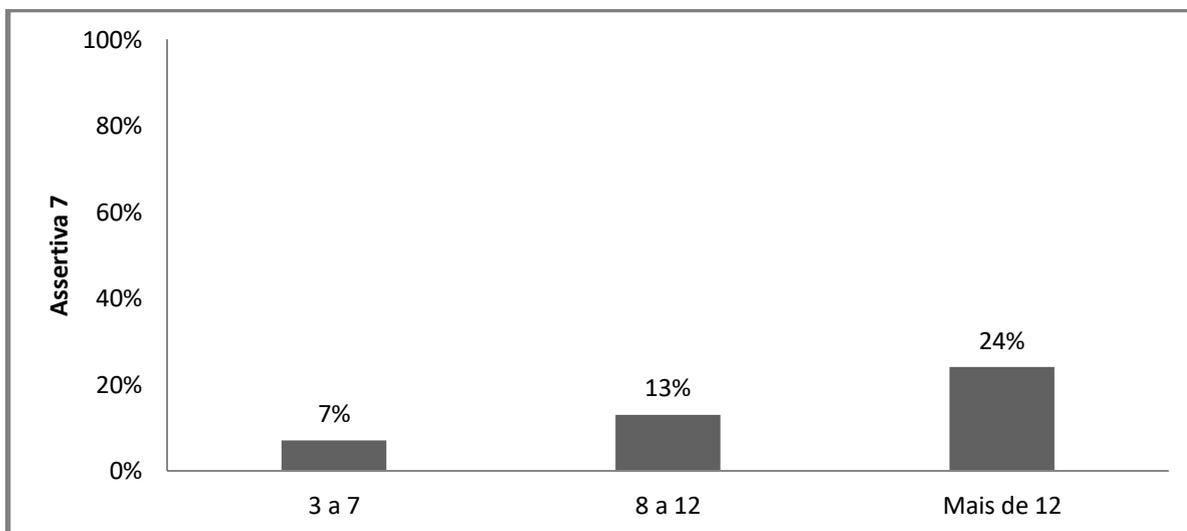
Para a assertiva #7 (p=0,039) foi possível observar que houve diferenças estatísticas significativas entre as variáveis de resposta, sendo que a variável “inclinado a concordar” apresentou maior frequência entre os profissionais com 8 a 12 anos de atuação profissional (p<0,05), enquanto que a variável “inclinado a discordar” apresentou maior frequência entre os profissionais com mais de 12 anos de atuação profissional (p<0,05) conforme (Figura 16).

Ao avaliar este quesito para as demais assertivas verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas em nenhuma variável de resposta.



**Figura 16:** Relação entre as variáveis sobre o conhecimento dos profissionais a respeito da Educação Permanente em Saúde e o tempo de assistência à saúde para a assertiva no quesito “concordo plenamente”

Avaliaram-se as frequências de respostas referentes *aos profissionais participantes e o tempo de atuação na APS* para todas as assertivas, conforme Tabela 09. Neste quesito, foi possível observar que houve diferenças estatísticas significativas quando avaliado a assertiva #7, onde a variável “inclinado a concordar” foi mais frequente entre profissionais com 3 a 7 anos de assistência ( $p < 0,05$ ), enquanto que a variável “inclinado a discordar” apresentou maior frequência entre os profissionais com mais de 12 anos de assistência ( $p < 0,05$ ). As demais variáveis não apresentaram diferenças estatísticas entre as respostas (Figura 17).



**Figura 17:** Conhecimento dos profissionais a respeito da Educação Permanente em Saúde e o tempo de assistência na Atenção Primária à Saúde para a assertiva no quesito “concordo plenamente”

Por fim, constatou-se que não houve diferenças estatísticas significativas quando avaliado o tempo de assistência do profissional na APS para as demais assertivas.

**Tabela 09:** Análise descritiva referente aos profissionais de saúde e o tempo de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016

QUARTO BLOCO									
Objetivo 2	Assertivas	Variáveis	3 a 7 anos		8 a 12 anos		Mais de 12 anos		PS
			N	%	N	%	N	%	p-valor
Entendimento/conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB	7: A EPS é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS	CP	2	7%	2	13%	9	24%	0,024
		DP	5	17%	3	20%	7	19%	
		IC	14	47%	4	27%	3	8%	
		ID	9	30%	6	40%	18	49%	
	8: A gestão compreende que a EPS está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integralidade da atenção.	CP	3	10%	1	7%	7	19%	0,444
		DP	3	10%	5	33%	6	16%	
		IC	8	27%	4	27%	9	24%	
		ID	16	53%	5	33%	15	41%	
	9: O profissional da APS compreende claramente a função da EPS, para o fortalecimento do SUS.	CP	11	38%	6	40%	9	24%	0,073
		DP	1	3%	2	13%	1	3%	
		IC	12	41%	6	40%	11	30%	
		ID	5	17%	1	7%	16	43%	
	10: O estímulo a EPS é fundamental para a contínua organização dos processos de cuidado do paciente com TB.	CP	23	77%	12	80%	22	59%	0,136
		DP	1	3%	0	0%	0	0%	
		IC	6	20%	3	20%	10	27%	
		ID	0	0%	0	0%	5	14%	
11: A EPS é valorizada pelo profissional atuante no SUS, pois contribui com as ações em saúde para o cuidado ao paciente com TB.	CP	13	43%	8	53%	10	27%	0,197	
	DP	1	3%	0	0%	0	0%		
	IC	12	40%	5	33%	14	38%		
	ID	4	13%	2	13%	13	35%		
12: As modalidades de Educação a Distância (EaD) são conhecidas pelo profissional da APS.	CP	4	13%	3	20%	4	11%	0,801	
	DP	3	10%	3	20%	3	8%		
	IC	12	40%	4	27%	13	35%		
	ID	11	37%	5	33%	17	46%		
13: A EaD permite que as equipes que trabalham na assistência tornem mais eficientes o processo de trabalho da APS.	CP	13	43%	7	47%	17	46%	0,864	
	DP	0	0%	0	0%	0	0%		
	IC	11	37%	7	47%	14	38%		
	ID	6	20%	1	7%	6	16%		

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

#### 6.4 Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD

Verificou-se a existência de estrutura e disponibilidade ou adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD para as assertivas de 14 a 18. Avaliaram-se as frequências de respostas sobre as modalidades de atenção (UA e ESF) conforme Tabela 10.

Neste quesito, não foram observadas diferenças significativas em nenhuma variável de resposta para todas as assertivas mencionadas.

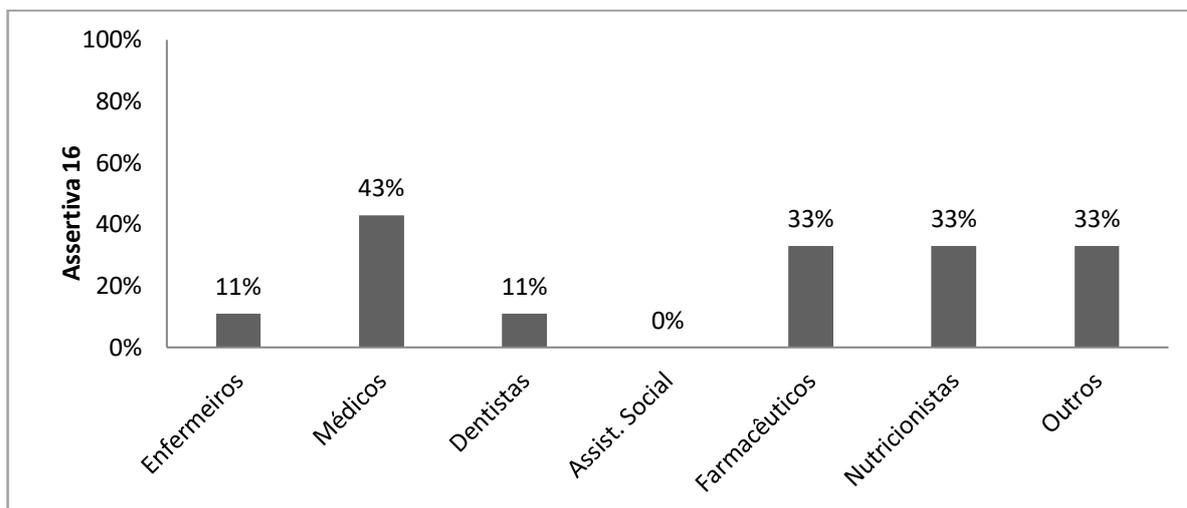
Tabela 10: Análise descritiva referente às modalidades de atenção e as regiões avaliadas, Foz do Iguaçu, 2016

PRIMEIRO BLOCO																				
DISTRITOS SANITÁRIOS			Leste					Nordeste					Norte					Oeste / Sul		
UNIDADES DE SAÚDE			UA		ESF		PS	UA		ESF		PS	UA		ESF		PS	UA	ESF	PS
Objetivo 3	Assertivas	Variável	N	%	N	%	p-valor	N	%	N	%	p-valor	N	%	N	%	p-valor	N	%	p-valor
<b>Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.</b>	14: A unidade da APS em que atuo possui computadores para realizar ações de EaD no ambiente de trabalho.	CP	1	14%	6	40%	0,487	1	50%	7	50%	1	5	50%	5	29%	0,807	5	26%	0,419
		DP	1	14%	3	20%		1	50%	3	21%		1	10%	4	23%		4	21%	
		IC	3	43%	2	13%		0	0%	2	14%		2	20%	5	29%		6	32%	
		ID	2	28%	4	27%		0	0%	2	14%		2	20%	3	18%		4	21%	
	15: O acesso à internet está disponível em meu ambiente de trabalho, residência ou em dispositivos móveis (celulares inteligentes).	CP	3	43%	6	40%	1	1	50%	5	36%	0,588	6	60%	10	59%	0,176	8	42%	1
		DP	1	14%	2	13%		0	0%	4	29%		0	0%	2	12%		3	16%	
		IC	1	14%	3	20%		0	0%	2	14%		4	40%	2	12%		4	21%	
		ID	2	29%	4	27%		1	50%	3	21%		0	0%	3	18%		4	21%	
	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	1	14%	3	20%	0,932	1	50%	4	29%	1	1	10%	3	18%	0,596	5	26%	0,560
		DP	1	14%	4	27%		0	0%	1	7%		2	20%	2	12%		3	16%	
		IC	2	29%	4	27%		0	0%	2	14%		2	20%	7	41%		4	21%	
		ID	3	43%	4	27%		1	50%	7	50%		5	50%	5	29%		7	37%	
	17: A internet é de fácil domínio para o profissional da APS.	CP	2	29%	3	20%	1	0	0%	5	36%	0,295	4	40%	5	29%	0,861	3	16%	0,444
		DP	0	0%	1	7%		0	0%	0	0%		0	0%	1	6%		3	16%	
		IC	3	43%	7	47%		2	100%	4	29%		3	30%	7	41%		5	26%	
		ID	2	29%	4	27%		0	0%	5	36%		3	30%	4	24%		8	42%	
	18: A EPS na modalidade EaD, facilita a adesão do profissional aos cursos e treinamentos, mas necessitam de um momento presencial.	CP	3	43%	6	40%	0,496	1	50%	6	43%	1	4	40%	9	53%	0,785	10	53%	0,727
		DP	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%		0	0%	1	6%		1	5%	
		IC	4	57%	6	40%		1	50%	5	36%		6	60%	6	35%		5	26%	
		ID	0	0%	3	20%		0	0%	3	21%		0	0%	1	6%		3	16%	

