



ORIGINAL ARTICLE

TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE TUBERCULOSIS CARE: CHALLENGES AND CONTRADICTIONS OF THE PRACTICE

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO A TB: DESAFIOS E CONTRADIÇÕES DA PRÁTICA

LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD EN ATENCIÓN A TUBERCULOSIS: DESAFÍOS Y CONTRADICCIONES DE LA PRÁCTICA

Jordana de Almeida Nogueira¹, Cybelle Alves da Silva², Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro³, Janaina Von Sonhsten Trigueiro⁴, Sandra Aparecida de Almeida⁵, Lenilde Duarte de Sá⁶, Luana Carla Santana Ribeiro⁷

ABSTRACT

Objective: to analyze the "training" of family health teams in the tuberculosis care in priority city of Paraíba. **Method:** this is about a cross-sectional research was carried out in 2008, with 86 health workers, after approved by the Ethics Committee of the Federal University of Paraíba- protocol 886/07. An instrument validated and adapted to assess tuberculosis care in Brazil was used, with option of answers according to interval scale (type *Likert*) with values between zero and five. Values close to 1 and 2 were classified "unsatisfactory" professional formation, close to 3 and 4 "regular", and close to 5 as "satisfactory". **Results:** only 43% of the professionals mentioned to have received training to work in the basic attention; 40,7% training which approach the cultural diversity of the clients and 45,3% specific training to develop actions of tuberculosis control. The average value found (4) shows that the formation of the teams to work in the basic attention and in the tuberculosis control is regular. **Conclusion:** the expansion of the solving capacity of the primary care services requires efforts of different actors of the system and management mechanisms which make possible the equipping of the teams to deal with the actions of tuberculosis control. **Descriptors:** tuberculosis; family health; human resources formation.

RESUMO

Objetivo: analisar a "formação profissional" das equipes de saúde da família para atenção a tuberculose (TB), em município da região metropolitana da Paraíba. **Método:** pesquisa seccional, realizada em 2008, que envolveu 86 profissionais de saúde, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba- protocolo 886/07. Utilizou-se instrumento validado e adaptado para atenção à TB no Brasil, com opção de respostas segundo escala intervalar (tipo *Likert*), com valores entre zero e cinco. Atribuiu-se aos valores próximos de 1 e 2 a classificação de formação profissional "não-satisfatória", próximos de 3 e 4 "regular", e próximos ou igual a 5 "satisfatória". **Resultados:** apenas 43,0% dos profissionais mencionaram ter recebido treinamento para atuarem na AB; 40,7% treinamento que aborde a diversidade cultural da clientela e 45,3% treinamento específico para desenvolverem ações de controle da TB. O valor mediano encontrado (igual a 4) mostra que a formação das equipes para atuar na atenção na Atenção Básica (AB) e no controle da TB é regular. **Conclusão:** a ampliação da capacidade resolutive dos serviços de AB requer esforços de diferentes atores do sistema e mecanismos gerenciais que viabilizem a instrumentalização das equipes para o manejo das ações de controle da TB. **Descritores:** tuberculose; saúde da família; formação de recursos humanos.

RESUMEN

Objetivo: analizar la "formación profesional" de equipos de salud de la familia para atención a tuberculosis, en ciudades de la región metropolitana de Paraíba. **Método:** pesquisa seccional, realizada en 2008, que envolvió 86 profesionales de salud, tras aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Paraíba- protocolo 886/07. Usamos instrumento validado y adaptado para atención a tuberculosis en Brasil, con opción de respuestas según escala intervalar (tipo *Likert*), con valores entre cero y cinco. A los valores próximos de 1 y 2 se atribuyó la clasificación de formación profesional "non-satisfactoria", próximos de 3 y 4 "regular", y próximos o igual a 5 "satisfactoria". **Resultados:** sólo 43,0% mencionaran haber recibido entrenamiento para actuar en atención básica; 40,7% entrenamiento que aborde la diversidad cultural y 45,3% entrenamiento específico para desarrollar acciones de control de tuberculosis. El valor mediano encontrado (igual a 4) muestra que la formación de equipos para actuar en atención básica y en control de tuberculosis es regular. **Conclusión:** la ampliación de la capacidad resolutive de servicios de atención básica requiere esfuerzos de diferentes actores del sistema y mecanismos gerenciales que viabilicen la instrumentalización de equipos para manejar las acciones de control de tuberculosis. **Descriptores:** tuberculosis; salud de la familia; formación de recursos humanos.

