



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Dalva Maria de Assis

Avaliação do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – EPISUS: perfil dos egressos e inserção no SUS

Rio de Janeiro

2017

Dalva Maria de Assis

Avaliação do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – EPISUS: perfil dos egressos e inserção no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

A848 de Assis, Dalva Maria

Avaliação do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – EPISUS: perfil dos egressos e inserção no SUS. / Dalva Maria de Assis. -- 2012.

86, f.; tab., mapa.

Orientador: Santos, Elizabeth Moreira dos

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Brasil. 2. Capacitação em Serviço. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Epidemiologia. 5. Pessoal de Saúde. 6. Perfil do Egresso. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.4

Dalva Maria de Assis

Avaliação do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – EPISUS: perfil dos egressos e inserção no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 07 de novembro de 2012.

Banca Examinadora

Doutora Elizabeth Moreira dos Santos, ENSP/FIOCRUZ

Doutora Marly Marques da Cruz, ENSP/FIOCRUZ

Doutor Wildo Navegantes de Araújo, Universidade de Brasília

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos, pela orientação, paciência, incentivo, e dedicação na realização deste trabalho.

A coordenação do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde da ENSP, principalmente a Prof. Dr.^a Marly Marques da Cruz por compartilhar tanto conhecimento nos anos do mestrado.

Aos colegas de jornada do mestrado pela amizade.

A Coordenação do Programa de Epidemiologia aplicada aos Serviços do SUS – EPISUS, pela permissão para cursar o mestrado, disponibilização dos dados e apoio na realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. José Ueleres Braga, Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo e ao companheiro de jornada Jonas Brant Lotufo pela força e incentivo na realização deste trabalho.

A todos da *Dirección General de Vigilancia en Salud*, especialmente ao Dr. Iván Allende, Dr.^a Celia Martínez de Cuellar e Dr.^a Agueda Cabello pela permissão de me ausentar de meu trabalho no *Ministerio de la Salud y Bien Estar Social de Paraguay*, sempre que se fez necessário.

Aos "meus" treinandos, alunos do *Programa de Maestría en Epidemiología de Campo do Paraguay*, novos companheiros de epidemiologia de campo, por compartilhar tantos momentos de aprendizado, mesmo com todo o cansaço e exaustão do trabalho.

A todos os amigos e colegas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu Pai, a minha Mãe e aos meus irmãos, por tudo que abdicaram para que eu pudesse ter acesso à educação e lograr conhecimento.

E a Deus por tudo, minha eterna gratidão.

A um homem que junto com um anjo (minha Mãe) fez chegar um diploma nas mãos de sete filhos, a poder de uma enxada e uma colher de pedreiro...

”Quando o sol ainda não havia cessado o brilho, quando a tarde engolia aos poucos as cores do dia e despejava sobre a terra os primeiros retalhos de sombra, eu vi que Deus veio assentar-se perto do fogão de lenha de minha casa.

Chegou sem alarde, retirou o chapéu da cabeça e buscou um copo de água num pote de barro que ficava num lugar de sombra constante.

Ele tinha feições de homem feliz, realizado. Parecia imerso na alegria que é própria de quem cumpriu a cena do dia e que agora recolhe a alegria cotidiana que lhe cabe.

Eu olhava e pensava como é bom ter Deus dentro de casa, como é bom viver esta hora de vida em que tenho o direito de ter um Deus só pra mim, cair em seus braços, bagunçar lhe os cabelos, puxar a caneta de seu bolso e pedir que ele desenhasse um relógio bem bonito no meu braço.

Mas aquele homem não era Deus. Aquele homem era o meu pai.

E foi assim que descobri que o meu pai, com seu jeito finito de ser deus, revelava-me Deus com seu jeito infinito de ser homem.”

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS) é um programa de treinamento permanente e em serviço, baseado no *Epidemic Intelligence Service* do *Centers for Disease Control and Prevention – Atlanta, GA, USA (CDC)*. Este estudo tem como objetivo caracterizar o contexto organizacional do EPISUS, descrever o perfil dos egressos formados desde sua implantação, bem como a inserção dos mesmos no SUS. Para tanto foi utilizando um enfoque de avaliação quantitativa. O EPISUS foi implantado no Brasil em 2000, por meio de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério de Saúde e o CDC, financiado pelo Projeto VIGISUS. O programa apresenta como objetivos capacitar profissionais para o fortalecimento nas três esferas de governo no âmbito do SUS, para contribuir nas respostas às emergências epidemiológicas e eventos de interesse em saúde pública, integrando assim a rede *Field Epidemiology Training Program*, juntamente com 75 países. Em 10 anos, 89 profissionais entre biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas e odontólogos realizaram o treinamento. Estes, procedentes de todas as regiões do país, sendo o Distrito Federal e os estados de São Paulo e Pernambuco responsáveis por mais 54,0% do total. Um 47,2% contavam com mestrado, 46,1% com especialização e 6,7% doutorado ao ingressarem no programa, e atualmente 24,7% dos egressos tiveram um incremento no nível de titulação após o treinamento. Do total 46,1% retornaram a seus Estados de origem e 100% atuaram em algum momento no SUS ou após o treinamento, 92,1% atuaram em algum momento em atividades relacionadas aos objetivos do programa e atualmente 70,5% atuam. Embora grande parte atue em áreas foco do programa, observa-se uma parcela fora. Neste contexto estratégias para um maior cumprimento dos objetivos do programa transcorrendo pela discussão quanto à retenção de egressos e sua inserção no SUS se faz necessária.

Palavras Chaves: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Capacitação em Serviço, Pessoal de Saúde, Epidemiologia, Perfil do Egresso, Brasil

ABSTRACT

The Training in Epidemiology Applied to the Health Service (EPISUS) is a program of ongoing training and service, based on the Epidemic Intelligence Service of the Centers for Disease Control and Prevention - Atlanta, GA, USA (CDC). This study aims to characterize the organizational context of EPISUS, describe the profile of graduates trained since its implementation, as well as the inclusion of the same in the SUS. To do so was using a quantitative approach. The EPISUS was implemented in Brazil in 2000 through a technical cooperation agreement between the Ministry of Health and CDC, funded VIGISUS Project. The syllabus aims to train professionals to strengthen the three spheres of government within the SUS, to help in responding to emergencies and epidemiological events of public health interest, thus integrating the network Field Epidemiology Training Program, along with over 75 countries. In 10 years, 89 professional biologists, biomedical scientists, nurses, pharmacists, physicians, veterinarians, nutritionists and dentists conducted the training. These, coming from all regions of the country, the Federal District and the states of São Paulo and Pernambuco accounted for over 54.0% of the total. The moment we entered the program 47.2% had master's specialization with 46.1% and 6.7% doctorate, and currently 24.7% of graduates had an increase in titer level after training. Of the total 46.1% returned to their home states and 100% worked sometime in SUS or after training, 92.1% worked at some time in activities related to the objectives of the program and currently work 70.5%. While much of the focus areas in acting program, there is a plot out in this context should enter into discussion topics for greater compliance program objectives permeating the discussion regarding retention of graduates and their integration into SUS.

Keywords: Program Evaluation, In Service Training, Health Personnel, Epidemiology, Graduates Profile, Brazil.

RESUMEN

El Programa de Entrenamiento en Epidemiología Aplicada a los Servicios del Sistema de Salud (EPISUS) es un programa de formación continua y en servicio instituido en Brasil, basado en el *Epidemic Intelligence Service* del *Centers for Disease Control and Prevention – Atlanta, GA, USA (CDC)*. Este estudio tiene como objetivo caracterizar el contexto organizativo del EPISUS, describir el perfil de los egresados desde la creación del dicho programa, así como la inclusión de los egresados en el Sistema Único de Salud (SUS). Para lo cual se utilizó un enfoque de evaluación cuantitativo. El EPISUS se llevó a cabo en Brasil en el año 2000 a través de un acuerdo de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y CDC, financiado por el Proyecto VIGISUS. El programa tiene como objetivo formar profesionales para fortalecer a los tres niveles de gobierno dentro del SUS, para auxiliar en la respuesta a las emergencias y eventos de interés en salud pública, por lo que se integra a la red *Field Epidemiology Training Program*, conjuntamente con más de 75 países. En 10 años, 89 profesionales entre biólogos, biomédicos, enfermeros, farmacéuticos, médicos, veterinarios, nutricionistas y odontólogos llevaron a cabo la capacitación. Éstos, procedentes de todas las regiones del país, el Distrito Federal y los departamentos de São Paulo y Pernambuco representaron más del 54,0% del total. En el momento del ingreso en el programa el 47,2% tenían maestría, 46,1% especialización y un 6,7% doctorado, en la actualidad el 24,7% de los egresados tuvieron un aumento en su titulación después del entrenamiento. Un total de 46,1% volvieron a sus departamento de origen y el 100% trabajó alguna vez en SUS después de la graduación, el 92,1% he trabajado en algún momento en las actividades relacionadas con los objetivos del programa y actualmente el 70,5% lo está haciendo. Aunque la mayoría de los egresados actúan en las áreas enfoque del programa, hay una parte que está afuera, en este contexto se debe discutir el cumplimiento de los objetivos del programa con respecto a la retención de los egresados y su inserción en el SUS.

Palabras claves: Evaluación de Programas y Proyectos de Salud, Capacitación en Servicio, Personal de Salud, Epidemiología, Perfil del Egreso, Brasil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Rede internacional <i>Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network, 2010</i>	7
Figura 2 –	Pressupostos do currículo por competência do programa, segundo o <i>Field Epidemiology Training Program Standard Core Curriculum</i>	9
Figura 3 -	Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS - EPISUS - Modelo Lógico do Programa, 2011	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	34
Tabela 2 – Características do Estado de origem e área de atuação dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	36
Tabela 3 – Características do perfil associados e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	38
Tabela 4 – Características da região e estado de origem associados e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	39
Tabela 5 – Características de atuação em estado de origem e área de atuação atual associado e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	40
Tabela 6 - Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	41
Tabela 7 - Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS associado e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011	42
Tabela 8 – Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS após o treinamento em relação às variáveis estudadas, Brasil, 2011	44
Tabela 9 - Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS em 2011, em relação às variáveis estudadas, Brasil, 2011	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Centers for Disease Control and Prevention – Estados Unidos
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGDEP	Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia
CGVR	Coordenação Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Tecnologia e Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
EIS	Epidemic Intelligence Service
ENSP	A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPIET	Programa Europeu de Formação em Epidemiologia de Intervenção
EPISUS	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde
FETP	Field Epidemiology Training Programs
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
MLP	Modelo Lógico do Programa
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
REDSUR	Rede de FETP da América do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TEPHINET	Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
VIGISUS II	Projeto de Vigilância e Controle de Doenças

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPITULO I – Introdução	4
Descrição da intervenção - O FETP no Brasil o EPISUS	6
Projeto de Currículo de FETP	7
Composição do currículo	8
CAPITULO II - Referencial Teórico	11
Avaliação de programas	11
Aprendizagem em serviço	13
Educação permanente em saúde	14
Perfil de egressos	18
Pressuposto	19
Pergunta avaliativa e os objetivos	20
CAPITULO III - Materiais e métodos	21
O modelo da avaliação	21
Caracterização do contexto organizacional do EPISUS	24
Perfil dos egressos do EPISUS e inserção no SUS	25
População de estudo	25
Análise de dados	25
Aspectos Éticos	26
CAPITULO IV – Resultados	27
Contexto organizacional do EPISUS	27
Estrutura formativa EPISUS	27
Equipe interna do EPISUS	29
Seleção dos treinandos	30
Incentivo durante o treinamento	30
Certificação	31
Produção científica	32
Perfil dos egressos	32
Inserção no SUS	41
CAPITULO V – Discussão e conclusões	46
CAPITULO VI - Considerações finais	50

Referências bibliográficas	52
Anexos	63
ANEXO 1 – Roteiro guia para discussão em reunião para montagem do modelo lógico do programa	63
ANEXO 2 – Termo de autorização para utilização de dados e documentos pertencentes ao Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS), 2010	65
ANEXO 3 – Edital de abertura para seleção de novas turmas para o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS), 2010	66

APRESENTAÇÃO

A motivação para este estudo surgiu, quando, em 2007 ingressei no Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS). Um dos pilares pedagógico do EPISUS é “aprender fazendo”, ou seja, a aprendizagem é construída por meio da aplicação dos conceitos da epidemiologia, bioestatística e métodos científicos na prática dos serviços, em particular, durante o trabalho de campo, que se dá frequentemente em condições adversas.

Minha primeira experiência em campo como primeiro investigador, se deu em um surto que inicialmente apresentava aproximadamente 900 casos e um óbito, os casos apresentavam quadro clínico de doença diarreica aguda. Na ocasião havia “apenas” três meses que eu ingressara no programa, e tinha recebido um mês de aulas teóricas e práticas (Curso Intensivo) as quais constituem o preparo básico para investigador de campo em serviço.

Enquanto responsável pela investigação do referido surto, tive que conviver com a “pressão” dos gestores locais, para responder de forma imediata uma série de questões relacionadas ao problema, pois havia a suspeita de contaminação da água do abastecimento público local. Adicionalmente este município recebe muitos turistas oriundos de várias partes do país e do mundo.

Os profissionais de saúde do município tinham em mente que o EPISUS do Ministério da Saúde seria “a solução” para todos os problemas ali existentes, inclusive o surto. Naquele momento pude sentir o peso da corresponsabilidade pela vida de muitas pessoas, pois embora estivesse acompanhada de um colega também treinando e um monitor egresso do mesmo programa; pensei: - e agora o que é que eu faço; será que sou capaz de ajudar essas pessoas; será que estou capacitada para tanto; será que conseguirei responder as questões para identificar o agente etiológico e propor medidas de prevenção e controle que interrompessem o surto?