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

Avaliaram-se as frequências de respostas para as assertivas de 14 a 18, referente aos *profissionais de saúde e suas áreas de atuação*, alocados nas UA e ESF (enfermeiros, médicos, dentistas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outros) conforme Tabela 11.

Ao averiguar as frequências de respostas para as assertivas #14 e #15 verificou-se que não houve diferença estatística significativa. Para a assertiva #16 as frequências das respostas se mostraram diferentes estatisticamente (Figura 18).



**Figura 18:** Existência de relação significativa entre as variáveis analisadas para os profissionais e suas áreas de atuação, para a variável “concordo plenamente”.

Enfermeiros demonstraram maior frequência em responder ‘inclinado a concordar’; médicos responderam mais ‘concordo plenamente’ e dentistas apresentaram maior frequência de respostas ‘inclinado a discordar’. As demais atividades profissionais não demonstraram diferenças estatísticas significativas nas frequências de respostas ( $p > 0,05$ ). Já as assertivas # 17 e #18 não se mostraram diferentes estatisticamente.

Tabela 11: Análise descritiva quanto à relação de respostas entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, Foz do Iguaçu, 2016

SEGUNDO BLOCO																	
PROFISSIONAIS			Enfermeiros		Médicos		Dentistas		Assist. Social		Farm.		Nutrição		Outros		PS
Objetivo 3	Assertivas	Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.	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%		

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

Neste bloco, encontram-se elencadas as assertivas de 14 a 18, concernente aos *profissionais participantes e o tempo total de assistência em saúde* (Tabela 12).

Para este quesito, não foram observadas diferenças significativas em nenhuma variável de resposta para todas as assertivas citadas.

**Tabela 12:** Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de assistência total em saúde, Foz do Iguaçu, 2016

TERCEIRO BLOCO									
Objetivo 3	Assertivas	Variáveis	3 a 7 anos		8 a 12 anos		Mais de 12 anos		PS
			N	%	N	%	N	%	p-valor
Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EP em ambiente EaD	14: A unidade da APS em que atuo possui computadores para realizar ações de EaD no ambiente de trabalho.	CP	6	50%	7	50%	17	30%	0,140
		DP	2	17%	4	29%	11	19%	
		IC	4	33%	0	0%	16	28%	
		ID	0	0%	3	21%	13	23%	
	15: O acesso à internet está disponível em meu ambiente de trabalho, residência ou em dispositivos móveis (celulares inteligentes).	CP	7	58%	6	43%	26	46%	0,197
		DP	1	8%	5	36%	6	11%	
		IC	1	8%	1	7%	14	25%	
		ID	3	25%	2	14%	11	19%	
	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	5	42%	3	21%	10	18%	0,243
		DP	2	17%	1	7%	10	18%	
		IC	3	25%	6	43%	12	21%	
		ID	2	17%	4	29%	25	44%	
	17: A internet é de fácil domínio para o profissional da APS.	CP	5	42%	4	29%	13	23%	0,662
		DP	0	0%	0	0%	4	7%	
		IC	5	42%	5	36%	21	37%	
		ID	2	17%	5	36%	19	33%	
18: A EPS na modalidade EaD, facilita a adesão do profissional aos cursos e treinamentos, mas necessitam de um momento presencial.	CP	5	42%	6	43%	27	47%	0,878	
	DP	0	0%	0	0%	2	4%		
	IC	6	50%	5	36%	22	39%		
	ID	1	8%	3	21%	6	11%		

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

Verificaram-se também as frequências de respostas em relação aos *profissionais participantes e o tempo de atuação na APS* para todas as assertivas deste bloco, e constatou-se que as frequências de respostas não demonstraram diferença estatística significativa em nenhuma variável de resposta independente do tempo de atuação profissional (Tabela 13).

**Tabela 13:** Análise referente aos profissionais de saúde e o tempo de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2016

QUARTO BLOCO									
TEMPO (EM ANOS)			3 a 7 anos		8 a 12 anos		Mais de 12 anos		PS
Objetivo 3	Assertivas	Variáveis	N	%	N	%	N	%	p-valor
Existência de estrutura e disponibilidade/adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.	14: A unidade da APS em que atuo possui computadores para realizar ações de EaD no ambiente de trabalho.	CP	12	40%	8	53%	9	24%	0,177
		DP	8	27%	0	0%	9	24%	
		IC	5	17%	5	33%	10	27%	
		ID	5	17%	2	13%	9	24%	
	15: O acesso à internet está disponível em meu ambiente de trabalho, residência ou em dispositivos móveis (celulares inteligentes).	CP	11	37%	10	67%	17	46%	0,261
		DP	7	23%	1	7%	4	11%	
		IC	4	13%	2	13%	10	27%	
	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	8	27%	5	33%	4	11%	0,317
		DP	4	13%	2	13%	7	19%	
		IC	10	33%	3	20%	8	22%	
		ID	8	27%	5	33%	18	49%	
	17: A internet é de fácil domínio para o profissional da APS.	CP	10	33%	4	27%	7	19%	0,397
		DP	0	0%	0	0%	4	11%	
		IC	11	37%	6	40%	14	38%	
		ID	9	30%	5	33%	12	32%	
	18: A EPS na modalidade EaD, facilita a adesão do profissional aos cursos e treinamentos, mas necessitam de um momento presencial.	CP	12	40%	4	27%	21	57%	0,184
DP		0	0%	0	0%	2	5%		
IC		15	50%	8	53%	10	27%		
ID		3	10%	3	20%	4	11%		

CP: Concordo Plenamente DP: Discordo Plenamente IC: Inclinado a Concordar ID: Inclinado a Discordar

## 7. DISCUSSÃO

A busca por dados que nortearam a construção dos indicadores de percepção a respeito das capacitações em TB para os profissionais de saúde, expõe as reais necessidades da EPS e o que é ofertado verdadeiramente na APS, pois as respostas dadas para o primeiro objetivo e suas assertivas, evidenciam o esvaziamento de opiniões concretas sobre o tema; essa observação é discutida por Gomes, Barbosa e Ferla (2016) ao relatarem que a EPS articulada em práticas problematizadoras para a aprendizagem real fortalece 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. Assim se não existe um ambiente fértil de proposições para articular ações para o paciente de TB, o empobrecimento do vínculo entre todos os envolvidos surge.

Esta exposição é corroborada por Fleck (2010, p. 83) ao afirmar que “na constituição primeira da ciência fatos e contingenciamentos irreduzíveis e inevitáveis somam-se aos fatores que geram a aprendizagem: o indivíduo, o coletivo e a realidade objetiva (aquilo que é para ser conhecido)”. Logo profissionais atuando em rede deveriam acabar por gerar aprendizado mútuo e constante, diferentemente de redes menos organizadas. Os resultados encontrados neste estudo são dissonantes do proposto pelo autor, pois desvelam uma RAS local pouco alinhada com a proposição de integralidade do SUS, pois as respostas não possuem direção ou convergência; fato esperado ao tratar de assertivas diretas.

Dias, Bertolini e Pimenta (2011) consideraram essa condição ao refletir sobre o conjunto geral de características da ESF, entre eles o trabalho em equipe que pressuporia a mais importante condição para a reorganização dos processos através da transversalidade das ações. Todos os fatores que geram a integral atenção ao paciente dependem absolutamente das corresponsabilidades desenvolvidas entre os pares deste cenário, deveria existir então, a consciência que nenhum profissional interage só, pois esta é a grande fortaleza do SUS. Assim fica fortemente, clarificado que a percepção de oferta de capacitações para a EPS seja ela qual for não é exposta adequadamente para toda a APS avaliada neste estudo.

Fica patente que o estímulo ao desenvolvimento dos recursos humanos deva 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 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009a). Fato que fica evidenciado quando os entrevistados deste estudo não conseguem opinar objetivamente sobre o que é ofertado como recurso para a EPS e qual o seu conceito. Assim, apesar dos resultados do estudo não apresentarem significância estatística entre as assertivas para primeiro objetivo, acabam por revelar a dificuldade da gestão em expor suas intencionalidades, enquanto gerenciadora de atos promotores de EPS para a qualificação das ações para a TB.

Ao buscar objetividade do entendimento e conhecimento destes profissionais sobre estratégias de ensino e aprendizagem voltadas a eles, surgem indicadores de falhas operacionais das RAS que propõem algum grau de educação voltada a TB. A partir desta percepção, compreende-se que a fortaleza amplificadora do SUS reside na capacidade transformadora de suas ações partindo da cristalina percepção que a transversalidade do trabalho é a verdadeira superação de obstáculos que surgem durante a gestão do cuidado.