¹Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - Campus I/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br; ^{2,3,7}Enfermeiras. Mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mails: cybelle_17@hotmail.com; deborasgt@hotmail.com; luanacarla_jp@hotmail.com; ^{4,5}Enfermeiras. Professoras Mestres da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. João Pessoa (PB), Brasil. E-mails: janavs_23@hotmail.com; sandra_almeida09@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br;

INTRODUÇÃO

Desde que a saúde no país foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado e passou a ser operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se um processo de mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de AB.¹ Instituem-se modalidades de transferências de recursos financeiros, descentralizando gradualmente aos municípios a responsabilidade pelo gerenciamento das ações de saúde. A Estratégia de Saúde da Família ganha evidência como instrumento de reorganização e reordenamento dos serviços de AB, incorporando algumas áreas programáticas, até então ofertadas por ambulatórios especializados.

Em consonância com a expansão da Estratégia de Saúde da Família, o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT), introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho sugerindo que tal parceria poderia promover integração dos serviços e expansão das atividades de controle da doença.²

Portanto, é esperado que os serviços de saúde se organizem e as equipes incorporem em suas atividades a responsabilização pelo desenvolvimento de controle da TB. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para realizar o diagnóstico dos casos suspeitos, tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa dos casos diagnosticados, acompanhar os contatos, manter atualizado o sistema de informação, realizar ações educativas e preventivas (BCG, quimioprofilaxia) junto à comunidade, atribuições essenciais para o controle da TB.³⁻⁴

Nesta perspectiva pressupõe-se a inserção de atores e sujeitos sociais que valorizem as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.⁵ Esta demanda suscitou debates no cenário brasileiro questionando a responsabilidade do SUS em ordenar a formação em saúde orientada para AB.

A introdução da equipe num processo de trabalho interdisciplinar, tendo a comunidade como referência, confere elementos diferenciadores que conclamam mudanças paradigmáticas.⁶ Os profissionais devem desenvolver competências, no campo da tomada de decisões, da comunicação e liderança; possuir habilidades visando eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, uso apropriado dos recursos disponíveis (medicamentos, equipamentos); ser acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade; manter a confidencialidade das

informações; capacidade para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.⁵

Logo, a formação não pode está voltada apenas à busca de diagnósticos, procedimentos, técnicas de cuidado, tratamento e profilaxia de doenças e agravos. Deve estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, e englobar aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento, voltada para o aprimoramento do atendimento, transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.⁵

Algumas iniciativas do setor propiciaram o desenvolvimento de um pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação. Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS.⁵

Considerando que a formação inicial da maioria dos profissionais do SUS, predomina o ensino tradicional, tecnicista, com enfoque no indivíduo, a transformação da prática é um desafio a ser superado em várias instancias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços e nas relações interpessoais. Diversamente dos programas de saúde da mulher, criança, hipertensão, diabetes, as ações de controle da TB mantiveram-se até recentemente centralizadas em ambulatórios especializados, o que requer um esforço e superação redobrada, uma vez que operar mudanças neste cenário implica também em reconhecimento de que esta ação é de competência da AB.

OBJETIVO

- Analisar a “formação profissional” das equipes de saúde da família para atenção a TB, em município da região metropolitana da Paraíba.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa epidemiológica seccional (inquérito) avaliativa de abordagem quantitativa. Elegeu-se como local de estudo o município de Bayeux- PB, eleito pelo Ministério da Saúde (MS) como prioritário ao controle da TB. No âmbito da AB, o município conta com 28 Equipes de Saúde da Família (ESF), alocadas em cinco Distritos Sanitários de Saúde, sendo responsáveis pela cobertura de 92% da população.

Ressalta-se que está previsto que cada ESF, sega composta por 1(um) profissional médico, 1 (um) enfermeiro e 1(um) auxiliar de enfermagem. A quantidade de agentes comunitários de saúde é variável. Portanto a intenção voltou-se a principio para a realização de estudo populacional, em que fossem incluídos todos profissionais médicos (N=28), enfermeiros (N=28) e todos auxiliares de enfermagem (N=28). Quanto aos agentes comunitários de saúde (ACS), a seleção foi precedida de alguns critérios, tais como:

tempo de atuação (> de dois anos como ACS), ter experiência/ treinamento na área de TB. Considerando que as equipes locais direcionam as funções de cada ACS, vinculando-os às diferentes áreas programáticas da AB, a participação do ACS foi definida segundo indicação do profissional enfermeiro, na perspectiva de que o mesmo pudesse ter subsídios para contribuir com a pesquisa. Deste modo foi indicado um ACS por equipe de saúde (N=28).