Com a colaboração da equipe local, formada por técnicos da secretaria municipal e estadual de saúde, colocamos em prática “os dez passos da investigação de surto”, método este proposto no Curso Intensivo.

Durante a investigação, as recomendações de prevenção e controle eram repassadas aos gestores locais, os quais utilizaram a imprensa local para repassar a população, conforme as normas do programa. Em menos de um mês a ocorrências de casos de doença diarreica aguda já haviam voltado aos níveis basais esperados naquele município.

Em resumo, a investigação foi realizada em 37 dias, o surto contabilizando um total de 1.407 casos e dois óbitos. O provável agente etiológico, responsável pelo surto foi o rotavírus. Por se tratar de um agravo, cuja vacina tinha sido introduzida a pouco mais um ano, fizemos um inquérito de cobertura vacinal na população com recomendação de vacina, com o objetivo de explicar a maior proporção de casos nesta população, os menores de cinco anos.

Este inquérito realizado durante a investigação gerou recomendações também para a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, todas incorporadas no mesmo ano de ocorrência do evento.

O relato acima tem como objetivo contextualizar as atividades, as quais compõem o processo metodológico de treinamento, passando desde a abordagem dos passos da investigação epidemiológica de surto, seus objetivos, tipos de estudo, amostragem, levantamento e análises de dados, construção de diagrama de controle, construção de instrumento de coleta de dados, coleta e envio de amostras laboratoriais, até tópicos referentes à comunicação e liderança.

Nesse sentido, reconhecendo a importância do treinamento em minha vida profissional, este estudo tem como objetivo apresentar a implantação do programa, descrever o perfil dos egressos e discutir quão estão inseridos, depois de formados, no Serviço Único de Saúde (SUS).

Essa avaliação permitirá analisar os processos relacionados à operacionalização do programa, assim como, identificar pontos críticos e formas de ajustes necessários, fornecendo aos gestores informações para orientar a tomada de decisão. Espera-se dessa maneira contribuir para o aprimoramento do programa, possibilitando o aperfeiçoamento na formação de futuros epidemiologistas de campo, para que se possa melhorar a capacidade de resposta, frente às emergências de saúde pública no país.

Este estudo está dividido em cinco capítulos, sendo que o Capítulo 1 aborda os antecedentes que gerou a criação do EPISUS em seu contexto político dentro das necessidades da vigilância em saúde o qual foi instituído no Brasil. Neste capítulo também se descreve o programa como objeto de intervenção deste estudo na conjuntura internacional e a criação do currículo por competência e sua composição.

O Capítulo 2 apresenta como referencial teórico os tópicos de avaliação de programas que está dividida nos tópicos aprendizagem em serviço, educação permanente em saúde, perfil dos egressos, pressupostos da avaliação e pergunta avaliativa e os objetivos.

O modelo da avaliação (materiais e métodos) está disposto no Capítulo 3 juntamente a

com a descrição do modelo lógico do programa. Neste capítulo se descreve a metodologia para a caracterização do contexto organizacional do EPISUS desde sua implantação e avaliação do perfil dos egressos do EPISUS e sua inserção no SUS e os aspectos éticos.

Os resultados estão apresentados no Capítulo 4, explorando primeiramente a descrição do contexto organizacional do EPISUS, sua estrutura formativa e equipe de trabalho técnico e administrativo do programa, processo seletivo, incentivo durante o treinamento e certificação. Posteriormente, respondendo aos objetivos, se descreve e avalia o perfil dos egressos bem como sua inserção no SUS.

A Discussão e conclusões bem como as considerações finais estão dispostas no Capítulo 5 encerrando esta avaliação.

CAPITULO I – INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 1998, profissionais da área assistencial de saúde do município de Nova Serrana – MG identificaram um padrão atípico na ocorrência de casos de glomerulonefrite com características pós-infecciosas em adultos. Esta equipe, composta em sua maioria por nefrologistas, adotou condutas específicas para a assistência com vistas a diminuir o agravamento dos casos. Paralelo a isso, informou a Regional de Saúde de Divinópolis, que por sua vez informou à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, sobre a ocorrência dos casos (DIMECH, 2010).

Em um mês, os casos aumentaram consideravelmente. Nesta ocasião a equipe responsável informou que a doença não aparentava ser a forma clássica da doença pós-estreptocócica (BALTER et al., 2000). Os casos seguiram aumentando nos meses seguintes, e em meados de julho já havia aproximadamente 130 casos da doença (DIMECH, 2010).

Diante desta situação, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) por meio do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), solicita em 24 de julho de 1998, o apoio técnico do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) para auxiliar na investigação dos casos de nefrite em Nova Serrana – MG. Quatro dias após o convite chegaram ao Brasil, técnicos do *Epidemic Intelligence Service* (EIS) (BALTER et al., 1998). Este serviço habilita profissionais de saúde pública em detecção, investigação, análise e resposta às emergências de saúde pública, com aulas teóricas e práticas e atividades de investigação em campo nos EUA (LANGMUIR, 1980).

A investigação foi realizada com sucesso, e encontra-se publicada no site da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) da Saúde e no *The Lancet* (BALTER et al., 2000).

Após esta experiência com os epidemiologistas de campo estadunidense, a direção do CENEPI, juntamente com os gestores da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e colaboradores, destacam a necessidade de se criar no país uma estratégia que pudesse responder técnica e oportunamente as situações de surtos e emergências de saúde pública no país (BRASIL, 2012).

Assim em 2000, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – EPISUS, para atuar nas abordagens de surto e doenças emergentes em colaboração com o CDC (CARMO, PENNA, e OLIVEIRA, 2008), nos mesmos moldes do EIS existente nos EUA.

De acordo com o Relatório de Avaliação Externa realizado em 2003, justificou-se esta cooperação CDC, tendo em vista a especificidade desta instituição em desenvolver uma competência particular nas atividades de epidemiologia de campo em investigação de surtos e doenças emergentes. Segundo este relatório, o país contava com pouca disponibilidade de técnicos com esse perfil nas instituições formadoras do Brasil (BRASIL, 2003).

A capacitação de profissionais no desenvolvimento do SUS tem gerado uma exigência de qualificação e produção cada vez maior, principalmente na área de vigilância em saúde, onde as decisões devem ser fundamentadas em evidências epidemiológicas e conhecimento científico. Partindo desta demanda e somando a necessidade de profissionais com capacidades resolutivas mais ágeis e interdisciplinares, e as mudanças no padrão de ocorrência das doenças infecciosas e crônicas ou na dinâmica de transmissão dos seus agentes e ou fatores envolvidos (AQUINO, 2008), podemos encontrar uma possível explicação para o crescente aumento de cursos de pós-graduações e treinamentos em serviço na área da saúde. A competitividade no mercado de trabalho exige que os futuros profissionais se especializem cada vez mais (MOREIRA *et al.*, 2010).

Oliveira (2006) quando fala sobre a importância dos recursos humanos na área da saúde, e mais precisamente no desenvolvimento do SUS, nos esclarece que:

"... o conjunto dos desafios e necessidades leva à exigência, cada vez maior, de corpo técnico qualificado, produtivo, capaz de tomar decisões fundamentadas em evidências epidemiológicas e em sólido conhecimento científico. Em última instância, seu desempenho contribui para o aperfeiçoamento das ações de vigilância, prevenção e controle, bem como para o fortalecimento dos serviços de saúde" (OLIVEIRA, 2006).

Deste modo a necessidade de aprimorar o conhecimento entre os que já estão inseridos no SUS, como também os que poderão vir contribuir com a edificação de conhecimento em epidemiologia no país, é cada vez mais correspondido. Fato observado pela criação de cursos e treinamentos em serviço vinculados ou não às instituições de ensino, a exemplo a criação dos mestrados profissionalizantes em vigilância em saúde, este por meio de um convênio entre a FUNASA e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) em 2002 (CARVALHO, 2007).

Nesse sentido, elementos fundamentais para alcançar melhores resultados na área da saúde não se resumem somente qualificar, capacitar ou em treinar profissionais na área de

saúde pública, e sim em assegurar que esses profissionais atuem de fato e permaneçam no SUS, principalmente quando esses são financiados pelo estado (WILLIS-SHATTUCK *et al.*, 2008).

O EPISUS visto como parte de um esforço nacional para melhorar a capacidade de resposta frente às emergências de saúde pública no Brasil, e por não possuir formalmente um “acordo” ou um mecanismo que garanta a permanência dos seus egressos no SUS, considerando que a formação visa à atuação de seus graduados na área de vigilância em saúde dentro SUS, seria racional esperar que esses profissionais estejam plenamente inseridos nele (BRASIL, 2012).

Nesse cenário, conhecer o perfil desses egressos bem como a inserção dos mesmos no SUS, poderá servir como uma ferramenta para melhoria e estruturação do programa. Adicionalmente esta avaliação poderá servir no sentido de institucionalizar a avaliação rotineira do perfil dos egressos, sua inserção no SUS e futura avaliação de impacto do programa segundo seus objetivos.

Descrição da intervenção - O FETP no Brasil - o EPISUS

Baseado no modelo do EIS, o *Field Epidemiology Training Program* (FETP) é um programa permanente de treinamento em serviço dos ministérios da saúde no mundo. Geralmente é conduzido pela parte que corresponde a cada país, como é SVS no Brasil. Comumente sua implantação é viabilizada por meio de acordo de cooperação técnica entre os ministérios de saúde de cada país e o CDC (TEPHINET, 2012).

No contexto internacional, este programa de treinamento, está implantado em 88 países e o conjunto desses programas forma rede internacional *Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network* (TEPHINET), juntamente com o Programa Europeu de Formação em Epidemiologia de Intervenção (EPIET) que é constituída pela cooperação entre os 15 estados membros da União Europeia e a Noruega (TEPHINET, 2012), (Figura 1). O TEPHINET almeja reforçar a capacidade internacional de resposta em saúde pública através da formação de epidemiologistas de campo em programas de aprendizado aplicado.

Em 2009 foi criada a Rede Sul-americana de Programas de Treinamento em Epidemiologia de Campo (REDSUR) com o objetivo de fortalecer os programas já existentes e estimular a implantação em outros países da América do Sul. Através do compartilhamento

implantado (CDC, 2006).

Utilizando as melhores práticas da ciência e da educação para adultos, os epidemiologistas, pedagogos e assessores de saúde pública do *Division of Public Health Systems and Workforce Development* trabalharam juntos na concepção de uma sugestão de um currículo padrão. Este currículo intitulado *Field Epidemiology Training Program Standard Core*, fornece orientações para ajudar no desenvolvimento e administração dos FETP (CDC, 2006). O propósito desse currículo padronizado é auxiliar na capacitação de profissionais na área da epidemiologia de campo aplicada no âmbito dos serviços, e é sugerida sua execução em dois anos (CDC, 2006; TRAICOFF *et al.*, 2008).

Durante os dois anos, a missão do programa frente aos treinandos se resume em: capacitar profissionais especializados em bioestatística e epidemiologia aplicada ao campo e nos serviços de saúde; formar epidemiologistas com capacidade científica e padrões profissionais para colaborar na resolução de problemas de saúde pública; contribuir para o conhecimento científico através da divulgação de investigações e estudos aplicados; fortalecer a capacidade científica e epidemiológica do país por meio da atualização contínua dos graduados; ampliar a capacidade em epidemiologia de campo no país por meio da formação da rede de graduados para multiplicar o treinamento conforme padrões estabelecidos pelo FETP; servir como referência nacional em treinamento de excelência em epidemiologia de campo; colaborar no desenvolvimento de capacidade técnica para resolução de problemas de saúde pública de outros países, em especial os países vizinhos e; representar o país em questão na TEPHINET (BRASIL, 2012).

Composição do currículo

A principal capacidade que se espera dos profissionais que participam do treinamento é gerar recomendações para a melhoria da saúde pública, com base na aplicação dos conhecimentos adquiridos propostos no currículo padronizado FETP (BRASIL, 2012).

Este currículo fornece orientações e delineamentos para o desenvolvimento dos programas de treinamento em epidemiologia de campo, de forma que, os responsáveis pela execução do mesmo, compararem as competências sugeridas com as prioridades da organização já existentes, para planejar e melhorar o programa local, amparado no currículo por competência sugerido (CDC, 2006), (Figura 2).

Figura 2 – Pressupostos do currículo por competência do programa, segundo o *Field Epidemiology Training Program Standard Core Curriculum*.