Entretanto a EPS como ferramenta norteadora para a assistência qualificada a TB necessita ser inserida em um contexto das RAS, ao observar os dados obtidos da assertiva que vincula o estímulo à aprendizagem com a boa prática clínica não encontrou clareza para os profissionais entrevistados neste estudo, este fato contrapõe ao que afirma Mendes (2011, p. 223) onde relata 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 promotoras de EPS para o município, principalmente ao que se vincula a TB, foco deste estudo.

Portanto, para que as mudanças de cenário ocorram na sistemática de trabalho, deve existir direcionamento das ações às condições crônicas, ao lançar mão do uso de tecnologia da informação, promover a EPS, incentivar o trabalho multidisciplinar e ampliar a monitoração dos processos de execução e resultados (MENDES, 2011).

A percepção sobre o significado pleno da EPS como ferramenta promotora de melhoria da assistência ao portador da TB deveria ser cônica nos profissionais sujeitos da pesquisa produzindo elevada concordância, todavia quando os processos gestores não dão este significado para os atores envolvidos na prática diária, perde-se a intencionalidade do ato educacional em si. Esse alerta contundente tem voz em Mendes (2011) ao explicitar que as abordagens em educação para os profissionais de saúde devem ser baseadas no ato significativo do trabalho, com olhar para ações

que habilitem e reforcem proposições sólidas de resolução de problemas, no caso deste estudo, ações de controle a TB.

Ao dirigir o olhar para as categorias de profissionais atuantes na APS, expõem-se o firme trajeto seguido pela enfermagem, pois o entendimento e ou conhecimento das práticas de EPS, parecem estar no caminho desta classe profissional e é ressonante na construção do SUS, contribuindo para um melhor entendimento do processo de organização das RAS, abraçando a circulação de ideias de forma mais objetiva, tal condição é clara para BACKES *et al.*, (2012) onde afirmam que a enfermagem cuida do ser humano nas mais diversas dimensões necessárias e por essência transita em todas as fases do cuidado, possibilitando uma visão privilegiada do contexto geral, buscando desde cedo um canal de comunicação efetivo de abrangência multi e interdisciplinar. Isto posto fica evidenciado que a liderança do profissional enfermeiro no SUS em várias frentes produz um indivíduo mais aberto às proposições das RAS, e a transversalidade das ações.

Essa falta de assertividade para as RAS nas outras classes profissionais do estudo encontra eco em Mendes (2011) ao alertar que: “quando não se organizam as ações e procedimentos através de normativas e diretrizes claras, cada profissional acaba por agir, conforme sua orientação e formação, gerando graves problemas de comunicação e planificação”. Reitera-se a enfática necessidade de processos gestores que promovam o desenvolvimento de habilidades e capacidades para a resolução de processos, pois ser apto tecnicamente não capacita a totalidade do indivíduo para as ações em saúde no SUS, devido à dinâmica de constante mutação e renovações de caminhos das RAS (MENDES, 2011).

Baseado nos resultados obtidos neste estudo e no contexto vivenciado pelos profissionais, percebe-se que a gestão não oferta formas adequadas de assistência educacional, revisitando o conceito de Mendes (2011, p. 26) que alerta para as falhas de comunicação principalmente de governança para todas as esferas da clínica inclusive para a EPS, assim em última análise não é o tempo de assistência o fator primeiro, mas sim a falta de governança sobre estas que prejudicam a qualificação do cuidado, sobretudo quando se trata da TB.

Assim, o proposto era buscar a percepção dos profissionais para esse grande bloco de perguntas (segundo objetivo) permitindo na frieza dos resultados encontrar uma resposta direta sobre o que ocorria em termos de estratégias adequadas para a EPS, porém com este panorama, torna necessária a busca de respostas analíticas

mais criteriosas sobre as abordagens teórico-metodológicas do ensino em saúde, assim como seus desdobramentos andragógicos sob o olhar dos resultados (CONTERNO, 2013). Feito isto, entender o processo de ensino-aprendizagem fortalece-se na produção de conhecimento na *práxis* diária ao transpor problemas, munido de ações e experiências sólidas (MENDES, 2012).

A assertiva que pede reflexão ao profissional sobre ofertas concretas no campo das capacitações reforça que o caminho das práticas tradicionais não encontra mais subsídios para sua manutenção, pois não conseguem mais manter franco diálogo para a manutenção da integralidade construtiva do coletivo conforme já observado por Mendonça e Nunes (2011).

Em sinergia a essa inferência, SÁ *et al.*, (2013) afirmam que a reduzida ou inexistente execução sobre processos de gestão voltados para a TB, nos espaços de exercício da ESF ou UA, mesmo que estes existam no discurso dos gestores, não estão claramente voltados a EPS ou aos processos de trabalho e governança, dificultado o avanço efetivo do enfrentamento a TB.

Assim é fundamental propiciar um campo de ação que permita a redução de disparidades, essa afirmação é apoiada por Almeida (1999) ao relatar que a percepção de ações que visem à integralidade beneficia o profissional e consequentemente favorecem ações de saúde qualificadas, assim fica desvelado que o perfil do profissional que se deseja para a população deve-se, sobretudo ser construído sobre estratégias modificadoras dos atuais modelos acadêmicos de globalização.

Em especial no enfrentamento da TB a circulação de ideias é fundamental para o devido amparo ao paciente em toda sua rede assistencial, pois não se consolida uma prática qualificada sem a construção de elos com significado para o ator da ação, neste ponto a proposição de Mendes (2011) sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) propõe a inserção desta na APS, podendo resultar em ganhos para a equipe tratando-se de EPS, produzindo a construção de um escopo consistente de condições em que uma proposta de ação seja relevante na atenção multiprofissional.

Novamente, confirma-se que a prática do ensino tem relação com o ato de compartilhar e a experimentação de ações qualificadoras para o profissional, produz a interação com o coletivo (FLECK, 2012). Portanto quando a assertiva propõe que existe relação entre EPS e qualidade de atenção e não se produz uma resposta clara, fica exposto o revés entre as práticas e o real entendimento do que é EPS

independente do tempo de atuação; de forma simplificada pode-se afirmar que não há estratégia desenvolvida para o bom andamento da EPS no contexto encontrado por este estudo.

A relevante crítica percebida e apontada nas assertivas a respeito da suficiência de capacitações ofertadas na rede preocupa, pois apesar de relativo grau de concordância, revela o estágio dissociativo em que se encontra a APS local, quando a temática é a valorização dos saberes, inclusive da própria população assistida. Neste quesito, Mendes (2011, p.393) atenta ao afirmar que: “as alterações da *práxis* entre profissionais de saúde fazem-se na construção da gestão, através de processos com potência modificadora, envolvida em metodologia adequada de EPS”. Reforça ainda, que a EPS deva evoluir para algo mais contemporâneo em contraponto com a forma tradicional de se fazer educação em saúde e para esta.

Existem antagonismos presentes no processo de governança e atuação profissional para a boa prática assistencial no município no momento desta pesquisa, fato evidenciado 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. Essa observação foi feita por Campos (2016) em sua dissertação de mestrado ao afirmar que “os estrangulamentos da rede dificultam sobremaneira a boa assistência ao paciente portador de TB, devido à falta de interação entre a gestão e as unidades”.

Por outro lado grande parte dos profissionais percebe sua importância para a qualificação dos processos assistenciais, todavia a falta de significado para o profissional sobre o que é conceitualmente EPS permite uma interpretação superficial e errônea. Para que exista clareza, a EPS deveria exigir e estimular mudanças nas práticas profissionais através de fatores habilitadores e reforçadores de aquisição de novas habilidades e atitudes, com o claro objetivo de melhorar as práticas no ambiente de trabalho e estimular a aplicação de suas diretrizes para a ação inovadora que pretende ser gerada a partir deste conceito (MENDES, 2011, p.395).

Esta clareza torna-se menor ainda quando grande parte dos sujeitos da pesquisa não possuem domínio ou conhecimento dos processos de EaD, fato desvelado nas asserções deste estudo e no teor da discussão, pois a concordância não encontra um padrão que permita afirmar que os partícipes da APS deste município tenham plena convicção do que é EaD, todavia demonstram interesse no tema, sobretudo na ESF. Para Campos (2016, p.48) a falta de capacitação e a

necessidade de preparar para a prática acabam por revelar o hiato entre a necessidade crônica de EPS e sua efetiva execução, além de adequação destas ao ambiente local, e as diretrizes da APS para o controle da TB.

Davini (2009) afirma que a EPS, como princípio político norteador soma força com os pressupostos éticos-políticos da Reforma Sanitária e apresenta força para desenvolver-se contra forças antagônicas. Consolidando esta ideia, Mendes (2011) justifica que existem evidências na literatura mundial sobre a temática que refletem o efeito positivo na mudança de atitude dos profissionais e outros mediante a EPS.

No entendimento de Batista e Gonçalves (2011) fica claro e indispensável que as várias instâncias (gestores, profissionais e instituições de ensino) articulam objetivos para a formação de novos profissionais de saúde para o SUS com o intento de modificar a condição atual dos serviços, possibilitando ainda ações desenvolvidoras para reorganizar as atividades dos profissionais existentes. Assim apesar de sempre existir opiniões pessoais irredutíveis ou imutáveis ter-se-á um grupo mais homogêneo de trabalho com ações mais contundentes em saúde pública.

Os sujeitos deste estudo demonstram claramente pelo grau de discordância apresentado nas assertivas relativas ao segundo objetivo (mesmo que sem significância estatística), a pouca importância dada pelos gestores a EPS, independente da modalidade de atenção prestada, pois compreende que não encontram na gestão o diálogo para a promoção de assistência adequada, sobretudo para a TB, foco deste estudo.

Esta condição de não valorização da EPS emerge de um modelo gestor com o olhar voltado a processos individuais que não percebem o coletivo, este fato fica evidenciado na fala de Mendes (2011) 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.

Assim, os caminhos da gestão como entidade meio deve ser otimizado ao reduzir os entraves administrativos e burocrático promovendo o adequado estímulo à EPS que pode ser auferido com a inserção da academia no meio assistencial, tal atitude tem grande potencial amplificador de resgate e adequação da gestão local, esta condição foi descrita por Frenk *et al.*, (2010), ao discorrerem sobre a qualificação assistencial em vários países analisando três gerações de reforma nos

sistemas de formação dos profissionais de saúde, consideram ser a tendência atual da educação sua integração aos sistemas de cuidados em saúde “*health-education systems*”, de forma a tornar a educação contextualizada, significativa, com impactos reais na melhoria dos sistemas de saúde.