Logo, seria intenção investigar 112 profissionais. Entretanto por ocasião da coleta de dados nem todas as equipes estavam completas, alguns profissionais encontravam-se afastados de suas funções (licença médica, gestante) e outros recusaram-se a participar da pesquisa, alegando pouca proximidade com a temática, falta de experiência em TB ou falta de tempo. Assim, a população investigada constituiu-se de 86 profissionais, conforme demonstrado na Figura 1. Cabe destacar que as perdas ocorridas, não invalidam os resultados obtidos.

Profissional	Distrito I	Distrito II	Distrito III	Distrito IV	Distrito V	Total
Médico	3	5	3	4	3	18
Enfermeiro	6	6	4	5	2	23
ACS	5	6	3	5	3	22
Auxiliar	5	6	5	5	2	23
Total	18	24	15	19	10	86

Figura 1. Distribuição dos profissionais que constituíram a amostra segundo Distritos de Saúde do Município de Bayeux - PB

Para a coleta dos dados utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* ⁷ validado e adaptado para atenção à TB no Brasil.⁸ O questionário foi dividido em seções cada uma contemplando questões relacionadas a um determinado tema, sendo que uma delas referiu-se ao componente “formação profissional”, utilizada no presente estudo. Este instrumento foi adaptado em equipe mediante reuniões contínuas, testado em uma amostra de profissionais e readequado posteriormente.

Para contemplar o componente “formação profissional” foram utilizados três indicadores específicos. Os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, (tipo *Likert*), com valores entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta “não sei/não respondeu” e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou adesão/concordância) com as afirmações: 1 (nunca); 2 (quase nunca); 3 (algumas vezes); 4 (quase sempre); 5 (sempre).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2008. No primeiro momento foram apresentados os objetivos da pesquisa e após concordância, assinado o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que era intenção da pesquisadora aplicar o questionário de forma que a mesma pudesse interagir com o entrevistado, explicitando as questões, esclarecendo as dúvidas que porventura ocorressem no momento do preenchimento do instrumento. Visto que a coleta de dados foi realizada no local de trabalho dos profissionais, identificaram-se obstáculos que poderiam interferir na rotina de serviço das equipes. Logo, objetivando minimizar a desistência dos entrevistados, optou-se pelo método auto-aplicado.

Os dados foram tabulados, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 for Windows) e analisados estatisticamente, contemplando valores absolutos e relativos a cada variável investigada. Posteriormente, analisou-se com base em uma medida de tendência central: a mediana. Optou-se pelo uso da mediana, por não sofrer influência de valores extremos. Cada indicador investigado foi ordenado, sendo identificado o valor que se encontrava na posição central do conjunto analisado. Para apresentação dos resultados utilizou-se o *box-plot* (diagrama em caixa), que mostra os valores centrais (mediana), a dispersão (primeiro e terceiros quartis) e os valores

máximos e mínimos. Atribuiu-se aos valores próximos de 1 e 2 a classificação de formação profissional “não-satisfatória”, próximos de 3 e 4 “regular”, e próximos ou igual a 5 “satisfatório”.

Atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos, o projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, obtendo aprovação em 28/02/2007 sob o protocolo de nº 886/07. Ressalta-se a ausência de conflitos de interesses durante todo o processo de construção deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho na atenção básica vem exigindo transformações importantes no processo de

Tabela 1. Distribuição percentual referente a treinamento específico para atuar na área de AB segundo profissionais das ESF dos Distritos de Saúde-Bayeux-PB, 2008.

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I(n=18)	04	22,2			02	11,1	04	22,2	07	38,9	01	5,6
II(n=24)	04	16,7			03	12,5	07	29,2	08	33,3	02	8,4
III(n=15)	06	40,0	01	06,7	02	13,3			06	40,0		
IV(n=19)	03	15,8			03	15,8	04	21,1	08	42,1	01	5,3
V(n=10)			01	10,0	1	10,0			08	80,0		
Total (n=86)	17	19,8	2	2,3	11	12,8	15	17,4	37	43,0	4	4,6

Fonte: ESF Bayeux - PB/ 2008.

O posicionamento diferenciado entre os profissionais do mesmo Distrito de Saúde e entre distintos serviços demonstra que as ESF operam com capacidade organizacional diversa. Aponta para necessidade de ajustes, seja no planejamento e/ou organização das ações em saúde, cujo enfoque esteja em conformidade com os objetivos da Atenção Primária à Saúde.