FETP Competencies

FETP Core Competency: Use science to improve public health

Supported by the following competencies: Epidemiologic Methods	1. Use epidemiologic practices to conduct studies that improve public health program delivery 2. Respond to outbreaks
Biostatistics	3. Analyze epidemiological data using appropriate statistical methods
Public Health Surveillance	4. Manage a public health surveillance system
Laboratory and Biosafety	5. Use laboratory resources to support epidemiologic activities
Communication	6. Develop written public health communications 7. Develop and deliver oral public health communications
Computer Technology	8. Use computers for specific applications relevant to public health practices
Management and Leadership	9. Manage a field project 10. Manage staff and resources 11. Be an effective team leader and member 12. Manage personal responsibilities
Prevention Effectiveness	13. Apply simple tools for economic analysis
Teaching and Mentoring	14. Train public health professionals 15. Mentor public health professionals
Epidemiology of Priority Diseases and Injuries	16. Evaluate & prioritize the importance of diseases or conditions of national public health concern

Fonte: http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/pdf/FETP_standard_core_curriculum_508.pdf

Os FETPs para serem membros da rede internacional – TEPHINET devem ter seu currículo baseado no *Field Epidemiology Training Program Standard Core*. Para o sucesso

deste modelo é recomendado mesclar atividades teóricas e práticas, sendo que se priorize em maior escala as atividades práticas na tentativa de aplicação do conhecimento teórico (CDC, 2006; TRAICOFF et al., 2008), este modelo pode ser encarado como uma inovação curricular já que a ideia de formação com base em competência representa uma oportunidade para a formação profissional, ao contribuir para ajustar as ofertas de formação de recursos humanos às demandas atuais exigidas pelos serviços de saúde principalmente em vigilância em saúde (BRASIL, 2012).

CAPITULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

Avaliação de programas

Com o passar do tempo o conceito de avaliação tem sofrido várias alterações, essa evolução está fortemente ligada aos contextos históricos e sociais, aos propósitos que se pretendem alcançar com a avaliação e às convicções filosóficas daqueles que desenvolvem e concretizam suas avaliações (HARTZ, 2010).

Hartz, no livro *Avaliação Em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*, expõe que: "Entre as diversas definições existentes sobre o significado da avaliação, aquelas referentes a avaliação de programas sociais tem conseguido maior consenso" (HARTZ, 2010).

A avaliação como o processo de determinar o grau de congruência entre ações realizadas e os objetivos estabelecidos previamente, corresponde aos modelos orientados para a obtenção das metas propostas (TYLER, 1967). Este conceito proposto por Tyler se difere da definição mais ampla da avaliação, onde vários autores a define como: o processo de determinar, obter e proporcionar informações relevantes para julgar decisões alternativas.

Outros autores definem a avaliação como processo de estimar o valor ou o mérito de algo, com o artefato de sinalar as diferenças que poderiam comportar os juízos de valor no caso de estimar o mérito e o valor (CRONBACH e SHAPIRO, 1982; GUBA e LINCOLN, 1989).

Para Vedung a avaliação “é um mecanismo para explicar e medir a implementação, os resultados e o alcance das políticas e programas públicos, com o propósito de gerar decisões futuras” (VEDUNG, 1993).

Rossi e Freeman aclaram que o processo de avaliar está diretamente ligado na “aplicação sistemática de metodologias de pesquisa científica para verificar a conceptualização, desenho, implementação e utilidade dos programas de intervenção social”. Para esses autores, a avaliação é uma atividade sofisticada que envolve também deliberações políticas e administrativas (ROSSI, FREEMAN e LIPSEY, 2003).

Guba e Lincoln ressaltam que a avaliação deve transcender a simples aplicação dos métodos de pesquisa científica, e incluir os diversos aspectos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais em seu processo (GUBA e LINCOLN, 1989).

Carol Weiss, por exemplo, define a avaliação como uma atividade no qual se procura

“medir os efeitos de um programa em relação aos objetivos almejados, como forma de contribuir para tomadas de decisões sobre o programa e aperfeiçoar programações futuras” (WEISS, 1972).

Como podemos observar, há uma diversidade de conceitos de avaliação a depender do contexto que se pretende aplicar, o que gera inúmeros modelos e técnicas a depender do tipo de ações se pretende lograr. No mais mesmo que estas definições possam diferenciar-se em alguns aspectos, todas sempre fazem uma alusão entre o objeto, objetivos e efeitos de uma intervenção.

A adoção de um método ou modelo específico pode variar em função das características da intervenção/programa objeto de estudo, das perguntas a serem respondidas, do perfil do avaliador, dos propósitos da avaliação, das expectativas dos interessados, do nível de suporte institucional e da disponibilidade de recursos para a sua realização. Neste sentido as contribuições de Scriven foram marcantes para o delineamento e escolha do modelo a ser adotado a depender do objeto a ser avaliado (SCRIVEN, 1973; SCRIVEN, 1981; SCRIVEN, 1991). Scriven introduziu a tipologia para a teoria de avaliação e introduziu alguns conceitos e termos fundamentais, tais como a distinção entre a avaliação formativa (realizada com o intuito de gerar *feedback* para melhoria do programa ou do objeto da avaliação).

A avaliação formativa, introduzida por Scriven em 1967, faz com que os avaliadores subsidiem os programas com informações úteis para sua melhoria, como também para o aprendizado, principalmente a partir da perspectiva dos usuários beneficiados pela mudança e os geradores de conhecimento (SCRIVEN, 1991; SCRIVEN, 1993).

O processo da avaliação formativa consiste em caminhar por sucessivas aproximações e por constantes redefinições de metas, o que pode gerar a abertura de novas possibilidades a serem consideradas pelo aprendiz, não somente pela livre associação de ideias, mas também pela “liberação de limitações resistentes” existentes (RICHMOND, 1974).

Em resumo os conceitos de avaliação perpassam pelo ponto, onde os resultados do objeto devem estar em conformidade com os objetivos propostos desde sua implantação, deste modo, alguns referenciais teóricos da avaliação de programas que foram apresentados anteriormente tem a finalidade de nortear a construção da metodologia desta avaliação.

Aprendizagem em serviço

Novas maneiras de constituir e pensar os métodos de trabalho em saúde remete a

novos tipos de aprendizados, como trabalhar em equipe e pensar a organização no seu todo sem deixar de pensar no indivíduo para o agir estrategicamente, desta maneira, a formação passa a ser um componente ativo da gestão dos recursos humanos como um todo (PIERANTONI et al., 2008; RIBEIRO, 2000).

No campo da formação profissional, a tradicional dicotomia entre o lugar de “aprender” e o lugar de “fazer”, característico do modo escolar, tende a ser contrariada por uma convergência no sentido de finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho, ou seja, as experiências vividas no cotidiano profissional são facilitadas pela criação de dispositivos e dinâmicas instrutivas, as quais perpassam pela aprendizagem a partir de um artifício auto formativo, tanto no nível individual como no coletivo (CANÁRIO e CANÁRIO, 1948).

No processo do “aprender fazendo” o aluno constrói seu conhecimento e desenvolvem habilidades e valores a partir de experiências diretamente práticas, dessa forma ele é ativamente engajado intelectualmente, emocionalmente, socialmente e fisicamente na solução de problemas, assumindo responsabilidades, sendo criativo e construindo o conhecimento a partir dos conceitos teóricos recebidos (TRAVERSO-YÉPEZ e MORAIS, 2004).

O construtivismo freireano evidencia que todos podem aprender, mas que todos sabem alguma coisa, e que o sujeito é responsável pela construção do conhecimento e pela ressignificação do que aprende, ou seja, é o sujeito que aprende através de sua própria ação transformadora sobre o mundo (FREIRE, 1975).

Em Perrenoud as novas práticas de ensino/aprendizagem, como é o caso da aprendizagem em serviço, são conduzidas para a reflexão e a crítica, e se caracterizam em geral pelos aspectos seguintes: a importância dada ao aluno, à insistência sobre a construção progressiva de saberes e do saber-fazer, consolidar as aprendizagens nas experiências vividas, respeito pela diversidade das personalidades e culturas, autonomia do aluno, motivação intrínseca – vontade de descobrir e de fazer, aspectos cooperativos do trabalho e importância dada ao fazer (PERRENOUD, 1999). Este autor ainda chama a atenção para o fato de que esta nova didática exige mais dos alunos.

O processo de aprendizagem em serviço inicia já com o conhecimento prévio e com o questionamento gerado no próprio grupo com interação e troca de experiências, adicionalmente na busca individual e coletiva pelos objetivos de aprendizagem proposto pela condição teórico-reflexiva (BATISTA et al., 2005).

O trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, a incertezas, a aleatoriedades, o

que exige improvisação, criatividade e iniciativa principalmente pela realidade social existente nos serviços de saúde. Este processo pessoal, coletivo e articulado parte da realidade e o ponto de chegada é a realidade transformada. Neste sentido Dewey apresenta a ideia de que a aprendizagem em serviço corrobora com o aluno nos instintos naturais de investigar e de criar (DEWEY, 1998).

Diante do exposto, faz-se necessário uma metodologia que permita a comparação entre os objetivos propostos pelo EPISUS e os resultados obtidos, principalmente no que diz respeito aos egressos, uma vez que o modelo de formação se diferencia do enfoque tradicional de ensino.

Educação permanente em saúde

Uma das áreas problematizadas na formulação de políticas do SUS é a da formação, a qual necessita de formulações construídas intelectualmente desde a gestão em saúde às propostas curriculares e, portanto, cada vez mais se apresenta como um desafio à mudança na graduação das profissões na área de saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Se o dever do Estado para com a saúde, afirma como atribuição do SUS, o ordenamento da formação para a área, esse deve interferir pela orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde como um todo (BRAZIL, 2006; CURY, 1997). Segundo os princípios do SUS, as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo três diretrizes (universalidade, equidade e integralidade), sendo a que a integralidade da atenção surge como princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde (o atendimento integral). Na Lei Orgânica da Saúde, no capítulo relativo aos recursos humanos, configura que a política para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive programas de permanente e aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 2001).

Levando a discussão para a educação permanente em saúde a partir da conceituação de Freire (1975),

“... de que o processo de aprendizagem ocorre a partir da apropriação do aprendido e por sua transformação em apreendido, surgindo então as condições de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas”(FREIRE, 1975).

Podemos dizer que os impasses no campo da relação entre trabalho e educação dizem respeito também à multiplicidade de termos e significados quanto à terminologia utilizada no campo da educação para nominar processos educacionais que acontecem fora da educação dita formal.

Entre as expressões mais comumente utilizadas podemos destacar: reciclagem, treinamento, estágio, aperfeiçoamento, capacitação, educação continuada, educação permanente, formação continuada e formação permanente (RODRIGUES, 2004).

No que se refere à reciclagem, ao treinamento, ao aperfeiçoamento e à capacitação, os termos podem evidenciar momentos distintos de processos educativos continuados. No entanto, há possibilidade de colocar a educação continuada, a educação permanente, a formação continuada e a formação permanente em mesmo bloco, pois se encontra similaridade entre esses termos à medida que são empregados a partir de outro eixo da formação, que é a atividade profissional (RODRIGUES, 2004).

Lengrand, no entanto, faz a crítica à introdução de novas expressões para identificar uma realidade que já está designada pelo termo estabelecido – educação permanente –, conceituando-a:

"Entendemos por Educação Permanente uma ordem de ideias, de experiências e de realizações muito específicas, isto é, a educação na plenitude de sua concepção com a totalidade de seus aspectos e de suas dimensões, na continuidade ininterrupta de seu desenvolvimento, desde os primeiros momentos da existência até os últimos, e na articulação íntima e orgânica de seus diversos momentos e de suas fases sucessivas (LENGRAND, 1973)."

No campo da educação em saúde há uma distinção clara entre educação continuada e permanente. Publicações na área indicam diferenças teórico-metodológicas importantes entre os termos permanente e continuada, sendo a mais relevante, segundo Davini, a de ter como objeto de transformação o próprio processo de trabalho, que é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem (SANTOS *et al.*, 1997).

A educação permanente possui lógica descentralizada, ascendente e interdisciplinar. Pode-se por meio da educação permanente promover a democratização das instituições, aprender a aprender e a trabalhar em equipe, na construção de um novo modelo de atenção à saúde, bem como a formação de sujeitos participativos, críticos e éticos. As propostas de educação permanente em saúde foram promovidas pela Organização Pan-americana de Saúde

(OPAS) durante a década de 70 e configuravam-se como mecanismos para manutenção e extensão da competência profissional, principalmente no âmbito da profissão médica (PAHO, 2002).

Na década de 80 iniciou-se um processo de análise crítica sobre problemática da educação na área da saúde e, em especial, sobre a educação permanente dos profissionais do setor. Em decorrência desse processo, surgiram projetos cujo foco principal era a orientação da educação permanente em saúde para os aspectos da promoção humana, da dimensão participativa do trabalho em equipe e da integração entre educação e serviços, tendo em vista a mudança concomitante das práticas, da técnica e do social no contexto do trabalho em saúde (MERCER H. et al., 1989).

Neste sentido uma proposta de reorientação da educação permanente em saúde dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde, vem sendo desenvolvida pela OPAS, desde 1988, nessa proposta apresenta um consenso sobre o processo educacional permanente desses trabalhadores de ser um conjunto de ações de trabalho/aprendizagem que ocorre a partir de situação/problema em espaço do trabalho em saúde (HADDAD Q. *et al.*; 1994).

Em fevereiro de 2004, o MS, por meio da Portaria GM/MS n.º 198, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRAZIL, 2004). A educação permanente em saúde, tal como concebida pelos gestores do MS, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho, como proposto pela OPAS (HADDAD et al.; 1994). Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao trabalho cotidiano (MANCIA, CABRAL, e KOERICH, 2004a).

Ressalta-se, nesta concepção, que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos de transformação das práticas e não seu foco central, em contraposição ao conceito de “educação continuada”, em que o conhecimento preside e define as práticas. Isso significa romper com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica, definidos centralmente (JAEGER e CECCIM, 2004). Deste modo a proposta de treinamento em serviço, a exemplo o EPISUS que se apresenta de forma permanente e continua, pode vir a contribuir na adaptação dos possíveis cenários que venham a surgir a partir das mudanças nos contextos sociais de saúde pública no país.