No entanto, essa condição não é uma via de mão única, trazer à academia para as ações em saúde deve fortalecer sobremaneira a formação profissional ao permitir a circulação de ideias. Estes achados trazem consigo a reflexão que a realidade no trabalho favorece grandemente a consolidação de novos profissionais com olhar inovador abordando os problemas que surgem de forma crítico-reflexiva ao permitir o contato direto com seus pares e a comunidade (FLECK, 2012).

A EPS fortalece o SUS, e neste contexto a enfermagem constantemente revisita suas práticas ao direcionar a crítica e autocrítica das ações constituindo-se talvez na mais envolvida classe profissional existente no SUS, compreendendo-a de forma mais ampla (MENDES, 2012).

Para Carotta, Kawamura e Salazari (2009) a maioria dos profissionais da rede compreende o papel da educação como agente transformador; ressaltam ainda que seja preciso estabelecer uma linha objetiva de constante discussão, pois não é possível a inserção de programas de valorização de processos e metodologia educacionais sem um forte contexto para sua existência, senão incorre-se no erro de esvaziamento da discussão. Este obstáculo fica evidenciado, pois apesar da consciência do que é a TB e sua condição de doença negligenciada na rede assistencial ainda persiste a ideia que as ações são papel do outro ator, num ato de incompletude da percepção.

Tal condição é corroborada por Fleck (2010), ao advogar que toda e qualquer teoria de conhecimento sem o processo dialético histórico ou carente de estudos comparativos é um exercício intelectual vazio, um olhar epistemológico das palavras vazias, uma epistemologia *imaginabilis*, fica claro que um coletivo sinérgico e fortalecido emerge quando “duas ou mais pessoas trocam ideias”, envolvidos em um diálogo de mútua criatividade. Freire contribui ao elucidar que o homem ao perceber-se da sua incompletude na condição de “ser”, se torna ético e percebe que “os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005).

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, Cabral e Koerich (2004) ao por em foco que a PNEPS pode ser destituída de sua

concepção primeira 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.

Esta observação encontra ponderação em Silva e Peduzzi (2011), ao afirmarem que o trabalho em RAS tem por característica ações com forte subjetividade dos profissionais atuantes, principalmente na relação entre técnicos e comunidade, essa condição aliada à imprevisibilidade e incerteza dos eventos que ocorre em saúde caracteriza um distanciamento crônico das ações. O que reforça a proposição que trabalhadores da saúde em especial do SUS, tendem a objetificação do paciente com o passar do tempo a ponto de suas ações perderem a capacidade crítica e conseqüentemente reduzirem sua efetividade e resolubilidade.

Cabe então o desenvolvimento do conceito de transversalidade, que não é compartilhado por todos, Hamido *et al.*, (2006) entendem que a amplificação e variabilidade do conhecimento e a crescente articulação deste em escala global, permite uma atribuição de sentido, desde que a transversalidade se consolide em uma ferramenta conceitual teórica cada vez mais pertinente.

Já foi discorrido anteriormente, que o grande desafio para as 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 (2011) um forte aliado, quando ele discorre sobre a EPS.

As ações de saúde no SUS são ofertadas de forma usual alinhada com as características tradicionais de ensino, com temáticas muito focadas de curta duração e oficinas que não dão significado claro de objetivo, pois são orientadas pela percepção de quem as elabora, via-de-regra gestores de programas inseridos na saúde, sem metodologia adequada aos objetivos de aprendizagem; e ainda usualmente não orientados para a rotina de atividade dos educandos. A resultante é um dispêndio de energia e custos humanos com baixíssimo resultado andragógico. Somado a esse impacto pífio destas modalidades de EPS via EC, agrega-se toda a

mobilização dos postos de trabalho desamparando o usuário, esse conceito necessita mudar de forma extrema (MENDES, 2011).

Analisando a assertiva proposta, fica evidenciado que os profissionais com um tempo relativamente menor de atividade no SUS têm olhar apurado sobre o conceito de EPS, fato que empiricamente pode ter relação com a formação recente desse ator.

A compreensão da EPS pelo profissional conduz a uma reflexão sobre como os processos de trabalho não promovem diretamente o devido estímulo a EC ou qualquer outra modalidade de EP, pois não se encontra forte discernimento do papel de cada uma das assertivas deste estudo.

A preocupação com o caminho tomado já foi balizado por meio da Portaria nº 198/2004. Este instrumento tem por finalidade avaliar a eficácia das ações e garantir seu pleno desenvolvimento. Os centros pesquisados que não desenvolvem suas metodologias de EPS e a estruturação da monitoração e avaliação das atividades possuem resultados sofríveis nesse quesito (BRASIL, 2004a). Fato observado por esta pesquisa à medida que os resultados foram desvelados.

Quanto ao estímulo a EPS, ainda no segundo objetivo, pede especial observância; pois os dados estatísticos revelam de forma geral uma pulverização das respostas emitidas pelos avaliados que caminham em direções dispersas, sem apontar com clareza, relações de tempo de atuação, região sanitária ou perfil profissional, isso tem paralelo nas observações de Silva (2011) ao citar que a grande rotatividade e a reduzida oferta de profissionais com interesse genuíno na APS, em especial o médico, constituem obstáculos importantes a serem transpostos, pois dificultam a ação e a efetiva cristalização dos princípios da reforma sanitária, e tais condições negativas continuam a serem reproduzidas, como o reduzido financiamento, os antagonismos entre as políticas de formação para a EPS e as imensas demandas e necessidades do sistema público somado a percalços não resolvidos de gestão regulatória na saúde, estruturam os reais desafios na integração da saúde no SUS.

Diante do exposto, mais uma vez reforça-se a aproximação entre os resultados obtidos e a clareza necessária para sedimentar as políticas de EPS e sua importância como organizadora das redes de atenção e o resultado negativo encontrado no município pesquisado. O conceito de EPS evocado pelos dados traduz-se em algo a ser entendido; no caso da EaD as opiniões parecem ir ao

encontro à completa insuficiência de conceito, ou seja não existe parâmetro estabelecido, ou percepção real do que é EaD.

Nas palavras de Mendes (2011) a EPS tem como objetivo conduzir adultos e estes necessitam de metodologias com base na andragogia, com características muito particulares, pois diferem significativamente da educação formal, sendo o profissional centro de todo o foco na independência e autogestão dos processos de formação profissional. Os sujeitos encontram suas reais necessidades de aprendizagem ao aprender o que é fundamental para os processos de construção e reconstrução contínua das RAS.

Portanto, se não existe uma clara concepção do que é EaD e qual seu objetivo para os profissionais da APS, também se inviabiliza desta forma o conceito do que poderia vir a ser a construção de uma EPS sólida e perene. Assim a EaD é uma potente possibilidade educacional para os trabalhadores da saúde, quando exercitado corretamente e com preceitos adequados. Porém não deve ser utilizada como substitutiva de toda a EPS já discutida, por mais deficitária que esta seja (OLIVEIRA, 2007).

Por fim, foi necessário levantar a estrutura existente e a disponibilidade dos profissionais para aderir a atividades que promovam a EPS e a EaD para a educação conectada diretamente ao trabalho; logo as ações de aprendizado vivenciadas cotidianamente. A assertiva construída para esse item, tem vínculo no proposto por SILVA *et al.*,( 2015), ao afirmarem que deve-se fomentar a ação partindo dos problemas reais e conduzidos para a experimentação de sua resolução. Mendes (2011) também contribui para a discussão ao alertar que sem uma série de medidas construtivas a fortaleza de ação do SUS perde potência, então aliar-se a tecnologia em suas várias dimensões, e promover a EPS resgata a capacidade de intervenção do SUS.

Refletir sobre estas ações interventoras pressupõe pensar na infraestrutura para realizar efetivamente ações de EaD, pois estas abrangem um rol de metodologias que permitem ações à distância, Maia e Meirelles (2003), enfatizam a maior necessidade de confluência de meios organizacionais para a sua efetiva utilização e este ponto reflete a necessidade de um processo gestor para seu sucesso. Os mesmos autores também reforçam a necessidade de tecnologias adequadas para a realização, com meios técnicos que possibilitem uma mão dupla no processo.

Todavia apesar das assertivas serem ferramenta esclarecedora para esta pesquisa, neste bloco específico (terceiro objetivo) não houve relevância estatística, que *per se* já indica dificuldade de percepção dos sujeitos da pesquisa.

O próprio Ministério da Educação observa que a EaD é uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos, plataformas e metodologias organizadas em várias Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS) de informação, baseado nos objetivos de aprendizagem (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2013a). Isso facilita sobremaneira a disposição dos profissionais em utilizar-se da EaD enquanto ferramenta, basta que estes consigam discernir entre a ferramenta EaD e a EPS que se utiliza, fato que neste bloco de assertivas não ficou evidenciado.

Fica exposta de forma ainda inconclusa a fragmentação das redes assistenciais no município deste estudo, pois a assertiva “concordo plenamente” sobre a presença de tecnologias e ferramentas de uso regular na rede encontra-se aquém do necessário para a clareza do desenvolvimento de ações de potência na área de EPS, com caráter relevante.

Mendes (2011) relata que os sistemas de informação no SUS sofrem com o excesso de softwares, hardware insuficiente, baixa precisão nos quesitos de validação, confiabilidade e interação sejam para atualização destes ou ainda no resgate de dados. Tal observância encontra paralelo no município em questão; material sucateado e falta de integração completa dos sistemas, tal condição é refletida nas respostas dadas pelos sujeitos desta pesquisa, com variabilidade observada nos distritos por conta da maior ou menor oferta de acesso a rede de *network (internet e intranet)*.

A ausência de resultados relevantes encaixa-se na descrição de Barreto *et al.*, (2012) os quais afirmam que para ocorrer à cooperação entre pares é fundamental a presença de EPS, com clara divisão do trabalho e efetivo mecanismo de comunicação. Sem esses elementos clarificados nas equipes de saúde, as chances de sucesso nos processos podem diminuir consideravelmente, sobretudo a ferramenta EaD e suas metodologias.