Em face à progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das ESF necessitam de programas e conteúdos que viabilizem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população. Precisam desenvolver habilidades para atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação.⁹

Considerando a lacuna existente nos conteúdos curriculares das instituições de ensino superior para a formação de profissionais de saúde para atuarem nesta lógica, o Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde vem

formação das equipes. Para analisar este componente no contexto da TB, foram considerados as seguintes variáveis: “treinamento específico para atuar na atenção básica”; “capacitação para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade”; “treinamento para atenção a TB”.

A Tabela 1 aponta que apenas 43% dos entrevistados receberam treinamento específico na área de AB. O Distrito V se destacou, tendo apresentado os melhores percentuais, sendo que 80% dos entrevistados mencionaram “sempre” dispor de treinamentos. O Distrito III apresentou maior divergência de opiniões entre os entrevistados, polarizando as respostas nas opções “nunca” (40%) e “sempre” (40%).

investindo em Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família, com o objetivo de articular o ensino e o serviço, estimulando-os a reformularem seus cursos de graduação e a implantarem programas de pós-graduação (especialização e residência em Saúde da Família). Ao lado dos investimentos nos Pólos de Capacitação, o Departamento da Atenção Básica coloca à disposição dos técnicos responsáveis pela capacitação de equipes de Saúde da Família, propostas de curso introdutório e de implementação de projetos de Educação Permanente, com o objetivo de buscar dar respostas imediatas às crescentes demandas de capacitação dos profissionais que atuam na ESF.¹⁰

No entanto observa-se no estudo que 19,8% dos profissionais entrevistados manifestaram não ter formação específica, que o habilite para atuar no âmbito da atenção básica. Destaca-se que nem sempre a capacidade institucional dos sistemas de saúde em gestão dos recursos humanos é suficiente para fazer frente aos problemas de pessoal nos serviços de saúde, como também para garantir condições de trabalho que favoreçam a

contribuição dos profissionais com a eficácia, qualidade e produtividade setoriais.¹¹

Muito embora seja constantemente veiculado que os recursos humanos são elementos centrais dos sistemas de saúde e ferramentas essenciais na reforma no setor, a insuficiência de política e de gestão de recursos humanos reflete na persistência de importantes problemas de distribuição, migração, baixos salários, iniquidades e falta de articulação entre a formação de pessoal e a necessidade do sistema de saúde.¹²

Os dados apresentados na Tabela 2, referem-se a capacitação da equipe em lidar

com a diversidade cultural da comunidade. As informações levantadas mostram que apenas 40,7% dos entrevistados mencionaram que “sempre” são capacitados nesta perspectiva, 29,1% “algumas vezes” e 8,1% “nunca” ter recebido esse tipo de capacitação profissional. O Distrito V destaca-se desfavoravelmente, uma vez que apenas 20% reconhece que este conteúdo esteja sendo valorizado em sua formação. Chama a atenção que 10,4% dos entrevistados não respondeu a este questionamento.

Tabela 2. Distribuição percentual referente a treinamento específico para atuar com a diversidade cultural da comunidade, segundo ESF dos Distritos de Saúde- Bayeux-PB- 2008.

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I(n=18)	01	05,6			03	16,7	02	11,1	8	44,4	04	22,2
II(n=24)	01	04,2			08	33,3	03	12,5	10	41,7	02	08,3
III(n=15)	02	13,4			04	26,6	02	13,4	07	46,6		
IV(n=19)	02	10,5			04	21,1	02	10,5	08	42,1	3	15,8
V(n=10)	01	10,0	1	10,0	06	60,0			02	20,0		
Total (n=86)	07	8,1	1	1,2	25	29,1	9	10,5	35	40,7	9	10,4

Fonte: ESF Bayeux - PB/ 2008.

O Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece como um dos aspectos preocupantes quando da avaliação dos serviços, o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, de forma especial, a diversidade cultural e muitas vezes peculiar que cada comunidade apresenta. Este programa apresenta como uma de suas diretrizes a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.¹³

Para que sejam respeitadas a diferenças culturais da comunidade, se faz necessário que as ESF respeitem e pratiquem o princípio da equidade que no vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.¹³

O aumento na incidência dos casos de Tuberculose no Brasil, relaciona-se ao agravamento dos problemas sociais como baixa renda familiar, educação precária, habitação ruim/inexistente, crescimento das populações marginais, a epidemia de

HIV/AIDS, o envelhecimento da população, os movimentos migratórios, desnutrição alimentar, alcoolismo e doenças infecciosas associadas.¹⁴