Essa nova perspectiva é a constatação de que o processo de formação das pessoas/profissionais não ocorre apenas nos espaços formais de ensino, nas organizações da instituição de ensino: universidades, escolas, cursos e que o processo de formação não depende apenas de livros e de professores e sim em campo, terreno, realidade e contexto local em atividades práticas (MANCIA, CABRAL, e KOERICH, 2004b).

Ramos Barbieri aponta alguns possíveis nós críticos capazes de dificultar a construção e operacionalização de um projeto de formação continuada. Estes nós, se referem principalmente ao distanciamento da academia quanto ao desenvolvimento de pesquisas e/ou projetos educacionais que considerem o saber produzido para fundamentar a realização de trabalho que vise a atenção integral a um sujeito, o que exige não apenas várias especialidades e/ou disciplinas, mas também sua articulação e intercessão diante dos desafios que emergem do cotidiano das práticas. Outro nó apontado por este autor diz respeito às recomendações das políticas de saúde expressas nos manuais, que exigem prática multiprofissional e em equipe, principalmente quando o currículo específico e fragmentado da formação básica e/ou contínua dos diferentes profissionais sustenta-se na produção científica das disciplinas e não no processo educacional em si (RAMOS BARBIERI, e CARVALHO 1995).

Este mesmo autor destaca ainda que o aluno fica apenas com uma vaga lembrança de como se deu o processo educativo, porém conserva a forte presença do conteúdo específico das disciplinas. Isso porque a cobrança do domínio do cognitivo é mais forte em todo o processo de formação (RAMOS BARBIERI, e CARVALHO 1995).

Deste modo, Gimeno Sacristan (1998) chama a atenção para o fato de que:

"... se o currículo é ponte entre a teoria e a ação, entre intenções ou projetos e realidade, é preciso analisar a estrutura da prática onde fica moldado. Uma prática que responde não apenas às exigências curriculares, mas está, sem dúvida, profundamente enraizada em coordenadas prévias a qualquer currículo e intenção do professor. Por tudo isso, a análise da estrutura da prática tem sentido colocando-a desde a ótica do currículo concebido como processo na ação. É agora o momento decisivo da análise da prática pedagógica na qual se projetam todas as determinações do sistema curricular, onde ocorrem os processos de deliberação e onde se manifestam os espaços de decisão autônoma dos seus mais diretos destinatários: professores e alunos" (SACRISTÁN, 1998).

Por não desenvolver a capacidade de articulação, que é o fundamento básico da aprendizagem, o sujeito pode vir a não constituir a capacidade de interação entre o que foi ofertado como aprendizagem e sua aplicação na prática (SCORSOLINI-COMIN, INOCENTE e MIURA, 2011).

O quadro é confuso não só pela variedade de conceitos, mas porque falta o saber estruturado para uma educação permanente que contemple os requisitos para a formação para o presente e posterior desempenho no trabalho, portanto as demandas derivadas do processo de trabalho e do espaço em que os profissionais e membros das comunidades estão inseridos devem sim ser contempladas nas propostas de currículo de formação na área da saúde (ALBUQUERQUE *et al.*; 2007).

Perfil de egressos

As pesquisas sobre o perfil de egressos na literatura têm crescido nos últimos anos e vêm figurando com frequência em publicações. Podem-se identificar vários estudos que focalizam os resultados em relação à satisfação no cargo, a relação entre o centro formador e o mercado de trabalho, competências adquiridas no curso, habilidades interpessoais e treinamento vocacional.

Delaney (2000) afirma que a pesquisa com egressos de cursos de pós-graduação pode apresentar uma perspectiva adequada ao processo de avaliação de um curso. Baseando na própria experiência, o egresso de um curso pode, efetivamente, avaliar os responsáveis pela gestão do curso e determinar quais são os valores tradicionais do curso que devem ser conservados, além de indicar quais mudanças inovadoras devem ser implementadas para assegurar aos estudantes o posicionamento voltado para suas mudanças profissionais e para a realidade do mercado de trabalho (DELANEY, 2000).

Ainsworth e Morley ofereceram um esquema conceitual com quatro dimensões para medir a efetividade de um curso de pós-graduação na área de gestão: 1) experiência profissional; 2) conhecimento adquirido durante esse período de experiência; 3) mudança de comportamento com resultado dessa experiência e; 4) resultados atribuídos a essa experiência (AINSWORTH e MORLEY, 1995).

A experiência no desenvolvimento de pesquisa sobre egressos de cursos de pós-graduação *strictu sensu* no Brasil pode ser vista em Oliveira, Machado e Santos (2004), que apresentam os resultados de uma pesquisa que buscou analisar e construir o perfil dos

egressos dos cursos *stricto sensu* da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no período de 1996 a 2001, o qual apresenta como foco os seguintes aspectos: as características sócio demográficas; a divulgação do trabalho de conclusão do curso e o financiamento (bolsas) dessa população (NETO *et al.*, 2004).

Em esse estudo as questões foram colocadas sob os seguintes eixos específicos: “Quem são os alunos formados pelos cursos de Pós-Graduação da ENSP?” e “O que produziram em função do trabalho final (dissertações e teses) apresentado?”. A esses objetivos corresponderam às seguintes metas complementares: 1) estabelecer indicadores sensíveis que possam avaliar os resultados do ensino, na repercussão da pesquisa e nos serviços de saúde; 2) conhecer o fluxo dos alunos dos cursos em relação à demanda, evasão e inserção dos egressos no mercado de trabalho, com a finalidade de alimentar políticas e estratégias da formação pós-graduada na ENSP; 3) mapear a produção científica dos egressos por tipologias de áreas. As questões apresentadas neste estudo objetivou subsidiar uma reflexão sobre qual tem sido o enfoque e a relevância dos trabalhos resultantes desses cursos nos últimos anos, em face da política de saúde e apontando as possíveis lacunas nas publicações (NETO *et al.*; 2004).

Esse estudo reforça a necessidade de se conhecer o “objeto que está sendo formado” para reconhecer o desempenho do formador, portanto o perfil do egresso de um curso de treinamento da natureza do EPISUS se caracteriza como ponto central ao se considerar a aferição da qualidade e conformidade de um programa de treinamento em serviço.

Verificar o cumprimento desta formação de alunos em relação a sua inserção ao sistema pública de saúde e que consigam desempenhar as funções para as quais foram preparados durante o seu treinamento, certamente, representa o objetivo principal da avaliação de um programa com características do “aprender fazendo”.

Pressupostos

O programa, foco desta avaliação, recebe profissionais de várias áreas de formação em saúde, e, portanto os conhecimentos esperados entre os mesmo ao iniciar o treinamento não são homogêneos, conseqüentemente como resultado ao final do treinamento espera-se que também não continue sendo.

Em se tratando da dualidade advindas da área de formação e experiências progressas destes profissionais, o pressuposto desta avaliação é: profissionais recebem conteúdo teórico e oportunidade de empregá-los em trabalho de campo (conteúdo prático) em diversas áreas da

epidemiologia de campo aplicada ao serviço e, deste modo espera-se que esse modelo venha contribuir para sua futura inserção e atuação no SUS.

Pergunta avaliativa e os objetivos

Nesta avaliação pretendeu-se confrontar os propósitos e a missão do programa com o perfil do egresso e sua área de atuação, questionando os objetivos do programa, em formar profissionais epidemiologistas de campo, por meio da avaliação de conformidade entre o proposto e o observado.

Para tanto, as perguntas que nortearam esse estudo estão relacionadas aos resultados alcançados sobre a formação de epidemiologistas de campo sendo elas: Qual o perfil profissional dos egressos no momento de ingresso no programa, e depois do treinamento? Onde atuam profissionalmente após sua formação?

Estas questões são entendidas aqui como perguntas avaliativas e ajudarão a identificar se os resultados estão em conformidade com os objetivos do programa. Portanto este estudo pretende caracterizar o contexto organizacional do EPISUS pela sua implantação; descrever o perfil dos egressos, sua inserção no SUS e conhecer possíveis fatores associados à realização de atividades relacionadas aos objetivos do SUS, compondo assim os objetivos para esta avaliação.

CAPITULO III - MATERIAIS E MÉTODOS

O modelo da avaliação

Neste estudo o conceito de avaliação consiste no exame sistemático e na aplicação de métodos de pesquisa, quantitativos e/ou qualitativos, para verificar a implementação, e os resultados alcançados pelo programa objeto deste.

O modelo de avaliação formativa, também denominada avaliação de processo ou de aperfeiçoamento, envolve testes ou avaliações de processo de programas em andamento com o objetivo de realizar modificações ou aperfeiçoamentos (CALMON, 2009). Portanto a avaliação ocorreu no momento em que as ações do programa ocorriam à medida que identifica pontos fortes e frágeis e fornece informação para aprimoramento da intervenção, especialmente a partir da perspectiva daqueles que serão beneficiados pelo programa.

Para a construção do modelo se definiu o tipo de avaliação, critério de seleção da amostra, a forma de obtenção e análise de dados, padrões de propriedade, as limitações do estudo e a divulgação dos resultados baseados no Modelo Lógico do Programa (MLP). A construção do MLP teve base à conjectura do próprio programa, adotada como parâmetro para comparação dos eventos previstos e os eventos observados (AQUINO, 2006; CARVALHOSA, DOMINGOS, e SEQUEIRA, 2010).

Fundamentada nessa concepção, para uma avaliação formativa, fez-se necessário primeiramente entender as premissas teóricas em que o programa se fundamenta, ou seja, como determinadas ações conduzem a determinados resultados para os seus beneficiários. Assim, o MLP foi baseado nos pilares propostos por Hartz pelos seus componentes (AQUINO, 2006): explicação do problema e referências básicas (objetivo, público-alvo e beneficiários); estruturação do programa para alcance de resultados (Resultado Final, Impactos e Efeitos Indiretos) e; identificação de fatores de contexto (AQUINO, 2006; HARTZ e SILVA, 2005).

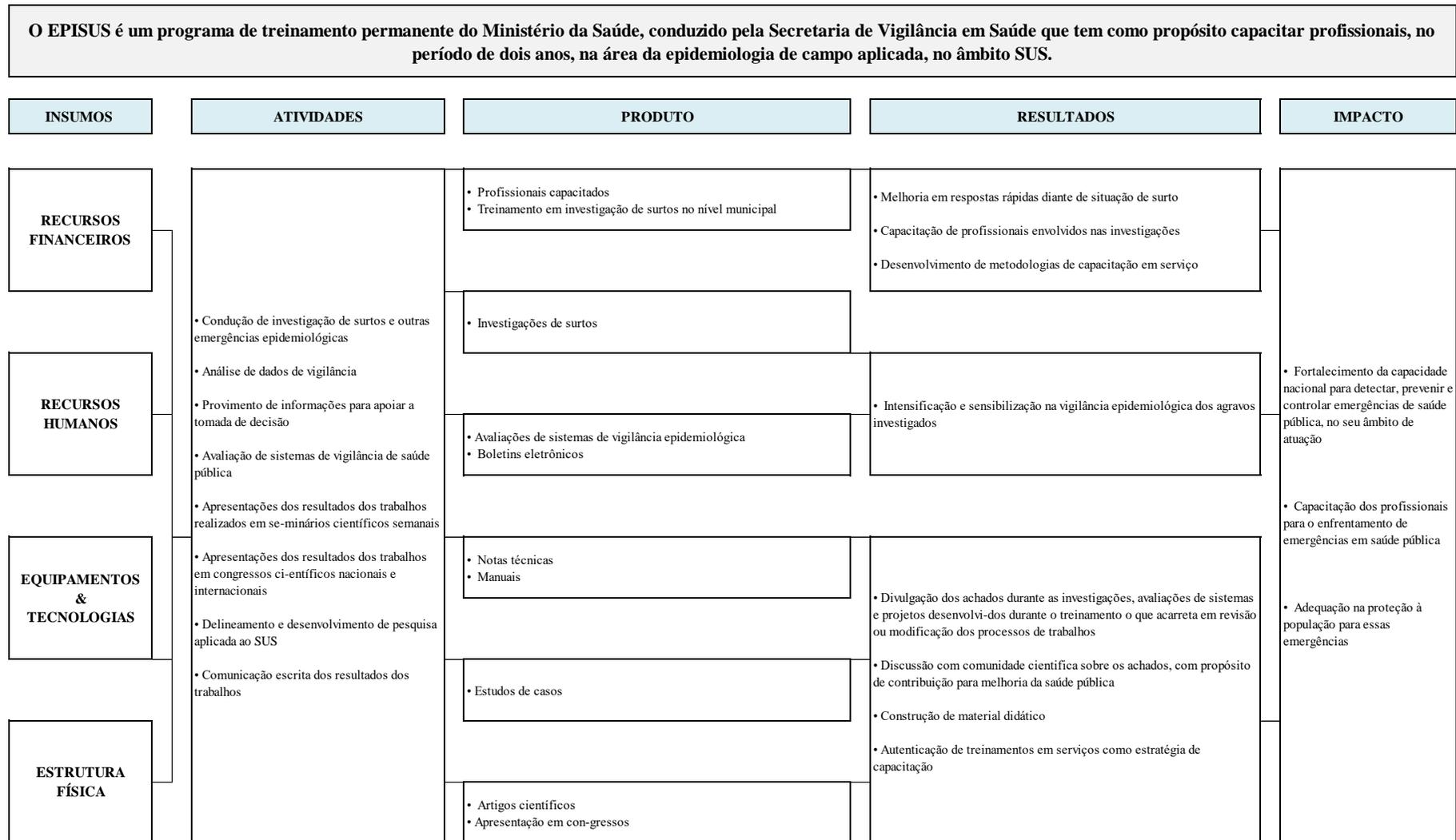
Chen afirma que a teoria do programa busca identificar recursos, atividades, e possíveis resultados desejados e a especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos (CHEN, 2004; FELISBERTO *et al.*, 2008). Desta forma a teoria subentendida de um programa ou política deve se ligar aos seus objetivos, para melhor explicar as sequencias causais que articulam meios e fins ou, ainda, um modelo plausível de como se espera que o programa deva funcionar (FELISBERTO, *et al.*, 2008).