Esses fatos explicitados nos dados expõem os desafios a serem transpostos por este município, pois a estrutura das TICs já são elemento planejado na Política Nacional de Informática e Informação em Saúde, desenvolvida em 2004, que teve por objetivo desde a década passada promover o uso de inovações criativas e transformadoras das TICs, com a intenção de aperfeiçoar o trabalho em saúde, com

vistas a tornar o Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, para produzir informações de qualidade e acessíveis a todos (BRASIL, 2004e). Assim fica evidenciado pelo perfil encontrado neste estudo, que o município não está completamente alinhado com a política de fomentação das TICs, e de forma mais significativa ainda ao necessário e elementar para a boa assistência ao paciente portador da TB.

O fato dos resultados não desvelarem significância estatística, não redundando em desconhecimento das TICs, todavia fica exposto que não existe oferta de serviços e nem sujeitos que o executem, e nesse ponto a oferta de EPS, via EaD é absolutamente inexistente. Essa condição inefável não é justificável em um sistema gestor resolutivo ou que se pretende como tal efetivo para a assistência ao paciente portador de TB.

Nas observações de Barbosa (2012) as TICs trazem fortaleza para a EaD, reforçam as trocas sociais mesmo que de forma virtual. Já Mendonça (2013) atenta para o fato que a EaD é dependente absoluta das TICs, pois são elo fundamental e sem estas não há interação.

Os sujeitos deste estudo não tem poder de distinção clarificado das características de EaD e EPS em suas dimensões conceituais, pois discordam, em parcela significativa dos sujeitos, que é necessário o contato direto entre os participantes. Essa constatação é confirmada por Fernandes (2004) ao dizer 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.

Mendes (2011) salienta que não basta criar um mecanismo de EPS, via EaD mas sim criar um produto normatizado com a clara intenção de mudar comportamentos do profissional de saúde da APS e de toda a RAS. O autor reforça o tema ao afirmar que a gestão dos processos deve mudar os comportamentos dos serviços para mudar em última instância o usuário, que para esse estudo entende-se como aquele portador da TB.

Cabe, todavia um contraponto para justificar a dificuldade de implantação dos processos de EPS, ao referenciar a asserção de Pinheiro e Silva Junior (2008) que as práticas que avaliam programas e projetos são excessivamente normatizadas, em prejuízo de outras características que externam ou apresentem movimentos de mudança no sentido de construção de um SUS fortalecido e cristalizado, ou seja, universalidade, equidade e integralidade.

Este estudo buscou abranger uma questão fundamental para a boa prática assistencial relacionada aos indicadores de TB, através de um inquérito aos profissionais de saúde na percepção destes sobre o conceito de EPS, estabelecendo um ponto de partida que possa fomentar as ações de EPS como ferramenta para a rede assistencial, de forma mais regular, no intuito de contribuir para a promoção e qualificação da assistência aos pacientes portadores de TB.

Ao expor as limitações da gestão local no momento da coleta dos dados, com um sistema gestor deficitário e com severas restrições operacionais, com infraestrutura truncada e de baixa operacionalidade, acaba produzindo um viés não detectável pelo instrumento, mas com possíveis reflexos no eixo cognitivo-afetivo dos profissionais envolvidos, mesmo tratando-se de um estudo quantitativo.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existe até este momento caminho a ser seguido que não a total integralidade das ações e sua transversalidade absoluta para que o SUS amplie sua capacidade operativa e consiga mudar paradigmas resistentes, duradouros e, porque não dizer, perniciosos para a boa prática assistencial às doenças negligenciadas.

A maioria dos profissionais inseridos na saúde pública, especificamente na APS buscam redescobrir seu papel no cuidado e promoção do amplo cuidado, então é fundamental que os serviços forneçam a eles o subsídio para desenvolver a capacidade de integralização das ações de EPS partindo do saber profissional individual até sua permanente revisitação na coletividade multiprofissional.

Observa-se ao menos neste estudo, que boa parte dos profissionais hoje atuantes na rede pública de saúde municipal, vem de escolas com uma formação compartimentalizada e modelada para a assistência curativa, talvez o maior desafio seja a mudança deste paradigma.

Fica evidente que os serviços devam ser permeados pela assistência multiprofissional de forma mais transversal possível e acima de tudo que permitam ações de aprendizagem que sejam realmente modificadoras. Existe inquestionável campo fértil de aprendizado e ensino nas mais diversas situações vivenciadas na rede assistencial básica, porém é necessário munir o profissional de ferramentas com poder reflexivo e crítico para um desempenho satisfatório e alinhado com as diretrizes do SUS.

A EPS é um anseio dos profissionais, pois percebem a relevância do preparo para atuar é tão importante quanto à própria assistência ou gestão do processo de trabalho, mas não conseguem discernir o caminho que deve ser seguido. Parece factível pelos achados, que a gestão municipal neste momento está com a capacidade de resolução e transposição de problemas extremamente reduzida e ineficiente. Fica clarificado neste estudo que a EPS tem por objetivo formar competências para o trabalho na rede assistencial coadunando com os princípios diretivos do SUS ao buscar articular o conhecimento técnico (mesmo que fragmentado), com a complexa rede que exige uma visão além do processo rotineiro de trabalho.

Qualificar a assistência passa pela sólida criação de projetos de EPS em suas diversas plataformas e metodologias (presenciais, semipresenciais ou à distância)

para estimular a integralidade tão almejada. Ações de aprimoramento e desenvolvimento executadas pela gestão necessitam articular-se com bases epistemológicas da saúde para reafirmar o papel central da educação.

A EPS exige a construção de um currículo de projetos que devem ter um grande eixo propositivo alinhado ao SUS e seus macro elementos, mas também vinculados ao perfil epidemiológico e geopolítico que a região ou área de abrangência deste estudo atingem.

Em casos de cidades fronteiriças transnacionais os elementos acabam tornando-se mais complexos, condição particular deste cenário de pesquisa, sobretudo para doenças negligenciadas, neste caso com o foco voltado a TB. Não deve ser esquecido que a EPS necessita da articulação política de esferas superiores do MS com demais entidades da tripartite (município, estado e união), criando condições políticas para a inserção das temáticas de interesse e relevância para o SUS.

A interação entre estabelecimentos de ensino superior, gestores locais e demais representações dos entes federativos que compõem a rede de saúde devem permitir a indução de ambientes de EPS adequado às necessidades estabelecidas nas microrregiões de abrangência da rede assistencial.

Ressalta-se o alerta que as demandas por EPS devem observar a transversalidade propositiva da atenção, evitando a todo custo ações verticais que não colaboram para a integralidade da assistência. Assim a organização de grupos de profissionais voltados e preocupados com a qualificação permanente de seus pares torna-se ferramenta de ignição dos processos locais para alcançar proposições e objetivos da APS.

A RAS local precisa de equipe atenta e sincronizada com os serviços de saúde para elaboração de projetos que clarifiquem o real significado da EPS, e traga à luz de todos os envolvidos (gestão, profissionais e comunidade) o real significado de sua existência. Para que exista sucesso neste processo a EPS deve ser estimulada para que todos os profissionais de uma equipe desenvolvam habilidades e competências no campo gerencial, sabe-se que essas características são construídas de forma contínua ao longo do tempo, não obstante só ocorrem com a devida provocação, e é nesse ponto que o papel da EPS e suas modalidades tornam-se fundamentais e insubstituíveis.

Os resultados do estudo mostram que há uma percepção reduzida por parte dos profissionais de saúde sobre o conceito ampliado de EPS e suas derivações,

inclusive no campo de estudo dos processos de trabalho. Cabe aqui reforçar que se não existe claro entendimento do papel do profissional para sua apropriação de um coletivo de pensamento, este também não poderá, por consequência colaborar de forma substancial na resolução de doenças negligenciadas, tais como a TB.

O profissional de saúde precisa estar realmente preparado para conseguir desgarrar-se da iniquidade de processos não resolutos e poder identificar o real significado de poder gerenciar e manejar o processo de assistência a pacientes portadores de doenças com evidente impacto sociocultural, entre elas a TB.

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 tratar-se de doenças negligenciadas. Desta forma, compreender que a integralidade das ações necessita da constante cristalização da EPS como princípio formador do profissional, favorecerá a redução significativa da utilização do termo “negligência”.

Isto é traduzível em ações cotidianas onde a inter-relação entre sujeitos permite a inserção de práticas realmente inovadoras e potencialmente modificadoras do olhar de todos os envolvidos no processo de assistência, neste contexto ser inovador perpassa pela necessidade de ser observador crítico de sua própria realidade, essa talvez seja a mais potente das inovações, a reflexão contínua.

Assim, os processos de EPS, podem dispor de ferramentas inúmeras para sua aplicação dentre elas o emprego das TICs considerada uma das modalidades mais empregadas para a EaD. Notadamente torna-se fundamental criar vínculos entre os partícipes nesta forma de promoção, e o maior desafio é torná-lo permanente. Isso só será possível com a gestão participativa, integral uso de metodologias efetivas de ensino e aprendizagem para fomentar o processo de EPS. O uso da EaD pode qualificar o profissional do SUS, mas é fundamental o vínculo entre uma gestão eficiente com educação qualificada; enfim estabelecer comunicação ampla e horizontal entre os partícipes.

Assim, esta pesquisa demonstrou que existe a necessidade de revisitar mais constantemente e de forma mais profunda o processo de aplicação e exercício da EPS, principalmente quando é preciso a reflexão necessária para o suporte a doenças negligenciadas ou de forte estigma social.

Os dados do estudo indicaram que a percepção e conhecimento da EPS, é um conceito vago e facilmente confundido com metodologias de ensino. Esta

posição acaba por minimizar e ofuscar a real importância do processo de EPS, a ponto que os resultados produzidos acabam por anular o que é propositivo do SUS, a integralidade das ações.

Assim modalidades de EPS que deveriam ser forte fonte de contribuição para a transversalidade do SUS, acabam seguindo como estratégia insuficiente para atenção às doenças negligenciadas, em especial a TB que é pano de fundo da pesquisa.