Lidar com a problemática das questões que envolvem a Tuberculose no âmbito da atenção básica implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração.¹⁵ O conhecimento da realidade sócio-cultural dos doentes de TB e suas famílias favorece a abordagem dos profissionais de saúde em relação à dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade, conduzindo muitos profissionais a uma reorientação de suas práticas, com a finalidade de enfrentar, de forma mais global, os problemas de saúde identificados, rompendo, assim, com a verticalidade da relação profissional-usuário.¹⁶

Assim, se faz necessário que os profissionais recebam capacitação em serviço voltada as necessidades da população, uma vez que trata-se de uma doença persistente na sociedade e que exige das equipes de saúde da família, ações direcionadas de forma coletiva que envolvam o doente de TB dentro de seu contexto sócio-econômico e familiar. Os serviços de saúde devem estar inseridos na realidade das pessoas e se adequar, percebendo que a população tem um saber próprio e esse saber deve ser considerado

para união dos esforços e o alcance do bem comum.¹⁷

Na Tabela 3, identifica-se que apenas 45,3% dos profissionais entrevistados assinalaram ter recebido treinamento

específico para desenvolver atividades de controle da TB no âmbito da AB. A opção de resposta “nunca” não foi assinalada pelos entrevistados, entretanto e 15,1% deixaram de opinar.

Tabela 3. Distribuição percentual referente a treinamento específico em TB para atuar no âmbito da AB segundo profissionais das ESF dos Distritos de Saúde-Bayeux-PB,2008.

Distrito	Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I(n=18)			01	05,5	05	27,7	08	44,4	04	22,2
II(n=24)			03	12,5	05	20,8	12	50,0	04	16,6
III(n=15)			01	06,7	03	20,0	09	60,0	02	13,3
IV(n=19)	02	10,5	01	05,3	07	37,0	06	31,5	03	15,8
V(n=10)			01	10,0	05	50,0	04	40,0		
Total (n=86)	2	2,3	7	8,1	25	29,0	39	45,3	13	15,1

Fonte: ESF Bayeux - PB/ 2008.

A Saúde da Família é a estratégia de escolha para o processo de descentralização das ações de controle da TB por apresentar como prioridade as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Além disso, está pautada nos princípios da reforma sanitária brasileira e torna-se o foco da reorganização da atenção básica, o que garante oferta de serviço e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.⁹

Com o propósito de promover o controle da tuberculose, o PNCT estabelece como meta o aumento de detecção precoce de casos, interrupção da transmissão da doença e conseqüente diminuição dos riscos de adoecimento e morte. A identificação oportuna dos doentes de tuberculose, principalmente os da forma pulmonar bacilífera (principais transmissores da doença) relaciona-se diretamente a capacidade de expansão das ações de controle da doença dentro dos serviços básicos de saúde. Espera-se que as ESF se consolidem como porta de entrada desta clientela, promovendo o acesso ao diagnóstico, acompanhamento terapêutico dos casos e investigação dos comunicantes domiciliares.³

O Ministério da Saúde tem reafirmado a prioridade nas ações contra a TB, mobilizando os gestores do SUS ou repassando recursos adicionais aos estados e municípios. Além disso, tem colocado em prática um plano nacional que enfatiza a qualificação dos recursos humanos, a mobilização social, a qualidade da rede de laboratórios e o monitoramento e avaliação.¹⁸ Entretanto, a manutenção de metodologias tradicionais no processo de formação das equipes, condições precárias de trabalho, alta rotatividade dos profissionais nos serviços de atenção básica,

vem sendo apontados como obstáculos para a organização da atenção à TB.⁴⁻¹⁹

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos seria a articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde, entendendo que se faz necessário o desenvolvimento da equipe de saúde considerando os processos de trabalho.⁵⁻²⁰ Apesar de ser um tema que vem conquistando espaço nas discussões sobre as transformações das práticas nos serviços de saúde, a educação permanente ainda é pouco conhecida entre os profissionais, que ainda têm a idéia tradicionalista de capacitação profissional.

A educação em serviço vem sendo considerada uma proposta apropriada para trabalhar a construção da integralidade em saúde visto que, possibilita uma articulação entre gestão, atenção, ensino e controle social na busca de soluções para os problemas que cada equipe enfrenta dentro de sua realidade local.⁵

Visando a conhecer melhor a dispersão dos elementos amostrais de cada variável, construíram-se gráficos do tipo *boxplot*, contendo informações sobre a mediana, os valores extremos (mínimo e máximo) e os quartis inferior e superior.