O MLP foi construído, utilizando como base a representação do funcionamento do

programa, através de seus componentes estruturais. A descrição dos componentes do programa foi resumida segundo a lógica proposta por Santos. Esta proposta faz parte da estratégia de avaliação de programas e permitiu compreender a estrutura e abrangência do programa bem como seu funcionamento (SANTOS, 2005).

Os principais elementos necessários para a operação do EPISUS, que está atrelada a execução do treinamento, são: insumos - foram considerados insumos essenciais recursos financeiros, humanos, equipamento e tecnologias, estrutura física; atividades - desenvolvidas durante o treinamento; produtos - gerados pelos treinandos; resultados e impacto; dispostos na figura seguinte.

Figura 3 - Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS - EPISUS - Modelo Lógico do Programa, 2011



Caracterização do contexto organizacional do EPISUS

Para caracterizar o contexto organizacional do EPISUS e as características estruturais disponíveis para realização do treinamento, foi realizada uma análise documental. Foram considerados documentos que serviram como referência para apresentação do processo de implantação e organização atual, aqui relacionados: o projeto VIGISUS II e relatórios de acompanhamento (1999); relatórios de gestão (2001-2009); relatório da Avaliação Externa do EPISUS, 2004 e 2006; Manual do Treinamento, versão 2010 e a revista Memórias do EPISUS – 10 Anos - Colaborando nas Respostas às Emergências em Saúde Pública, 2011.

Para descrever o processo de implantação e estruturação do EPISUS, foram realizadas duas reuniões (janeiro e fevereiro de 2011) com o corpo técnico do programa que atuam na formação dos treinandos, reuniões essas que são realizadas periodicamente a cada mês. Participaram da reunião: dois monitores, dois supervisores e dois coordenadores, sendo o atual coordenador do programa e o anterior, todos estes profissionais atuavam ou atuaram por mais de dois anos no programa na função mencionada.

A segunda reunião contou com a participação de um profissional atuante no Departamento de Vigilância Epidemiológica, mas externo ao EPISUS, com conhecimentos em planejamento e avaliação na gestão do SUS. Este profissional auxiliou nos delineamentos e discussões para a caracterização do contexto organizacional do programa.

Assim foi pré-definido e padronizado junto com os *Stakeholders* um roteiro para discussão durante as reuniões abordando a equipe e composição da coordenação, reconhecimento institucional e certificação, recursos e incentivos financeiros, sustentabilidade do programa e modelo de formação baseado no currículo internacional proposto pelo FETP (ANEXO 1).

O resultado desta etapa permitiu a elaboração do MLP no qual se apresentou os componentes e indicadores de estrutura, processo e resultados e a partir deste foi organizada a composição da caracterização do contexto organizacional do programa, com a finalidade de auxiliar a discussão da conformidade entre os objetivos propostos como resultados esperados do programa.

Perfil dos egressos do EPISUS e inserção no SUS

Para descrever o perfil dos egressos e sua inserção no SUS, foi utilizado como banco

dados secundários uma planilha em Excel, a qual se encontra a cargo da coordenação do programa que a mantém atualizada rotineiramente. Esta base é composta das seguintes variáveis: ano de ingresso no programa (coorte), sexo, UF de origem, formação acadêmica, maior titulação acadêmica no momento do ingresso e atual, UF de atuação profissional atual, instituição que atua ultimamente, e atividades profissionais realizadas na instituição de atuação presente.

De acordo com esses dados foi feita uma categorização a partir do local de atuação profissional e atividades realizadas para a classificação de cumprimento o não dos objetivos propostos pelo programa. Este item foi apresentado de duas formas: a primeira se desenvolveu, em qualquer momento após o treinamento, por pelo menos seis meses atividades relacionadas aos objetivos do programa, e a segunda se desenvolve atualmente atividades relacionadas aos objetivos do programa.

Para analisar a inserção dos egressos no SUS foram consideradas informações sobre a instituição de atuação, ou seja, se esta instituição pertence a SUS. Os dados utilizados para esta avaliação possuem data de atualização o mês de novembro do ano de 2011.

População de estudo

Foram eleitas as oito coortes que já havia terminado o treinamento, o que correspondeu às coortes iniciadas entre 2000 e 2009, totalizando 89 profissionais aqui entendidos como sujeitos da pesquisa. Foram excluídos da avaliação todos os egressos pertencentes às coortes elegidas que não constavam informações na planilha de dados utilizada.

Análise de dados

Para descrever o perfil dos egressos foram apresentados o número absoluto e proporção em relação a ano de ingresso, formação, titulação de ingresso, titulação atual, incremento na titulação, região e estado de origem, atua em estado de origem e área de atuação. Após esta etapa analisou-se a distribuição das variáveis descritas distribuídas por ano de ingresso observando se havia diferença estatisticamente significativa na proporção destas variáveis no decorrer do período.

Utilizando a conformidade como dimensão desta avaliação, dois desfechos foram analisados para avaliar diferenças entre as proporções dos desfechos relacionadas ao fato de realizar atividades relativas aos objetivos do programa, são eles: ter atuado em atividades relativas aos objetivos do EPISUS após o treinamento (por pelo menos seis meses) e atuar em atividades relativas aos objetivos do EPISUS atualmente (ano de 2011).

Para a análise estatística, utilizou-se o programa Stata versão 8.0 (*Stata Corporation, College Station, EUA*). Na análise foi utilizado como testes estatísticos o Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para comparação das proporções, para tanto foi adotado significância estatística de nível de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

Aspectos Éticos

A proposta em questão atende a todos os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Durante todo o processo foi garantido o sigilo das informações pessoais existentes na base de dados. Foi solicitada junto ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde autorização para a realização do estudo através de Termo de Autorização onde foram explicitados os objetivos da avaliação (ANEXO 2).

Uma vez que nas avaliações formativas o próprio avaliador pode estar incluído como objeto de estudo por se tratar de uma avaliação interna, cabe mencionar que o autor deste fez parte da coordenação do programa durante a coleta e análises dos dados. Sendo assim, esta avaliação está permeada em seu contexto com uma constante articulação entre o distanciamento científico e o compromisso de executor da atuação no EPISUS.

O projeto foi realizado utilizando-se a própria estrutura do MS, instituição a qual o autor esteve inserido e, portanto não necessitou de atividades que utilizassem financiamento.

CAPITULO IV - RESULTADOS

Contexto organizacional do EPISUS

Desde sua implantação o EPISUS não constava oficialmente no organograma da SVS, somente no início de 2011 foi inserido oficialmente na estrutura da SVS como Unidade Técnica do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS inserida da Coordenação Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública (CGVR).

O programa tem como objetivo capacitar profissionais de áreas específicas da saúde, em especial, para: a) investigar surtos/epidemias e eventos inusitados; b) avaliar sistemas de vigilância em saúde pública; c) analisar dados de sistemas de informação em saúde; d) divulgar informações de saúde pública; e) gerenciar e liderar equipes para as atividades de epidemiologia aplicada no campo e nos serviços; f) servir como referência científica nacional para a epidemiologia de campo; g) capacitar outros profissionais de saúde em epidemiologia de campo; h) contribuir para o fortalecimento da vigilância em saúde.

Partindo destes objetivos, o programa visa prover capacitar profissionais para o fortalecimento nas três esferas de governo no âmbito dos serviços, para contribuir nas respostas às emergências epidemiológicas bem como eventos de interesse em saúde pública, e quando necessário colaborar nas respostas e no desenvolvimento de capacidade técnica para o enfrentamento de problemas de saúde pública também no âmbito internacional.

Precursor do atual Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS - implantado a partir de 2005 em 50 pontos do País - secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde das capitais), o EPISUS juntamente com o CIEVS coloca hoje o país na vanguarda mundial da preparação e resposta às emergências de saúde pública nacional e internacional, atendendo assim à exigência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005.

Estrutura formativa EPISUS

Seguindo o currículo padrão internacional, o treinamento deve ter uma duração de dois anos, com carga horária de 3.600 horas presenciais, sendo aproximadamente 2.700h em atividades práticas e 900h em atividades teóricas, estas, em cursos de epidemiologia,

vigilância em saúde, comunicação oral e escrita, bioestatística, biossegurança e uso de softwares de análise de dados, funcionando dentro da ideia de “aprender fazendo”.

O treinamento se inicia com um curso introdutório ainda durante o processo seletivo com duração de cinco dias. Os candidatos aprovados na fase final da seleção iniciam as atividades participando de um curso intensivo de imersão de quatro semanas de duração incluindo sábados e domingos, no qual são focados conteúdos de epidemiologia, bioestatística, vigilância em saúde, ética em pesquisa entre outros.

Esse curso está dividido em atividades teóricas e práticas, sendo que durante os dias úteis da semana (segunda a sexta-feira) são administradas aulas teóricas e práticas, e aos sábados e domingos são realizadas as atividades práticas, as quais consistem na realização de um estudo proposto pela coordenação do programa juntamente com alguma área técnica da SVS, em parceria com os gestores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, para responder alguma pergunta investigativa de necessidade local. Ao término do curso intensivo os treinandos apresentam os resultados desse estudo para os gestores correspondentes.

Após o curso intensivo, os treinandos são alocados em áreas técnicas da SVS, e direcionados a trabalhar durante o treinamento com algum evento ou doença específica, como por exemplo, hantavírus, febre amarela, influenza, meningites, tuberculose, hanseníase, dengue, malária, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, como câncer, violência urbana, entre outros.

Durante o primeiro ano, os treinandos desenvolvem suas atividades nas áreas técnicas onde foram alocados e permanecem à disposição nas 24 horas do dia, nos sete dias da semana para investigar surtos ou participar de outras atividades relacionadas ao propósito do treinamento. Segundo o guia operativo do programa cada treinando deve participar de pelo menos três investigações de surtos, sendo que em pelo menos um deles no papel de investigador principal. Ainda no primeiro ano o treinando realiza uma avaliação de sistema de vigilância em sua área de atuação previamente discutido para a melhoria do mesmo.

No segundo ano o foco do treinamento é o desenvolvimento de um projeto de pesquisa aplicada, juntamente com escrita científica, continuando ainda disponível para qualquer emergência epidemiológica que se faça necessário para atingir os objetivos do programa.

Nos dois anos de treinamento são realizadas atividades sistemáticas em epidemiologia aplicada, como aulas teóricas, cursos sobre temas necessários para embasar, suprir ou atualizar conhecimentos para desenvolver as atividades do treinamento. Estas atividades são norteadas pelos componentes propostos no currículo internacional quais sejam: seminários

científicos semanais, estudos dirigidos (estudo de caso e discussão de estudos epidemiológicos), leitura e análise de crítica de artigos científicos, ciclo de estudos da SVS, curso de atualização oferecido pela SVS e outras instituições que seja relacionada com epidemiologia e saúde pública, participação em congressos científicos nacionais e internacionais e outras atividades de interesse para o programa.

Equipe interna do EPISUS

A equipe interna é composta por duas frentes, sendo uma técnico-científica e outra administrativa. A técnico-científica é composta de: um Coordenador de programa, este responsável pelo desenvolvimento técnico-científico, atividades gerenciais e supervisão geral do treinamento e um Coordenador Assistente, responsável, por atividades referentes ao desenvolvimento técnico-científico e gerencial do treinamento e substitui o coordenador na sua ausência. Essas funções são ocupadas por egressos do programa desde a terceira coorte.

Ademais, compõem a equipe, egressos que já concluíram o treinamento, na função de supervisores e monitores, dependendo do tempo que estão inseridos na coordenação do programa e da experiência adquirida até então; desenvolvem atividades relacionadas à orientação/monitoramento, supervisão e aperfeiçoamento do programa, acompanham os treinandos em investigações de campo, avaliações internas de sistemas de vigilância em saúde e no desenvolvimento de projetos de estudo para cumprimento dos créditos da capacitação. Todos os integrantes que compõem a equipe técnica desenvolvem atividades de docência durante o treinamento. Atualmente a coordenação do EPISUS é composta por cinco técnicos.

A equipe técnico-administrativa é composta por dois administradores e dois apoios administrativos, responsáveis também pelas atividades administrativas da CGVR, uma vez que o EPISUS se encontra inserido nesta coordenação.

A esta equipe cabe toda a execução dos tramites da parte documental da seleção das novas coortes, aquisição de passagens e diárias para as investigações de surtos e realização de cursos ou reuniões técnicas fora de Brasília/DF, gozo de férias, organização e envio dos relatórios das investigações aos municípios e estados envolvidos na mesma, verificar cumprimento de prazos estabelecidos para realização dos relatórios pelos treinandos, controlar frequência dos treinandos, bem como as atividades rotineiras como: expedir ofícios e memorandos relativos a necessidades da área técnica, registrar a entrada e saída de documentos; arquivar documentos, acompanhar processos administrativos pertinentes a área

técnica, suporte administrativo e técnico na área orçamentária e financeira e executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade referentes ao componente administrativo.