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 MS.

Todavia torna-se importante esclarecer que os possíveis fatores limitantes do estudo, podem ter relação com o momento político-administrativo da gestão municipal, que não conseguiu transpor obstáculos na gestão do SUS local, por um período de tempo relativamente dilatado. Esta lacuna na gestão foi suficiente para desarticular a rede assistencial reduzindo a capacidade operativa dos profissionais envolvidos, ao permitir a inadequada gestão dos processos de trabalho que envolve a assistência ao portador de TB.

Outra limitação que deve ser levada em consideração é o viés do respondente que pode registrar uma assertiva a partir de conhecimentos outros que não o preconizado pelo SUS, mas sim advindo de sua formação específica e suas impressões *a priori*.

## REFERÊNCIAS

AMARILLA FILHO, P. Educação à distância: uma abordagem metodológica e didática a partir dos ambientes virtuais. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 41-72, Ago. 2011.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n.2, pp. 286-298, 2010.

ALMEIDA FILHO, N. M. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1898-900, Jun. 2011.

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1677-1682. Jun. 2013.

AMORIM, A. C. M. **Educação permanente na estratégia de saúde da família: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. 100 p. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS. Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde. São Paulo, 2013.

ANDER-GG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social**. BuenosAires: Nueva Visión, 1978.

ARAKAWA, T. **Avaliação de desempenho do programa de controle da tuberculose em municípios paulistas (2010)**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. doi:10.11606/T.22.2015.tde-27072015-165428. Acesso em: 12 abr. 2017.

ARRUDA, M. P. et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 518-524, 2008.

BACKES V.M. S, SCHMIDT S.M. S, NIETSCHE E.A. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 2003. Jan. 12(1):80-8.

BACKES et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012.

BAHIA, L. As conferências de saúde: desafios à democracia participativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2064-2065, Out. 2015.

BAKER, M. J. **Administração de marketing**. Rio de Janeiro: Elsevier Campus, 2005.

BARBOSA, M. F. S. O. REZENDE, F. A prática dos tutores em um programa de formação pedagógica à distância: avanços e desafios. **Interface** (Botucatu), v.10,

n.20, p. 473-486, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/14.pdf>>. Acesso em: 08 Jan. 2016.

BARRETO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, Jul. 2012

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, Out./Dez. 2011.

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

BIELSCHOWSKY, C. E. **O crescimento da educação a distância no Brasil**. In: ABRAEAD – Anuário Brasileiro Estatístico de Educação Aberta e a Distância. 4. ed. São Paulo: Instituto Monitor, 2008.

BOARETTO, C.; BASTOS, F. I; NATAL, S. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas Challenges for Tuberculosis control and new perspectives. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 135-6.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal**. Constituição da República Federativa do Brasil; Texto Constitucional Promulgado em 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. **CadRecur Hum Saúde** [internet]. 1993. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/crh\\_sv1n1\\_sum.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/crh_sv1n1_sum.pdf). Acesso em: 08 de Abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. **CadRecur Hum Saúde** [Internet]. 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 12 Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica nº 3. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0.** Brasília, 2004e. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29\\_03\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf) Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3.<sup>a</sup> **Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 73 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde SUS.** Conselho Nacional de Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde - Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 29 mar 2006; Sec. 1: 71.2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. 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.** Brasília, 2009a, 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b, 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010a. Seção 1, p. 88-95.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS. 2010b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. **Boletim Epidemiológico n. 02, v. 44, p.1-6**. 2013a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 8.065, de 7 de agosto de 2013**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Competências e Legislação da SGTES**. 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico n. 44, v. 02, p.1-13**. 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tuberculose: Testar, Tratar, Vencer**. #TBtemcura. 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>>. Acesso em: 28 Jan. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Volume 46 Nº 9 – 2015b. P. 1-19.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES** [Recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 8.901, de 10 de novembro de 2016**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Temas Educacionais. **Denominações das Instituições de Ensino Superior (IES)**. 2016b. Disponível em: [http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura\\_cursos.html](http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura_cursos.html). Acesso em: 28 Jan. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números** [recurso eletrônico] . Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 126 p.

BRITO, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: **CEDEPLAR/UFMG**; 2007. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>>. Acesso em: 17 de Dez. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAMPOS, R. B. **Atenção à Tuberculose em um Município de Tríplice Fronteira Internacional: o ensino como Perspectiva para reorientação da Assistência**. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade do Oeste do Paraná-UNIOESTE. Foz do Iguaçu: PR. 2016.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior. Portal de Periódicos CAPES/MEC. Acervo. **Web of Science – Coleção Principal**. [online]. 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). Acesso em: 15 de Nov. 2016.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde soc.**, São Paulo, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO; p. 113–26. 2001.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 330/2003-NOB/RH-SUS de 4 de novembro de 2003** nos termos do decreto de delegação de competência de 12 de novembro de 1991. Humberto Costa. Ministro de Estado da Saúde.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 de Jan. 2016.

CONTERNO, S. F. R. **Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos.** São Carlos: UFSCar, 2013. 260 p.

COSTA, F. J. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M.A. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições.** 132 p. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: RJ, 2009.

DAVINI, M.C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Série pacto pela saúde. v. 9. p.39- 59, 2009.

DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA et al . Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichán**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 48-65, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf>. Acesso em: 06 Abr. 2017.

DIAS, M. D. do A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, mar./jun. 2011.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1613-1624, Jun. 2013 .

DUBEUX, L. S et al. Formação de avaliadores na modalidade educação a distância: necessidade transformada em realidade. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.7, suppl.1, p. s47-s52. Recife, 2007.

ENGELS, F. **The condition of the working class in England.** New York: Oxford University Press, 2010.

FADEL, C. B et al. Administração pública: O pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 445-456, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/70942>>. Acesso em: 18 de fev. 2017.

FERNANDES, C. N. da S. da Silva. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 691-693, Ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a17.pdf>. Acesso em: 12 de Fe. 2017.

FILATRO, A. **Design instrucional contextualizado: educação e tecnologia.** 2.ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

FLECK, L. **La génesis y El desarrollo de unhecho científico.** Madrid: Alianza. ditorial,1986. 200 p.

\_\_\_\_\_. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

\_\_\_\_\_. **Estilos de Pensamento na ciência**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, Londres, v. 376, n. 9753, p. 1923-1958, 2010.

GHEDINE, T.; TESTA M. G.; FREITAS, H. M. R. Compreendendo as iniciativas de educação a distância via internet: estudo de caso em duas grandes empresas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

GOMES, C. **Legislação Ambiental do Mercosul e a Gestão de Recursos Hídricos na Tríplice**. 2008. 182 p. Dissertação (Mestrado em Geografia), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

HAMIDO et al. **Transversalidade em educação e em saúde**. Porto: Porto Editora. 2006.

GOMES, L. B; BARBOSA, M. G, FERLA, A. A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas** / Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 272 p. 2016.

HAIR et al. **Análise Multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da população e demarcação geográfica em 2016 para Foz do Iguaçu/PR**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410830&search=parana|foz-do-iguacu>. Acesso em: Nov. de 2016.

KELMER, S.; COELHO-OLIVEIRA, A.; FONSECA, L. M. B. Educação à distância mediada pela internet: Linfonodo sentinela, prevenção, diagnóstico precoce e biópsia: nova técnica de abordagem do câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 251-254. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v40n4/10.pdf>>. Acesso em: 08 Jan. 2017.

LEMOS, S. S. **Planejamento, implementação e gestão de um curso a distância a partir da percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde**. 2014. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: SP, 2014. 113 p.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2003, vol.12, n.4, pp.189-201. ISSN 1679-4974.

LIMA et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a03v8n2.pdf>>. Acesso em: 18 Nov. de 2015.

LIMA, L. P. de S; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00483.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2017.

LINHARES, D. Questionando a Reificação da Ciência: Anotações numa leitura de Ludwig Fleck. In: **CRAERJ-Conselho da Autorregulamentação da Acupuntura do Estado do Rio de Janeiro**. Educação Continuada. Artigos. p.1-19, 1999. Disponível em: <<http://craerj.org.br/PDF/Artigos/questionando-reificacao-ciencia-anotacoes-ludwig-fleck.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2015.

LOPES et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Ciências Saúde**. 2007; v. 18, n. 2, p.147-155.

LUSTOSA, P. R. B.; PONTE, V. M. R.; DOMINAS, W. R. Simulação. In: CORRAR, L. J.; THEÓPHILO, C. R. (Orgs.). **Pesquisa Operacional para decisão em contabilidade e administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

MAIA, M.C; MEIRELLES, F. S. **Educação a Distância e o Ensino Superior no Brasil**. 2003. Disponível em: <http://www.abed.org.br/site/pt/>. Acesso em: 16 de Dez. 2016.

MAIA et al. Desenvolvimento da relação de cooperação mediada por computador em ambiente de educação à distância. **Interface**, Botucatu, v.10, n.20, p. 427-441. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/11.pdf>>. Acesso em: 13 Jan. 2016.

MALHORTA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora SA, 2006.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** – Comunicação Saúde Educação, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MANCIA, J. R; CABRAL, L. C; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. enferm.** v.57, n.5, p. 605-610. 2004.

MATTA, G. C; MOROSINI, M.V. **Atenção À Saúde**. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro. 2009.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 39-64.

MEIRELES, M. **Instrumentos de gestão de mercado** [dissertação]. In: Scarp M.J. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura (Grupo Siciliano); 2004.

MELO, M. B. de; BARBOSA, M. A; SOUZA, P. R. de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, jul-ago. 2011.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, SESMG, 2008.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª ed. Brasília, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 871-882, jul./set. 2011.

MENDONÇA, S. A; FRANCO, S. C. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 24, n.1, p.59-70. Jan/mar. 2015.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário online da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo. Hucitec/Abrasco, 2015.

MITRE et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p.

2133-2144, Dez. 2008. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2017.

MOORE, M.; KEARSLEY, G. **Educação à distância: uma visão integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MORIN, E. **A epistemologia da complexidade**. Portugal: Publicações Europa-América, 1991.