Analisando-se a Figura 2, que apresenta distribuição das medianas por Distrito de Saúde segundo a variável (V1) relacionada a “treinamento para atuar na AB”, constata-se equivalência do valor da mediana nos Distritos I, II e IV, com maior proximidade ao terceiro quartil. Ainda que este neste conjunto analisado a posição central ocupe o valor 4 (quase sempre) observa-se variabilidade do

primeiro quartil, mostrando maior dispersão de respostas no Distrito I e maior convergência no Distrito IV. O Distrito V apresentou maior equivalência de reposta entre os entrevistados. O valor da mediana apresentou

escore igual a 5, coincidindo com o terceiro quartil, indicando satisfatoriamente que mais de 75% dos entrevistados assinalaram ter recebido treinamento para atuar na AB.

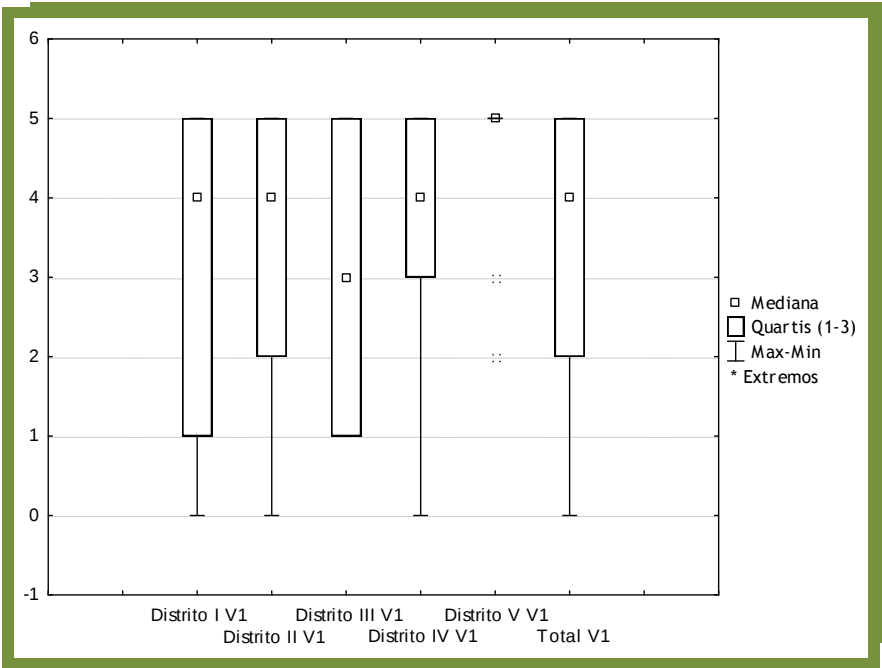


Figura 2. Box Plot da distribuição das medianas por Distrito de Saúde segundo a variável (V1) relacionada a treinamento para atuar na AB - Bayeux-PB,2008.

Quanto a distribuição das medianas por Distrito de Saúde segundo a variável (V2) relacionada a capacitação da equipe para atuar com a diversidade cultural da comunidade (Figura 3), observa-se que os Distritos I, II, III e IV, apresentaram equivalência no valor mediano (escore igual a 4), sendo que os Distritos I e IV, tiveram maior variabilidade entre as respostas. Já no Distrito

V, apesar de ter sido considerado como satisfatório o acesso a treinamentos para atuar na AB (Figura 1), a inclusão de conteúdos para atuar com a diversidade cultural da comunidade foi considerada regular, apresentando valor mediano igual a 3. No entanto destaca-se nesta distrital maior convergência de respostas entre os entrevistados.