Seleção dos treinandos

O MS, desde o início do programa, publica uma vez por ano, através de edital o concurso para a seleção dos candidatos ao treinamento. Geralmente o processo seletivo ocorre no segundo semestre do ano. O edital é veiculado na página eletrônica da SVS/MS, jornais de grande circulação e conselhos profissionais compatíveis com áreas de formação aceitas pelo programa (ANEXO 3).

Por se tratar de um programa presencial e exigir dedicação exclusiva por parte do treinando, não é permitindo a realização simultânea de outras atividades de trabalho ou cursos acadêmicos. O local de realização do treinamento é na SVS/MS em Brasília-DF.

Atualmente estão aptos a participarem do processo seletivo profissionais da área de saúde, com curso de graduação completo em biologia, biomedicina, enfermagem, farmácia, medicina, medicina veterinária, nutrição e odontologia. Não são aceitas as inscrições de profissionais com outras formações acadêmicas, senão aquelas descritas no edital.

Incentivo durante o treinamento

Como forma de retenção nos dois anos de treinamento, o programa desde sua criação, oferece auxílio-estudante para o treinando. Entre 2000 e 2008 o incentivo era proveniente da *United Nations Economic Social and Cultural Organization* (UNESCO) através do Projeto VIGISUS II, e a partir de 2009 os recursos para sua manutenção foram inseridos no orçamento do Fundo Nacional de Saúde (FNS), por meio de convênio com o Conselho Nacional de Tecnologia e Pesquisa (CNPq).

Atualmente o auxílio-estudante, modalidade EPI, no valor de R\$ 4.400,00 (quatro mil e quatrocentos reais), é pago por até 24 (vinte e quatro) meses, aos treinandos, exceto aqueles que são servidores públicos federais vinculados a qualquer unidade/órgão do MS que tenham sido selecionados para o treinamento, conforme RN 005/2009 do CNPq, que seguem recebendo seus honorários.

Os candidatos selecionados para o treinamento, não domiciliados em Brasília - DF,

recebem auxílio-deslocamento no início da vigência da bolsa, e na conclusão do treinamento quando o graduado deverá retornar imediatamente ao seu estado de origem (residência). O valor do auxílio-deslocamento está fixado na RN 005/2009 de acordo com o local de origem do candidato, tendo como referência a capital do Estado de origem.

A interrupção ou a não conclusão injustificadas do treinamento obrigam o bolsista a ressarcir integralmente ao CNPq todas as despesas realizadas em seu proveito, corrigidas monetariamente de acordo com a correção dos débitos para com a Fazenda Nacional, acrescidas de juros de 1% (um por cento) do mês-calendário ou fração, conforme disposto na legislação federal vigente.

Certificação

O EPISUS como programa de treinamento formador de profissionais em saúde pública, não é reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura como pós-graduação ou similar. Ao término do treinamento, os alunos recebem um certificado, com um total de 3.600 horas, fornecido pela SVS/MS e CNPq (sendo este último desde as coortes finalizadas a partir de 2009). Até 2009 o certificado era emitido (firmado) também pelo CDC pelo fato de configurar uma parceria entre o CDC pelo financiamento e pela presença de consultores residente na coordenação do programa. Em um total de três, estes consultores atuavam na qualidade de tutor orientador das investigações realizadas pelos treinandos nos moldes do EIS, uma vez que estes eram egressos deste programa.

A emissão deste certificado está atrelada ao cumprimento dos créditos obrigatórios e da avaliação das competências e habilidades requeridas pelo programa durante os dois anos do treinamento. Adicionalmente o CNPq emite a declaração de que o treinando foi bolsista desta instituição durante o treinamento.

Produção científica

Uma vez que, todas as investigações e estudos aplicados realizadas no decorrer dos dois anos de treinamento devem conter o rigor científico, os resultados decorrentes das 220 emergências de saúde pública, sendo 106 avaliações de sistemas de vigilância em âmbito municipal, estadual ou nacional e de 89 estudos aplicados como trabalho final do treinamento,

foram divulgadas 140 trabalhos em forma de apresentação em conferências nacionais e internacionais e 90 manuscritos entre artigos em revistas indexadas de impacto nacional e internacional e boletins eletrônicos no portal eletrônico da SVS.

Perfil dos egressos

Em 31 de julho de 2000 teve início a primeira coorte do EPISUS, com 11 treinandos e, em 14 de setembro de 2001, a segunda coorte, com 10 profissionais das áreas da enfermagem, medicina e medicina veterinária. O EPISUS foi organizado e implantado pela Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Epidemiologia, no CENEPI/FUNASA.

Nos dois primeiros anos, o programa contou com a assessoria técnica de dois consultores residentes do CDC, para a implantação, programação e orientação de atividades (teóricas e práticas) do treinamento, bem como para assessorias específicas como, por exemplo, a abordagem frente a situações de emergência epidemiológica). A presença destes técnicos do CDC possibilitou a padronização do treinamento segundo o *Field Epidemiology Training Program Standard Core*.

A partir de junho de 2002, o programa passou a contar com um único consultor do CDC. Nos anos de 2002 e 2003, em razão de realocação de recursos do projeto VIGISUS, pela presidência da FUNASA, não foi possível a admissão de novas turmas.

Em 09 de junho de 2003, por meio do decreto 4.726, houve a extinção do CENEPI/FUNASA, tendo sido criada a SVS, ligada diretamente ao gabinete do Ministro da Saúde. Naquele novo contexto, as atividades de vigilância foram ampliadas e reorganizadas, e o EPISUS sofreu modificação em sua localização e gerência organizacional dentro da instituição.

Em 08 de março de 2004 foi iniciada a terceira coorte do EPISUS, composta por 11 treinandos, sendo incluída a participação de profissionais das áreas de biologia, biomedicina e farmácia.

Neste mesmo ano, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, implementa um programa estadual nos moldes do EPISUS, com o diferencial que, nos dois anos de treinamento, os alunos realizam concomitante o mestrado na instituição conveniada. A coordenação deste curso inicialmente esteve a cargo de egressos do EPISUS nacional.

Em 02 de maio de 2005 teve início a quarta coorte do EPISUS, composta de 13 treinandos. Neste ano, com a finalidade de compor quadros nos Estados e na tentativa de iniciar um processo de futura descentralização do treinamento para o nível estadual, foram disponibilizadas no edital de abertura do processo de seleção, vagas para os estados do Ceará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que serviriam como piloto desta proposta.

No dia 02 de maio de 2006, teve início a quinta coorte, sendo composta por 13 treinandos. Neste ano o consultor residente, de que o programa contava desde sua implantação, foi substituído por outro. Nesta coorte e nas demais não foram disponibilizadas vagas para nenhum estado específico.

Em 02 de abril de 2007, a sexta coorte, com 10 treinandos, teve seu início, agregado mais duas categorias profissionais: odontologia e nutrição.

Em 02 de maio de 2008, foi iniciada a sétima coorte com sete treinandos. Em 2009, a oitava coorte com 14 treinandos. Neste ano o programa deixou de contar com o consultor do CDC, quando toda a supervisão foi assumida por egressos do próprio programa.

Ingressaram no programa, até junho de 2012, 115 profissionais, destes, 98 são egressos e os demais compõem a 10^a e a 11^a coorte, e atualmente se encontram em treinamento.

Dos 89 egressos, população foco desta avaliação e correspondentes às oito primeiras coortes, 60,7% corresponde ao sexo feminino. Em relação à graduação do egresso, 28,1 % são médicos veterinários, 27,0% são enfermeiros, 14,6% biólogos, 14,6% médicos, 5,6% farmacêuticos, 4,5% odontólogos, 3,4% biomédicos e 2,3% nutricionista.

No momento em que ingressaram no programa 47,2% contavam com pós-graduação no nível de mestrado, 46,1% com especialização e 6,7% doutorado e atualmente observa-se que um 10,1% se manteve no nível de especialização, 47,2% de mestrado, 11,2% doutorado, somado a 13,5% está cursando o mestrado e 18,0% o doutorado, portanto 24,7% dos egressos tiveram um incremento no nível de titulação após o treinamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção (%)
Ano de ingresso		
2000	11	12,4
2001	10	11,2
2004	11	12,4
2005	13	14,6
2006	13	14,6
2007	10	11,2
2008	7	7,9
2009	14	15,7
Sexo		
Feminino	54	60,7
Masculino	35	39,3
Formação		
Biologia	13	14,6
Biomedicina	3	3,4
Enfermagem	24	27,0
Farmácia	5	5,6
Medicina	13	14,6
Medicina Veterinária	25	28,1
Nutrição	2	2,3
Odontologia	4	4,5
Titulação ingresso		
Especialização	41	46,1
Mestrado	42	47,2
Doutorado	6	6,7
Titulação atual		
Especialização	9	10,1
Mestrado	42	47,2
Doutorado	10	11,2
Cursando Mestrado	12	13,5
Cursando Doutorado	16	18,0
Incremento no nível de titulação		
Sim	22	24,7
Não	67	75,3

Quando distribuimos os egressos segundo sua região de origem se observa que há egressos das cinco regiões do Brasil, entretanto observa um maior percentual procedentes das regiões sudeste, centro-oeste e nordeste com 32,6%, 24,7% e 22,5% respectivamente, sendo o Distrito Federal e os estados de São Paulo e Pernambuco responsáveis por mais 54,0% do total. Do total de egressos 46,1% retornaram a seus Estados de origem (Tabela 2).

Dos 89 egressos incluídos na avaliação, se obteve informação de local de atuação de 88, e se observou que 52,3% desempenham atividades de vigilância epidemiológica em sua

área de atuação, 11,4% em instituições de ensino superior sendo que 5,7% como docentes e 5,7% como alunos de cursos de pós-graduação, 8,0% na Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 6,8% na coordenação do EPISUS como coordenador, supervisor ou monitor, 6,8% no SUS em atividades de assistência, 4,5% classificado na tabela como SUS-Outros, desempenhando atividades de planejamento e gestão no MS, 3,4% atuam em atividades de relacionadas a agricultura, sendo dois técnicos na esfera nacional e um na esfera estadual, 2,3% estão lotados no CDC, 2,3% atuam em atividades de FETP, sendo um na coordenação da REDSUR e outro na coordenação de um FETP nacional de um país da América do Sul, e 1,1% atua na saúde indígena na esfera nacional e 1,1% como consultor internacional da OPAS no Brasil (Tabela 2).

Cinco egressos atualmente atuam fora do país, sendo que três em atividades relacionadas à vigilância epidemiológica e dois em instituições de ensino superior como alunos de mestrado e doutorado respectivamente.

Tabela 2 – Características do Estado de origem e área de atuação dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção (%)
Região e estado de origem		
Centro-oeste	22	24,7
DF	19	21,3
GO	2	2,2
TO	1	1,1
Nordeste	20	22,5
BA	5	5,6
CE	2	2,2
MA	1	1,1
PE	11	12,4
PI	1	1,1
Norte	6	6,7
AP	1	1,1
PA	1	1,1
RN	1	1,1
RO	2	2,2
RR	1	1,1
Sudeste	29	32,6
ES	1	1,1
MG	7	7,9
RJ	3	3,4
SP	18	20,2
Sul	12	13,5
PR	1	1,1
RS	8	9,0
SC	3	3,4
Atuam em estado de origem		
Sim	48	46,1
Não	41	53,9
Área de atuação*		
Agricultura	3	3,4
ANVISA	7	8,0
CDC - EUA	2	2,3
EPISUS	6	6,8
FETP - Internacional	2	2,3
Instituição Ensino Superior - Aluno	5	5,7
Instituição Ensino Superior - Docência	5	5,7
OPAS	1	1,1
Saúde Indígena	1	1,1
SUS - Assistência	6	6,8
SUS - Vigilância Epidemiológica	46	52,3
SUS - Outros	4	4,5

*Sem informação de um egresso

Diante das características descritas no perfil dos egressos, foi realizada uma análise,

buscando possíveis diferenças das características deste perfil no decorrer do período estudado. Observou-se diferença estatisticamente significativa para a variável formação do egresso no ingresso do treinamento ($p=0,005$). Já a partir da segunda coorte observa-se um decréscimo dos participantes médicos, entretanto a proporção de médico veterinário e enfermagem se mantêm (Tabela 3).

Em relação à titulação no ingresso observa-se um incremento na mesma principalmente no nível de mestrado e nas últimas três coortes o surgimento de treinandos ingressando com doutorado ($p=0,001$). Também observar-se atualmente que os egressos possuem uma titulação maior do que no momento de seu ingresso no treinamento ($p=0,000$) (Tabela 3).

Foi observado que os egressos provem de todas as regiões do país, entretanto não há egressos dos estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Pará. Não foi observada associação entre o ano de ingresso no programa quando analisado se o mesmo atua em seu estado de origem ($p=0,138$) (Tabela 4).

Em relação ao ano ingresso e voltar a atuar na UF de origem após o treinamento observa-se que em todas as coortes uma parcela dos egressos retorna, variado de um percentual de 10,0% a 69,2% no período estudado, esta diferença não está associada ($p=0,138$) com o ano de ingresso (Tabela 5).

Quando analisada à área de atuação atual do egresso observou-se diferença no decorrer do período analisado ($p=0,005$), observa-se egressos atuando em organismos internacionais, (CDC e OPAS), em outras áreas do SUS não relacionadas à epidemiologia, e como docente em Instituição de Ensino Superior (IES) para egressos que pertencem às coortes mais antigas. A partir da quinta coorte observam-se egressos atuando na área de agricultura e egressos que atuam como alunos em IES pertencentes a coortes mais recentes. Na classificação de área de atuação relacionada à vigilância epidemiológica observa-se que todas as coortes possuem representantes (Tabela 5).