MORIN, E. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro**. São Paulo, SP: Editora Cortez; Brasília, DF: Editora Unesco, 2000.118 p.

MOTTA et al. Educação Permanente em Saúde. Rede Unida. **Olho Mágico**: Londrina: PR, abr./jun.; v. 9, n.1, p. 67-78. 2002.

MOUTINHO, R. **Educação Permanente: Estudo de Caso de uma Secretaria Municipal de Saúde do Vale do Rio dos Sinos**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Universidade Feevale. Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul. 2012.

NUNES, C. S. **Análise da criação e compartilhamento do conhecimento no curso de administração a distância da UFSC – Projeto Piloto**. 2010. 69 f. Trabalho de conclusão de curso em Administração. UFCS: Florianópolis-SC.

OCAMPO-RODRÍGUEZ et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá: Colombia, v.12, n. 24, p. 114-129, enero-junio de 2013. Disponível em: <[http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol12\\_n\\_24/estudios\\_2.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol12_n_24/estudios_2.pdf)>. Acesso em: 13 Dez. 2016.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, 2007.

OLIVEIRA, M. Sistemas de Bibliotecas – PUC-Rio. Tudo Sobre Bibliotecas, Serviços, Recursos, Novidades na Área. **Operadores Boleanos**. 2009. Disponível em: <<http://www.dbd.puc-rio.br/wordpress/?p=116>>. Acesso em: Dez. 2016.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Temas de Saúde. **Tuberculose**. Orientação ética para proteger direitos dos pacientes com tuberculose. 2017 [internet]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>. Acesso em: 02 de abril de 2017.

PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS**. In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). Saúde Coletiva: teoria e prática. 1 ed. – Rio de Janeiro:MedBook, p. 203 – 209. 2014.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014 p.15-35.

PAULINO et al. Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. , v. 20, n. 3, p. 312-316 jul/set, 2012.

PAULINO, V.C. P; SOUZA, P. R; BORGES, C. J. Contribuições da Educação. Contribuições da Educação Permanente em Serviço no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. **ItinerariusReflectionis**, v. 2, n. 9, 2010.

PEDUZZI et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde Presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, Set. 2009.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade em saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica**. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio G.; MATTOS, Rubem A. (Ed.). 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. p. 17-41.

PINTO E. E. P et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 77-96, mar./jun.2010.

PINTO, I.C et al. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 20, n.5, p. 01- 08, set.-out. 2012. Universidade de São Paulo, São Paulo: Brasil.

PINTO, V. P. T et al. Análise do Processo de Educação Permanente para profissionais do SUS: a experiência de Sobral-CE. **Revista de Políticas Públicas (Sanare)**, Sobral, v. 7, n. 2, 2008. p. 62-70.

PMFI. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Divisão de Controle de Zoonoses**. Foz do Iguaçu (PR), 2017.

POMPEO, D. A; ROSSI, L. A; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

RIBEIRO, E. C. O; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, n. 12, p. 39-44, jul.1996.

RICALDONI, C.A. C; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2006;14(6):837-42.

ROCHA, J. S. Y. ; CACCIA-BAVA, M. C. G.; REZENDE, C. E. M. Pesquisa-aprendizagem no ensino da política e gestão de saúde: relato de uma experiência com e-Learning. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2006.

ROSA, M.; MALTEMPI, M. V. A avaliação vista sob o aspecto da educação à distância. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, 2006.

ROVERE, M. **Redes em salud**: um nuevo paradigma para elabordaje de lãs organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 4, p. 712, out.- dez, 2007.

SÁ, L. D. de et al . A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1165-1171, Out. 2013.

SARMET, M. M; ABRAHAO, J. I. O tutor em educação à distância: análise ergonômica das interfaces mediadoras. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n.46, p. 109-141. 2007.

SILVA, L. A; LEITE, M. T; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 403-424, Ago. 2014.

SILVA, A.N et al. Limites e possibilidades do ensino a distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1099-1107, Abr. 2015.

SILVA, K.L; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42, n.1, p. 48-56. 2008.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun. 2011.

SILVA, J. A. M; PEDUZZI, M.. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, Dec. 2011.

SIMON et al. Uma Proposta de Alfabetização Tecnológica no Ensino Fundamental Usando Situações Práticas e Contextualizadas. Resúmenes: **VI Congreso de Historia de las Ciencias y la Tecnología**: "20 Años de Historiografía de la Ciencia y la Tecnología en América Latina", Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias e la Tecnología. CD-ROM. 2004, Buenos Aires, Argentina. 2004.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 537-546, Fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0537.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2017.

SMAHA, I. N; CARLOTO, C. M. **Educação permanente: da pedagogia para a saúde**. VII Seminário de Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade, p. 24-28, 2010.

STEIL, A. V.; PILLON, A. E; KERN, V. M. Atitudes com relação à educação à distância em uma universidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a12.pdf>>. Acesso em: 15 Jan. 2017.

STROSCHEIN, K. A; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, Nov. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300009>. Acesso em: 13 de Dez. 2016.

TEIXEIRA, C, F; PAIM, J. S; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **InfEpidemiol SUS**. v.7, n. 2, p. 7-28. 1998. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em 05 de Jan. 2017.

TEIXEIRA, C. F. **Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador; 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em: 16 jan. 2017.

VERGARA, S. C. Estreitando relacionamentos na educação a distância. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 5, n. p. 01-08, Jan. 2007 .

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2014** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/). Acesso em: 14 Fev. 2017.

WHO. World Health Organization. **Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: [http://www.who.int/tb/post2015\\_tbstrategy.pdf](http://www.who.int/tb/post2015_tbstrategy.pdf). Acesso em: 14 Jan. 2017.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2016** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/). Acesso em: 18 Fev. 2017.

YAMAMOTO, T.S; MACHADO, M.T.C; SILVA-JUNIOR, A.G. Educação Permanente em Saúde como Prática Avaliativa Amistosa À Integralidade em Teresópolis, Rio De Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 617-637, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n3/1981-7746-tes-13-03-0617.pdf>. Acesso em: 31 Jan. 2017.

## Apêndice A: Instrumento Adaptado Escala Likert

### OBJETIVO E ORIENTAÇÕES

Este instrumento tem por finalidade identificar a sua percepção a respeito da educação permanente como ferramenta de promoção e qualificação da assistência aos pacientes portadores de tuberculose, e faz parte do projeto intitulado **“PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TUBERCULOSE”**, desenvolvido na Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é saber o que você pensa sobre o tema proposto! Sua resposta é fundamental para a formulação e implementação de uma estratégia adequada e viável de Educação Permanente em Saúde. Sua participação é de extrema importância. Leia calmamente cada afirmação e escolha apenas **uma** alternativa de resposta que deve ser aquela que mais condiz com sua vivência a respeito do tema, (lembre-se, responda em primeira pessoa). As alternativas são:

- ✓ CONCORDO PLENAMENTE (CP): Você concorda totalmente com a afirmação;
- ✓ INCLINADO A CONCORDAR (IC): Você tende a concordar com a afirmação;
- ✓ INCLINADO A DISCORDAR (ID): Você tende a discordar da afirmação;
- ✓ DISCORDO PLENAMENTE (DP): Você discorda totalmente da afirmação.

É fundamental que você responda a todo o instrumento de pesquisa, pois isso nos ajudará a analisar por completo sua percepção a respeito das ações de Educação Permanente voltadas à assistência dos pacientes com tuberculose.

### **AGRADECEMOS MUITO SUA COLABORAÇÃO!**

**Sinta-se à vontade para expressar sua opinião sobre outros aspectos não contemplados pelo instrumento ao final deste roteiro de perguntas!**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	1. Enfermeiro [ ] 3. Odontólogo [ ] 5. Farmacêutico [ ] 6. Nutricionista [ ]	2. Médico [ ] 4. Assistente Social [ ] 7. Outros [ ]
<b>NACIONALIDADE</b>	1. Brasileira [ ] 2. Outros [ ]	Especifique: _____
<b>GÊNERO</b>	1. Masculino [ ]	2. Feminino [ ]
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	1. De 24 a 27 anos [ ] 2. De 28 a 32 anos [ ] 3. De 32 A 37 anos [ ]	4. Mais de 37 anos [ ] Idade (em anos): _____

<b>TEMPO DE ASSISTÊNCIA NO SUS</b>	1. De 3 a 7 anos [ ] 2. De 8 a 12 anos [ ]	3. > De 12 anos [ ] Tempo em anos: _____
<b>TEMPO DE ASSISTÊNCIA NA APS</b>	1. De 3 a 7 anos [ ] 2. De 8 a 12 anos [ ]	3. > De 12 anos [ ] Tempo em anos: _____
<b>TEMPO DE ASSISTÊNCIA TOTAL EM SAÚDE</b>	1. De 3 A 7anos [ ] 2. De 8 A 12 anos [ ]	3. > De 12 anos [ ] Tempo em anos: _____
<b>TITULAÇÃO</b>	1. Mestrado [ ] 2. Doutorado [ ] 3. Residência [ ]	4. Especialista [ ] 5. Graduado [ ]
<b>JORNADA DE TRABALHO</b>	1. 20 horas [ ] 2. 25 horas [ ]	3. 30 horas [ ] 4. 40 horas [ ]