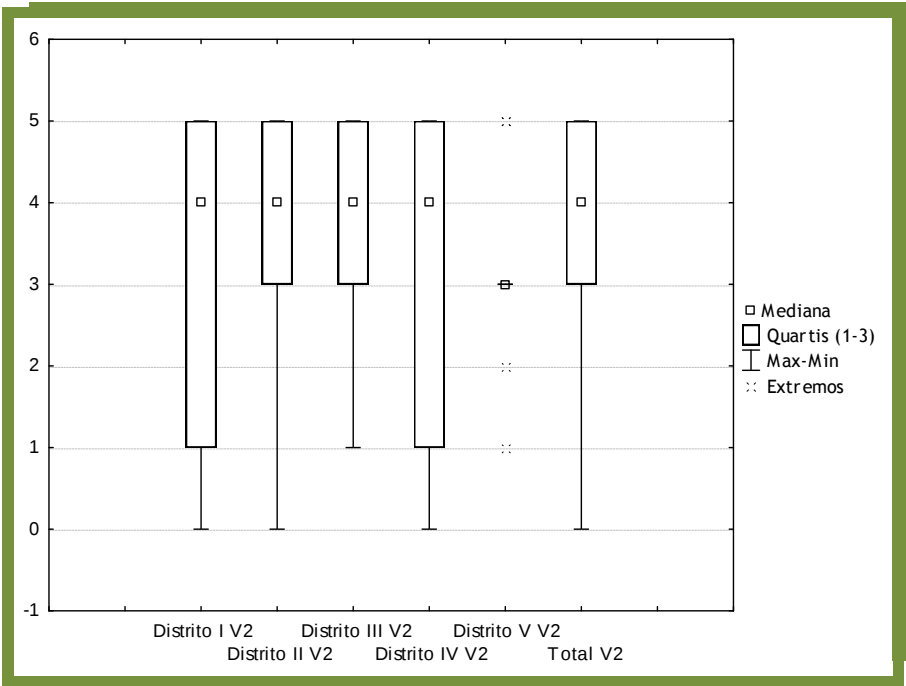


Figura 3. Box Plot da distribuição das medianas por Distrito de Saúde segundo a variável (V2) relacionada a capacitação para atuar com a diversidade cultural - Bayeux-PB, 2008.

Em relação à distribuição das medianas por Distrito de Saúde segundo a variável (V3) “relacionada a treinamento específico em TB” (Figura 4), destacam-se os Distritos II e III, apresentando escores próximos ou iguais a 5 (formação profissional satisfatória). Os

Distritos III e V apresentaram maior convergência entre os entrevistados, observada pela concentração nas categorias de reposta “quase sempre” e “sempre”. No entanto no primeiro o valor da mediana coincide com o terceiro quartil e o segundo

com o primeiro quartil. Os Distritos I, IV e V, o valor de mediana encontrado foi igual a 4 (formação profissional regular para a atenção

a TB), sendo que no Distrito IV, houve maior dispersão de respostas.

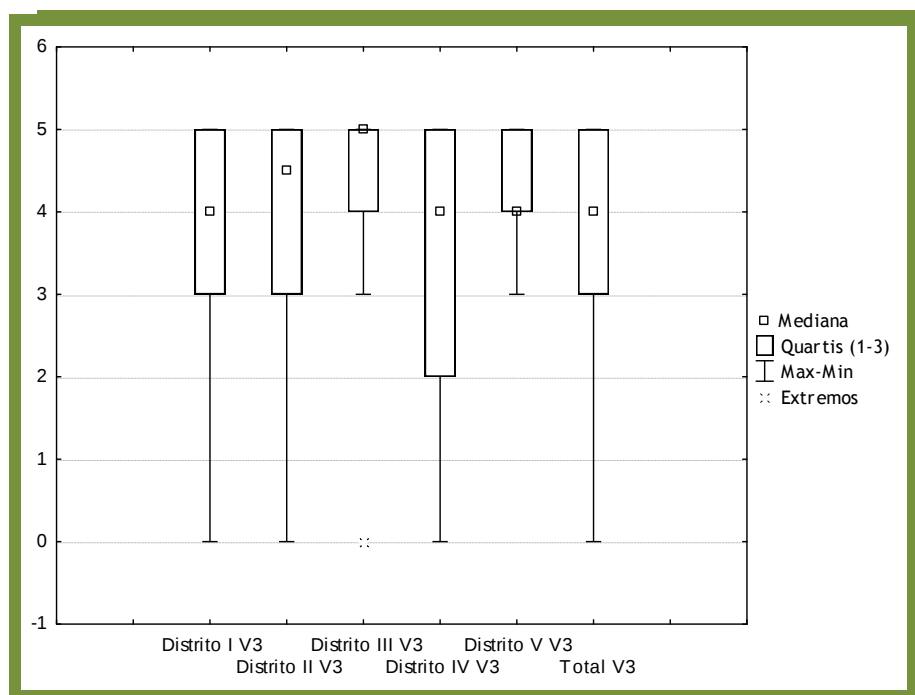


Figura 4. Box Plot da distribuição das medianas por Distrito de Saúde segundo a variável (V3) relacionada a treinamento específico em TB - Bayeux-PB,2008.

CONCLUSÃO

As questões relativas à formação profissional dos trabalhadores em saúde, seguramente estão na agenda nacional e sinalizam que a melhoria de qualidade do setor dependem de habilidades, capacidades, para adequar o perfil profissional às necessidades da área da saúde. Os resultados do estudo mostram o quão insuficiente ainda se estruturam os processos formativos, uma vez que grande parcela dos profissionais de saúde não foi capacitada para atuarem da AB e nem tão pouco para as ações de controle da TB.