Tabela 3 – Características do perfil associados e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção por ano de Ingresso								Valor de p
		2000	2001	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
		11	n=10	n=11	n=13	n=13	n=10	n=7	n=14	
Sexo										
Feminino	54	63,6	50,0	45,5	53,9	53,9	60,0	85,7	78,6	0,562
masculino	35	36,4	50,0	54,6	46,2	46,2	40,0	14,3	21,4	
Formação										
Biologia	13	0,0	0,0	36,4	15,4	7,7	30,0	0,0	21,4	0,005
Biomedicina	3	0,0	0,0	0,0	0,0	15,4	10,0	0,0	0,0	
Enfermagem	24	36,4	50,0	9,1	46,2	7,7	20,0	28,6	21,4	
Farmácia	5	0,0	0,0	9,1	7,7	15,4	10,0	0,0	0,0	
Medicina	13	54,6	10,0	18,2	15,4	0,0	0,0	0,0	14,3	
Medicina Veterinária	25	9,1	40,0	27,3	15,4	53,9	20,0	42,9	21,4	
Nutrição	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	
Odontologia	4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	28,6	7,1	
Titulação Ingresso										
Especialização	41	54,6	90,0	45,5	61,5	7,7	60,0	42,9	21,4	0,001
Mestrado	42	45,5	10,0	54,6	38,5	92,3	30,0	42,9	50,0	
Doutorado	6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	14,3	28,6	
Incremento no nível de titulação										
Sim	22	63,6	80,0	18,2	30,8	0,0	10,0	0,0	0,0	0,000
Não	67	36,4	20,0	81,8	69,2	100,0	90,0	100,0	100,0	

Valor de p aceito < 0,05, por Qui-quadrado de *Pearson*

Tabela 4 – Características da região e estado de origem associados e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção por ano de Ingresso								Valor de p
		2000 11	2001 n=10	2004 n=11	2005 n=13	2006 n=13	2007 n=10	2008 n=7	2009 n=14	
Região de Origem										
Centro-Oeste	22	54,5	0,0	18,2	15,4	38,5	20,0	0,0	35,7	0,373
Nordeste	20	9,1	30,0	18,2	30,8	15,4	40,0	28,6	14,3	
Norte	6	0,0	10,0	18,2	7,7	0,0	10,0	0,0	7,1	
Sudeste	29	36,4	50,0	36,4	38,5	23,1	30,0	28,6	21,4	
Sul	12	0,0	10,0	9,1	7,7	23,1	0,0	42,9	21,4	
Estado de Origem										
AP	1	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,686
BA	5	0,0	10,0	0,0	7,7	0,0	10,0	14,3	7,1	
CE	2	0,0	0,0	0,0	7,7	7,7	0,0	0,0	0,0	
DF	19	45,5	0,0	9,1	15,4	30,8	20,0	0,0	35,7	
ES	1	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
GO	2	9,1	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	
MA	1	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	
MG	7	0,0	20,0	9,1	15,4	7,7	10,0	0,0	0,0	
PA	1	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
PE	11	9,1	20,0	18,2	0,0	7,7	30,0	14,3	7,1	
PI	1	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	
PR	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	
RJ	3	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	
RN	1	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
RO	2	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	
RR	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	
RS	8	0,0	0,0	9,1	7,7	15,4	0,0	28,6	14,3	
SC	3	0,0	10,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	7,1	
SP	18	18,2	20,0	27,3	23,1	15,4	20,0	28,6	14,3	
TO	1	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Valor de p aceito < 0,05, por Qui-quadrado de *Pearson*

Tabela 5 – Características de atuação em estado de origem e área de atuação atual associado e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção por ano de Ingresso								Valor de p
		2000	2001	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
		11	n=10	n=11	n=13	n=13	n=10	n=7	n=14	
Atua em UF de origem										
Sim	41	63,6	10,0	54,6	69,2	38,5	50,0	28,6	42,9	0,138
Não	48	36,4	90,0	45,5	30,8	61,5	50,0	71,4	57,1	
Área de atuação*										
Agricultura	3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	28,6	0,0	0,005
ANVISA	7	0,0	0,0	20,0	0,0	23,1	10,0	0,0	7,1	
CDC - EUA	2	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
EPISUS	6	0,0	20,0	0,0	7,7	7,7	10,0	0,0	7,1	
FETP - Internacional	2	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	10,0	0,0	0,0	
Instituição Ensino Superior - Aluno	5	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	10,0	0,0	21,4	
Instituição Ensino Superior - Docência	5	18,2	10,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	7,1	
OPAS	1	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Saúde Indígena	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	
SUS - Assistência	6	0,0	30,0	10,0	7,7	0,0	0,0	0,0	7,1	
SUS - Vigilância Epidemiológica	46	36,4	20,0	70,0	76,9	46,2	50,0	71,4	50,0	
SUS - Outros	4	27,3	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Valor de p aceito < 0,05, por Qui-quadrado de *Pearson*

*Sem informacao de um egresso

Inserção no SUS

Cem por cento dos egressos atuaram em algum momento no SUS ou após o treinamento. Dos 89 egressos 92,1% atuaram em algum momento após o treinamento em atividades relacionadas aos objetivos do programa e ultimamente 70,5% atuam (Tabela 6).

Tabela 6 - Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção (%)
Atividades técnicas relacionada aos objetivos do EPISUS após o treinamento	82	92,1
Atividades técnicas relacionada aos objetivos do EPISUS em 2011*	62	70,5

*sem informacao de um egresso

Quando analisado a variável realizar atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS após o termino do treinamento e ano de ingresso, observa-se que em duas coortes (quinta e nona) não tiveram 100% de seus egressos envolvidos em algum momento com atividades relacionadas aos objetivos do programa, o que não se observa nas demais coortes. Foi observada associação entre o ano de ingresso e realizar atividades relacionadas aos objetivos do EPISUS ($p=0,003$).

Na análise da variável, atividades técnicas relacionadas ao propósito do EPISUS em 2011, foi considerado que não realizava atividades, para o egresso que não foi possível obter informações sobre esta variável. Nesta análise foi observado que, embora todas as coortes tenham mais de 50% de seus ingressados atuando em atividades relacionadas os objetivos do programa, este percentual se difere em todas as coortes, variando de 54,6% a 90,0% no período estudado, embora variação não se apresente associada temporalmente em relação a atuar em atividades relacionadas aos objetivos do EPISUS e ano de ingresso ($p=0,477$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS associado e não associados por ano de ingresso dos egressos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2011.

Características	Número	Proporção por ano de Ingresso								Valor de p
		2000 11	2001 n =10	2004 n =11	2005 n =13	2006 n =13	2007 n =10	2008 n =7	2009 n = 14	
Atividades técnicas relacionada aos objetivos do EPISUS após o treinamento										
Sim	82	100,0	100,0	100,0	100,0	84,6	100,0	100,0	64,3	0,003
Não	7	0,0	0,0	0,0	0,0	15,4	0,0	0,0	35,7	
Atividades técnicas relacionada aos objetivos do EPISUS em 2011										
Sim	62	54,6	70,0	72,7	84,6	61,5	90,0	71,4	57,1	0,537
Não	27	45,5	30,0	27,3	15,4	38,5	10,0	28,6	42,9	

Valor de p aceito < 0,05, por Qui-quadrado de *Pearson*

Não foi observado diferença de proporções das variáveis estudadas: sexo feminino, ser graduado em medicina, enfermagem ou odontologia, ter titulação de mestrado ou doutorado no momento do ingresso ao EPISUS, ser proveniente das regiões Sul ou Sudeste e atuar na mesma UF de origem, quando comparadas ao fato de realizar ou não atividades relacionadas aos objetivos do EPISUS em algum momento após o treinamento (Tabela 8).

E finalmente quando analisamos o desfecho atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS em 2011, ou seja, atualmente, também não foi encontrado diferença nas proporções entre as variáveis estudadas: sexo feminino, ter titulação de mestrado ou doutorado no momento do ingresso ao EPISUS, ter incremento na titulação no período estudado, ser proveniente das regiões Sul ou Sudeste e atuar na mesma UF de origem. (Tabela 9).

Tabela 8 – Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS após o treinamento em relação às variáveis estudadas, Brasil, 2011.

Atividades técnicas relacionada aos objetivos do EPISUS após o treinamento		Número	Teste Exato de Fisher	Valor de p*
Sexo feminino	Sim	33	0,70	0,430
	Não	49		
Graduação em medicina, enfermagem ou Odontologia	Sim	41	0,70	0,411
	Não	48		
Titulação de mestrado ou doutorado no momento do ingresso ao EPISUS	Sim	48	0,12	0,084
	Não	41		
Proveniente das regiões Sul ou Sudeste	Sim	39	0,45	0,287
	Não	43		
Atua na mesma UF de origem	Sim	38	1,00	0,589
	Não	44		

*p ≤ 0,05

Tabela 9 - Atividades técnicas relacionadas aos objetivos do EPISUS em 2011, em relação às variáveis estudadas, Brasil, 2011.

Atividades técnicas relacionada aos objetivos do EPISUS em 2011		Número	Teste Chi2	Valor de p*
Sexo feminino	Sim	27	1,53	0,217
	Não	35		
Graduação em medicina, enfermagem ou Odontologia	Sim	26	1,40	0,236
	Não	36		
Titulação de mestrado ou doutorado no momento do ingresso ao EPISUS	Sim	30	25,30	0,112
	Não	32		
Proveniente das regiões Sul ou Sudeste	Sim	28	0,07	0,795
	Não	34		
Atua na mesma UF de origem	Sim	29	0,04	0,839
	Não	33		

*p ≤ 0,05

CAPITULO V - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em se tratando de educação permanente, principalmente quando essa formação se desenvolve no âmbito da saúde, há pontos a ser observado no que diz respeito à construção de mecanismo de consenso e enunciados coletivos entre instituições que se reconhecem diferentes e às vezes até competitivas; ao exercício na formulação de políticas local, já que estas instituições já estão acostumadas a executar uma política formulada por outros, principalmente pelo MS; e ao envolvimento de novos atores nesse processo a exemplo dos próprios alunos, atores chaves de qualquer programa de treinamento, formação ou capacitação (MOTTA, BUSS, e MATOS NUNES, 2001).

Uma vez que, em 2009 as atividades do programa foram inseridas no orçamento anual do FNS e neste mesmo ano a coordenação do programa foi assumida integralmente por egressos, nos leva a crer que o programa pode ser considerado autossustentável financeiramente e principalmente em relação à capacidade científica instalada. Ressaltasse que pelo fato de não existir nenhuma maneira formal já constituída para a permanência destes técnicos no programa, isto poderá no futuro prejudicar a continuidade do mesmo.

Deste modo, partindo da auto sustentabilidade do programa, da percepção de que descrevendo e analisando esta experiência e destacando sua importância para a mudança nos modelos habituais de formação em saúde estritamente teóricas, uma vez que a prática é sem dúvida uma ótima oportunidade para aplicar os conceitos proporcionados em "aulas formais", o modelo EPISUS, a exemplo dos mestrados profissionais, pode ser encarado como uma inovação no campo de formação em serviço, sobretudo pelo aporte decorrido das recomendações geradas durante as investigações de surto, eventos e estudos aplicados de importância em saúde.

Mesmo que o programa não se enquadre nos modelos formais de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu, principalmente por não ter reconhecimento acadêmico, o número de publicações e apresentações científica a partir dos relatórios gerados, faz com que o programa seja conhecido no meio científico, acadêmico e de serviço por compartilhar os resultados das investigações, a exemplo das investigações realizadas que geraram publicações e consequentemente contribuições substanciais para a melhoria da vigilância no país.

Dentre as publicações, algumas se destacam especialmente pelos novos conhecimentos gerados, a exemplo de temas relacionados à doença de Chagas aguda por transmissão oral (BELTRÃO *et al.*, 2009; NÓBREGA *et al.*, 2009), beriberi (LIMA *et al.*, 2010), febre

purpúrica brasileira (SANTANA-PORTO *et al.* 2009), febre amarela (DE ALMEIDA *et al.* 2012; COUTO, 2009” 2010; TUBOI *et al.*, 2007), dengue (SIQUEIRA *et al.*, 2004; SIQUEIRA *et al.*, 2005), rubéola (BARROS e SILVA, 2006; LANZIERI *et al.*, 2003; LANZIERI *et al.*, 2004; MOTA *et al.*, 2011) entre outras, o que poderá vir a contribuir para um futuro reconhecimento do programa como um modelo de pós-graduação.

Em se tratando do perfil de egressos de qualquer programa de formação, treinamento, capacitação, o fator idade pode ter importante relevância e pela lógica quando mais jovem um profissional receber um conhecimento se presume que mais tempo esse vai aplicá-lo em sua área atuação, pensando nessa linha este estudo apresenta a limitação em relação a esta variável, pois essa informação não estava contemplada na base utilizada.

O maior percentual do gênero feminino, observado em todas as coortes, mesmo que nas análises não apresente diferença estatística, pode ser explicado pelo processo de feminização de algumas áreas da saúde, esse mesmo padrão vem pode ser observado em outros estudos (KNAUTH, 2009), a exemplo dos cursos de odontologia e medicina (COSTA, DURÃES, e ABREU, 2010; MOIMAZ, SALIBA, e BLANCO, 2003).