### INSTRUMENTO DE PESQUISA

<b>LEMBRE-SE QUE NÃO HÁ RESPOSTA ERRADA OU CERTA, SOMENTE A SUA OPINIÃO PERCEBIDA SOBRE O TEMA!</b>				
<b>[1] Diagnóstico a respeito da oferta de capacitações e treinamento em TB para profissionais de saúde de nível superior da APS.</b>				
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	IC	ID	DP
2) A gestão oferece capacitações vinculadas às necessidades do cotidiano do profissional de saúde de forma suficiente.	CP	IC	ID	DP
3) As capacitações potencializam a melhoria da prática profissional na assistência às pessoas com TB.	CP	IC	ID	DP
4) As capacitações ofertadas têm carga horária satisfatória para promover a qualificação da prática profissional.	CP	IC	ID	DP
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.	CP	IC	ID	DP
6) Os treinamentos ofertados pela gestão para os profissionais têm relação direta com as ações de promoção da saúde no SUS.	CP	IC	ID	DP
<b>[2] Entendimento e conhecimento dos profissionais de saúde em relação à EPS como estratégia de ensino aprendizagem para qualificar a assistência em TB.</b>				
7) A EPS é amplamente conhecida pelo profissional atuante na APS	CP	IC	ID	DP
8) A gestão compreende que a EPS está vinculada às necessidades de atuação do profissional com objetivo de promover a integralidade da atenção.	CP	IC	ID	DP
9) O profissional da APS compreende claramente a função da EPS, para o fortalecimento do SUS.	CP	IC	ID	DP
10) O estímulo a EPS é fundamental para a contínua organização dos processos de cuidado do paciente com TB.	CP	IC	ID	DP
11) A EPS é valorizada pelo profissional atuante no SUS, pois contribui com as ações em saúde para o cuidado ao paciente com TB.	CP	IC	ID	DP
12) As modalidades de educação à distância (EaD) são conhecidas pelo profissional da APS.	CP	IC	ID	DP
13) A EaD permite que as equipes que trabalham na assistência tornem mais eficientes o processo de trabalho da APS.	CP	IC	ID	DP

<b>[3] Existência de estrutura e disponibilidade e adesão dos profissionais para participar das atividades de EPS em ambiente EaD.</b>				
<b>14)</b> A unidade da APS em que atuo possui computadores para realizar ações de EaD no ambiente de trabalho.	CP	IC	ID	DP
<b>15)</b> O acesso à internet está disponível em meu ambiente de trabalho, residência ou em dispositivos móveis (celulares inteligentes).	CP	IC	ID	DP
<b>16)</b> 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	IC	ID	DP
<b>17)</b> A internet é de fácil domínio para o profissional da APS.	CP	IC	ID	DP
<b>18)</b> A EPS na modalidade EaD, facilita a adesão do profissional aos cursos e treinamentos, mas necessitam de um momento presencial.	CP	IC	ID	DP

**Caso necessite, use o espaço abaixo para fornecer opiniões sobre tópicos não contemplados no instrumento:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Obrigado por seu tempo e experiência!!!!

## **Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Estudo referente a “Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação Permanente em Tuberculose”

**Pesquisador:** Rodrigo Juliano Grignet

**Orientador:** Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho

O objetivo inicial para a realização deste estudo intitulado “Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação Permanente em Tuberculose”, partiu da minha vivência profissional na rede pública de saúde e como docente atuante há mais de 18 anos em cursos relacionados na área de saúde no município de Foz do Iguaçu e região. Pretendo desenvolver esta pesquisa com intento de perceber qual o entendimento dos profissionais de saúde com nível superior, envolvidos no tratamento da tuberculose (TB), sobre a filosofia envolvida na Educação Permanente em Saúde (EPS) e os recursos da Educação a Distância (EaD) que possam vir a compor a qualificação da assistência aos pacientes portadores dessa patologia.

Torna-se importante salientar que estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa. Para instrumentalizar esta pesquisa será utilizado questionário apropriando-se da Escala de Likert com assertivas referentes a entendimento, vantagens e características principais da percepção da EaD, pelos profissionais de nível superior atuantes de forma regular e contínua na assistência ao paciente portador de TB.

O questionário será aplicado em horário programado onde haja maior disponibilidade por parte dos participantes, em ambiente de escolha do profissional, onde os profissionais deverão responder o questionário de forma calma, reflexiva e silenciosa, isto após leitura, aceitação e assinatura do TCLE. Dessa forma, asseguro que, em qualquer momento, você poderá entrar em contato para esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir durante preenchimento do questionário através dos telefones: (45) 99975 3205 (Whatsapp) e (45) 3524 7674, e-mail: rjgrignet@gmail.com ou na Rua: Lages, 219 – Jd. Lancaster I. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná–

UNIOESTE FOZ. Endereço: Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 – Foz do Iguaçu / PR. Telefone: (45) 3576-8100.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo. É garantido também que as informações obtidas nesta pesquisa serão analisadas e a divulgação destas será feita sem a identificação dos entrevistados. Os participantes envolvidos na pesquisa têm o direito de serem mantidos atualizados sobre os resultados parciais da pesquisa, tanto quanto estes forem de conhecimento do pesquisador. E os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa. Não haverá despesa pessoal para os participantes em qualquer fase do estudo, bem como não haverá compensação financeira relacionada a esta participação.

## DECLARAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, graduado em \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido pelo pesquisador, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “**Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação Permanente em Tuberculose**”, cujo objetivo é perceber qual o entendimento dos profissionais de saúde com nível superior, envolvidos no tratamento da tuberculose (TB), sobre a filosofia envolvida na Educação Permanente em Saúde (EPS) e os recursos da Educação a Distância (EaD) que possam vir a compor a qualificação da assistência aos pacientes portadores dessa patologia.

Serei convidado a responder algumas questões previamente estipuladas pelo pesquisador, de maneira livre com a maior autonomia de opinião. O pesquisador declarou que, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, sua execução, embora não implique em riscos do ponto de vista clínico, pode causar um risco mínimo de desconforto emocional.

Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras, contanto que sejam mantidas em sigilo as informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano.

É possível retirar meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. O termo está sendo disponibilizado em 2 (duas) vias originais, uma para ficar com o participante, e outra para ficar com o pesquisador.

Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do participante

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGEN

Solicitação para realização de pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu-PR

À ILMO Sr.º.

Dr.º. Gilbert da Trindade Ribeiro  
Secretário Municipal de Saúde

Prezado Senhor,

Eu, **Rodrigo Juliano Grignet**, discente do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus de Foz do Iguaçu, estou desenvolvendo o meu projeto de dissertação sobre: “**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM AMBIENTES VIRTUAIS DE APRENDIZAGEM COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE**”. Segue projeto (Anexo I)

Sendo assim, solicito a vossa contribuição com o estudo na autorização para realização do mesmo com as equipes de profissionais que atuam nas Unidades Básica de Saúde – UBS de Foz do Iguaçu. Sua colaboração é de fundamental importância para o desenvolvimento e construção da pesquisa.

Vossa Senhoria poderá solicitar esclarecimentos se necessário for e também optar por não aceitar esta pesquisa. Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 196/96 do CNS. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. O desenvolvimento do estudo será de minha inteira responsabilidade, sob orientação do Prof. Dr. Reinaldo Antônio Silva Sobrinho.

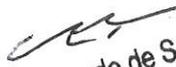
Na expectativa de contar com inestimável atenção de V.S.º no atendimento desta solicitação, aproveito o ensejo para apresentar elevado apreço e consideração.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Foz do Iguaçu, 07 de abril de 2016.



Rodrigo Juliano Grignet  
Mestrando em Educação



Carlos Eduardo de Santi  
Dir. de Atenção Básica - SMSA  
Portaria 55498/13  
De acordo.



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na  
CONEP em 04/08/2000

## DECLARAÇÃO

**Título do projeto:** Indicadores de Percepção dos Profissionais da Saúde sobre a Educação Permanente como Ferramenta de Promoção e Qualificação da Assistência aos pacientes portadores de Tuberculose

**Pesquisador responsável:** Prof. Dr. Reinaldo Antônio Silva Sobrinho (045) 3576 8188

**Colaborador:** Rodrigo Juliano Grignet (045) 9975 3205 e-mail: rodrigo.grignet@unila.edu.br

### Tipo de Pesquisa:

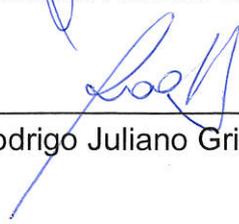
- ( ) Iniciação científica                      (X) Dissertação/Mestrado  
( ) TCC/Graduação                              ( ) Tese/Doutorado  
( ) TCC/Especialização                      ( ) Projeto Institucional

Os pesquisadores do projeto acima identificado declaram que a coleta de dados não foi iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

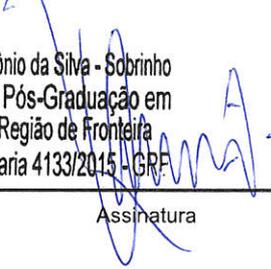
Prof. Dr. Reinaldo Antônio da Silva - Sobrinho  
Coord. do Prog. de Pós-Graduação em  
Saúde Pública em Região de Fronteira  
Nível Mestrado - Portaria 4133/2015 - CEP

Foz do Iguaçu, 18 de abril de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Reinaldo Antônio Silva Sobrinho

  
\_\_\_\_\_  
Rodrigo Juliano Grignet

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Projeto de Pesquisa: INDICADORES DE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 140			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Ensino			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho			
6. CPF: 024.733.299-23		7. Endereço (Rua, n.º): JOSE MARIA DE BRITO 2930 JARDIM CENTRAL E. Cheverny Ap 607 FOZ DO IGUACU PARANA 85863730	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (45) 3576-8100	10. Outro Telefone:
			11. Email: reisobrinho@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>18</u> / <u>04</u> / <u>2016</u>		Prof. Reinaldo Antônio da Silva - Sobrinho Coordenador Prog. de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira Nível Mestrado - Portaria 4133/2015 - GRF  Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA		13. CNPJ: 78.680.337/0004-27	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (45) 3220-3097		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>SAMUEL KLAUCK</u>		CPF: <u>015.254.369-45</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor do CELS</u>			
Data: <u>19</u> / <u>04</u> / <u>2016</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			
Samuel Klauck Diretor do Centro de Educação Letras e Saúde Portaria 0017/2016 - GRE de 04/01/2016			

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INDICADORES DE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE

**Pesquisador:** Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55953116.7.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.556.059

**Apresentação do Projeto:**

Aprovado

**Objetivo da Pesquisa:**

Aprovado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Aprovado

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Aprovado

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 1.556.059

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_701395.pdf	22/04/2016 15:35:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPLATAFORMABRASIL.doc	19/04/2016 11:07:59	Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/04/2016 10:55:58	Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.docx	19/04/2016 10:53:25	Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	19/04/2016 10:52:15	Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 23 de Maio de 2016

---

**Assinado por:**  
**João Fernando Christofolletti**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCADEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br