O processo de descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da AB requer profissionais capacitados para a identificação de sintomáticos respiratórios, procedimentos diagnósticos, manejo terapêutico, acompanhamento dos contactantes, ações educativas entre outras. Esta deficiência pode comprometer a descentralização e desta forma contribuir para manutenção da atenção centralizada nas unidades de referência.

A superação de tais deficiências requer convencimento e esforços de diferentes atores do sistema de serviços de saúde e mecanismos gerenciais que viabilizem a instrumentalização da ESF para o manejo das ações de controle da TB, ampliando sua capacidade resolutiva em conformidade às prescrições oficiais determinadas pelo Programa Nacional de Controle da TB e aos objetivos da Atenção Primária à Saúde. Todavia, é sabido que a

disponibilidade de um serviço, ou sua simples existência, não indica grupo populacional coberto nem a extensão da cobertura. Assim, chama a atenção, que a eficiência da utilização dos recursos vai exigir profissionais comprometidos, envolvidos e conscientes de sua responsabilidade.

Faz-se necessário que haja uma rede de compromisso político entre todas as esferas de governo que instituem o SUS no investimento em estratégias de mudança na formação profissional e que seja fortalecida a implantação da educação permanente integrada às instituições formadoras em saúde. O mundo da formação e o mundo do trabalho devem estar em permanente diálogo, pois a prática no cotidiano do trabalho em saúde ganha novo significado ao dialogar com a teoria, redefinindo ações e papéis profissionais.

AGRADECIMENTOS

Fundação de Apoio a Pesquisa da Paraíba-
FAPESQ

Secretaria Municipal de Saúde de Bayeux-
PB

REFERÊNCIAS

1. Villa TCS, Ruffino Netto A, Arcêncio RA, Cardozo Gonzales RI. O impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da TB: o caso do Brasil (1980-2005). In: Yadón ZE, Gürtler RE, Tobar F, Medici AC, editores. Descentralización Y Gestión Del Control De Las Enfermedades

Transmisibles En América Latina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2006.

2. Ruffino-Netto A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de TB no Brasil. *Bol pneumol sanit.* 1999;7(1):7-18.

3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da TB. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4. Marcolino ALB, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, Rolim FJ. Avaliação do acesso às ações de controle da TB no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(2):144-57.

5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde. *Physis.* 2004;14(1):41-65.

6. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface comun saúde educ.* 2001;5(9):133-142.

7. Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. 1ª ed. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde; 2006.

8. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de AB no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(6):610-12.

9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 9-53.

10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

11. Fonseca CD, Seixas PHD. Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades. In: Negri B, Faria R, Viana ALd'A, organizadores. Recursos Humanos em Saúde - política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Nepp/Unicamp; 2002. p. 289-322.

12. Organização Panamericana de Saúde. Desenvolvimento e fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor da saúde. In:

43º conselho diretor 53ª sessão do comitê regional. Washington DC, EUA, 24 a 28 de setembro de 2001.

13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

14. Lönnroth K, Holtz TH, Cobelens F, Chua J, van Leth F, Tupasi T, Williams B. Inclusion of information on risk factors, socio-economic status and health seeking in a tuberculosis prevalence survey. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009; 13(2):171-6.

15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

16. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface comun saúde educ.* 2005;9(16):39-52.

17. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Early treatment and cast services in the care of tuberculosis patient. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2010 Jul/Set [acesso em 2010 Ago 5]; 4(3):178-86. Disponível em:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1216/pdf_151.

18. Brasil. Revista Brasileira Saúde da Família. Gestão da Atenção Básica. 2007;14:4-71.

19. Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LD, Collet N. Satisfação e Limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na internet]. 2010 Jan/Mar [acesso em 2010 Jun 4]; 12(1):28-36. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>.

20. Almeida LPVG de, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev bras enferm.* 2008; 61(1):31-5.

Nogueira JA, Silva CA da, Trigueiro DRSG et al.

Training of health professionals in the tuberculosis...

Sources of funding: FAPESQ

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/08/02

Last received: 2011/04/25

Accepted: 2011/04/27

Publishing: 2011/05/01

Address for correspondence

Jordana de Almeida Nogueira
Condomínio Village Atlântico Sul
Av. das Falésias, s/n, Casa A4
CEP: 58045-670 – Ponta do Seixas
João Pessoa(PB), Brasil