Na população estuda a maior porcentagem observada em egressos com formação em enfermagem e medicina veterinária, pode ser explicada pelo fato de que as duas categorias de formação foram contempladas desde o início do programa, embora o perfil diminua nas coortes mais recentes, possivelmente pela inserção de outras áreas de formação, pode ser relacionada à necessidade de uma visão interdisciplinar no campo da investigação, principalmente conjecturando a respeito da transição epidemiológica (GOULART, 1999; VILELA e MENDES, 2003). Este padrão provavelmente pode ter contribuído para a o interesse de profissionais com outras áreas de formação no programa.

Mais da metade dos ingressados no programa possuíam titulação de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado e esse padrão aumentou com o passar dos anos. Além disso, houve um incremento de titulação pelos que foram formados pelo programa. Como este treinamento aceita profissionais com pelo menos uma pós-graduação em nível de especialização este padrão observado pode representar uma maior valorização do programa enquanto experiência e formação de recursos humanos em epidemiologia, talvez pela oportunidade da atuação prática ou que uma vez adquirido o conhecimento no treinamento, o qual não oferece uma titulação, esses profissionais sintam a necessidade de galgar um nível mais alto de titulação para melhor se colocarem no mercado de trabalho (LINS, TEIXEIRA e BARBOSA, 2005).

Como o objetivo de garantir o retorno dos egressos a seus estados de origem ao fim de treinamento, se criou vagas específicas para alguns estados em 2005, embora o acordo com os estados tenha sido cumprido, esta estratégia não seguiu adiante no próximo ano. O fato de a seleção ser pública e aberta a qualquer profissional que se enquadre nos requisitos propostos no edital, a destinação de vagas para um ou outro estado sem um acordo de comprometimento, principalmente com o profissional que for selecionado, poderia dar a entender que, direcionar uma vaga para este ou aquele estado poderia ferir a legitimidade no processo de seleção.

As regiões sudeste, centro-oeste e nordeste apresentaram maior representatividade de egressos, possivelmente explicada devido à densidade populacional em se tratando da região sudeste, pela proximidade geográfica ponderando o Distrito Federal como região centro-oeste, já em relação à região nordeste não há nenhuma hipótese que poderia explicar este fato, entretanto ressaltasse que o instituidor do programa, é originário desta região, e atuou na saúde pública de um estado desta região, o que provavelmente pode ter aumentado a divulgação do programa entre as instituições e profissionais de saúde neste estado e região.

Menos da metade dos egressos retornaram a seu estado de origem, que mais de 90% atuaram em algum momento após o treinamento e que um pouco mais de 70% desempenham atividades em áreas técnicas voltadas aos objetivos do programa demonstra que há uma retenção da força de trabalho formada pelo mesmo. Ademais que o programa cumpre parcialmente como objetivos do programa que é instalar capacidade nas três esferas de governo.

Ainda que grande parte dos egressos atue em áreas foco do programa, observa-se uma parcela fora, principalmente em instituições de ensino superior, seja como docente ou aluno de pós-graduação, esta situação deve ser pensada para que o egresso, mesmo que atuem nessas áreas, também possam paralelamente atuar em instituições que contemple um retorno para a saúde pública do país.

Este problema já havia sido mencionado no III Plano Diretor, que fez referência à "descontinuidade dos investimentos nos serviços de saúde e a falta de uma política adequada de recursos humanos" levando "a uma baixa fixação, ou mesmo, à evasão de profissionais capacitados" pelo setor público (III PLANO DIRETOR PARA O DESENVOLVIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL 2000-2004, 2000).

Este cenário apresenta pelo menos duas possíveis explicações para a não retenção total destes profissionais que pode ser aplicável a outros programas de formação em saúde em

países em desenvolvimento: a primeira é sobre a característica do próprio setor público de saúde do país, onde a carreira dos trabalhadores de saúde tem sido particularmente negligenciada; a segunda é a importância de se ter um posto definido de carreira para estes profissionais, a fim de reduzir a migração destes profissionais para áreas mais estáveis ou rentáveis no caso do setor privado (MACHADO e PEREIRA, 2002; OMS, 2007).

Em relação à retenção dos egressos tanto pelo próprio programa, com o objetivo de garantir a sustentabilidade técnica do programa, em se tratando de metodologia, bem como da inserção dos mesmos no SUS, neste estudo foi possível demonstrar que uma parte destes egressos, ademais de não atuar no SUS, também se encontram fora do país, fazendo com que o programa funcione como uma forma de projeção internacional, uma vez que outros países também necessitam de profissionais com esta formação. Esta evasão de egressos do FETP também foi demonstrada em uma avaliação realizada com foco nos programas de epidemiologia de campo da África (MUKANGA *et al.*, 2010; MUKANGA *et al.*, 2011).

Neste contexto este estudo demonstra pontos que devem entrar em discussão para um maior cumprimento dos objetivos do programa. Estas discussões devem focar tópicos relacionados à retenção de egressos e sua inserção no SUS. Segundo Schneider *et al.* (2011) para se manter o sucesso de um programa como o FETP o candidato deve ver o programa como um meio de progressão na carreira, portanto, a criação de um plano de carreira pelo MS, pode ser um importante desencadeador da qualidade e da sustentabilidade do programa (SCHNEIDER, EVERING-WATLEY e WALKE, 2011).

Outro fator pode ser encarado provavelmente como um dos principais temas que contribuem para a retenção este relacionado à remuneração, benefícios competitivos, como exemplo, a estabilidade e oportunidades limitadas de emprego (A, B, e D 2008). Uma vez que o programa possua uma política baseada nestes tópicos, poderá vir a atrair candidatos de alta qualidade ademais promover a sua retenção, dentro do MS (“THE LANCET, 2005; SCHNEIDER, EVERING-WATLEY e WALKE, 2011).

O fato de não possuir uma forma de retenção dos egressos, pode ser encarado como um ponto chave a ser discutido pelos coordenadores do programa para o melhor aproveitamento do “investimento” realizado nestes profissionais, conseqüentemente um entrave para lograr os objetivos do programa.

CAPITULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EPISUS tem um papel fundamental na saúde pública do país além de ser uma experiência inovadora na formação de profissionais de saúde, utilizando uma metodologia e permite a reflexão de que cada vez mais o programa caminha para ser interventivo nos serviços.

A esse debate é importante agregar a percepção de um nó crítico que se caracteriza pelo risco de tomar a aprendizagem em serviço como simples instrumento metodológico, desvinculado do projeto político-pedagógico. É fundamental evitar o viés de discutir apenas a partir da centralidade no sujeito que aprende, deixando de lado as condições concretas de prática e formação e a constituição do ensino como ação intencional. Experiências e análises teóricas inspiradas nos pressupostos da educação permanente em saúde, como o EPISUS, precisam ser compartilhadas, viabilizando a produção de um conhecimento que fortaleça a mudança, contribuindo para que se possa construir um novo caminho mais ativo e com bases educativas sólidas.

O programa tem duração de dois anos. Como em cada ano apenas são recrutados em média 10 participantes, a massa crítica de profissionais qualificados só será atingida daqui a 10 ou 20 anos, pensando-se na dimensão territorial de nosso país. Fica claro que o programa ainda está amadurecendo e deve, portanto, buscar aprender muito com as experiências vividas para alcançar um perfil dinâmico e ideal de formação, bem como para aproveitar este corpo de trabalho.

Portanto, nesta avaliação, se buscou abranger um compromisso não apenas com a melhoria da qualidade do programa, mas também com a abertura de novos caminhos no sentido de proporcionar formas alternativas de se chegar aos objetivos propostos. Neste caminho as metodologias ativas trazem a intenção de recuperar em seus protagonistas a capacidade de pensar, a reflexão sobre a ação, para que, a partir desse movimento, os sujeitos sociais possam manifestar suas adesões, suas resistências e, assim, explicitar as contradições existentes.

Buscar desvelar esta metodologia relacionada ao processo de ensino-aprendizagem, seus objetivos, métodos utilizados, competências adquiridas, formas de avaliação da aprendizagem, atitudes dos treinandos, dos monitores/supervisores e coordenação, entre outros fatores determinantes da aprendizagem pode ajudar na construção de um cenário que

ajude a identificar possíveis pontos frágeis no processo de treinamento quanto o modelo metodológico adotado. Embora este foco não seja contemplado neste estudo, este seria um bom exercício para futuras avaliações que busquem focar modelos aplicados de ensino-aprendizagem bem como competências adquiridas pelos egressos.

Reconhece-se que o MLP deverá no futuro ser adaptado para uma melhor adequação de acordo a realização de futuras discussões entre os envolvidos. Assim, acompanhar e analisar o processo de desenvolvimento do programa é fundamental; determinar possíveis fatores que podem apresentar-se como dificultadores, se apresentam de suma importância para reconhecer os aspectos facilitadores. Somente com base nos dados evidenciados é possível garantir a superação das dificuldades na construção de uma prática pedagógica condizente com o perfil do profissional a ser formado.

Futuros estudos de caráter avaliativo externo, para analisar o modelo de currículo e suas adaptações para o cumprimento dos objetivos do programa se fazem necessários e de preferência com foco nas competências adquiridas, o que poderia ser de grande valor para identificar possíveis pontos frágeis no cumprimento do currículo padrão que é proposto para um FETP.

Garantir a qualidade e a acreditação deste modelo de ensino com as adaptações dentro do contexto e necessidade do país poderia ajudar a formar profissionais com o perfil que o país realmente necessita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, Murray; MORLEY, Clive. The value of management education: Views of graduates on the benefits of doing a MBA. *High Educ*, [s.l.], v. 30, n. 2, p.175-187, set. 1995. Springer Science + Business Media. <http://dx.doi.org/10.1007/bf01384095>.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Rev. Bras. Educ. Med.*, [s.l.], v. 31, n. 3, p.296-303, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022007000300013>

ALMEIDA, Marco Antônio Barreto de et al. Yellow fever outbreak affecting Alouatta populations in southern Brazil (Rio Grande do Sul State), 2008-2009. *American Journal Of Primatology*, [s.l.], v. 74, n. 1, p.68-76, 21 out. 2011. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/ajp.21010>.

AQUINO, Estela Maria. Epidemiologia e Saúde coletiva no Brasil: desafios para a formação em pesquisa. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [s.l.], v. 11, p.151-158, maio 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2008000500016>.

———. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 22, n. 1, p.229-231, jan. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000100027>.

BAITER, Sharon et al. Epidemic nephritis in Nova Serrana, Brazil. *The Lancet*, [s.l.], v. 355, n. 9217, p.1776-1780, 20 maio 2000. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02265-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02265-0). Disponível em:

<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02265-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02265-0/fulltext)>.

Acesso em: 7 nov. 2010.

BARROS, Eliana Nogueira Castro de; SILVA, Eliete Maria. Vigilância epidemiológica do sarampo e da rubéola no Município de Campinas (SP), Brasil: confiabilidade dos dados. *Rev Panam Salud Publica*, [s.l.], v. 19, n. 3, p.172-178, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892006000300005>.

BATISTA, Nildo et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 39, n. 2, p.231-237, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000200014>.

BELTRAO, H. de Barros Moreira et al. Investigation of two outbreaks of suspected oral transmission of acute Chagas disease in the Amazon region, Para State, Brazil, in 2007. *Tropical Doctor*, [s.l.], v. 39, n. 4, p.231-232, 17 set. 2009. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1258/td.2009.090035>.

BOSMAN, Arnold; SCHIMMER, Barbara; COULOMBER, Denis (Org.). Contribution of EPIET to public health workforce in the EU, 1995–2008. *Eurosurveillance: bulletin europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin, European*, v. 43, n. 14, p.1-6, 29 out. 2009. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N43/art19381.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

BRASIL - Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde - Princípio e Conquistas. Brasília, 2001. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2010.

———. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância Sanitária. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: MS, 2006. 226 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

———. Ministério da Saúde. 10a Expoepi, 10 Anos – Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. *Revista da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde*. Brasília, 2012^a. 70 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_svs_web_2010.pdf>. Acesso em: 11 out. 2010.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Encontro científico do EPISUS discute experiências em investigação de surto. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=30>>. Acesso em: 12 out. 2012.

———. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. [S.l.] Centro de

Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 2006.

———. Portaria no 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 2004. v. 141

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de Avaliação Externa da Cooperação Técnica CDC - SVS, Programas de Treinamento em Serviço, 2003. Brasília, 2003.

BOSMAN, Arnold; SCHIMMER, Barbara; COULOMBER, Denis (Org.). Contribution of EPIET to public health workforce in the EU, 1995–2008. *Eurosurveillance: bulletin europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin, European*, v. 43, n. 14, p.1-6, 29 out. 2009. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N43/art19381.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

CALMON, Kátia Maria Nasiaseni. A avaliação de programas e a dinâmica da aprendizagem organizacional. In: *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, n 19, junho de 2009.

CANÁRIO, Rui, e CANÁRIO, Rui António Nóvoa. Educação de adultos: um campo e uma problemática. Lisboa: *Educa*; Ed. do Autor, 1948. p. 119-130.

CARMO, Eduardo Hage; PENNA, Gerson; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*, [s.l.], v. 22, n. 64, p.19-32, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142008000300003>.

CARVALHO, Eduardo Freese de. Cenários possíveis, experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 23, n. 7, p.1735-1736, jul. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000700028>

CARVALHOSA, Susana Fonseca; DOMINGOS, Ana; SEQUEIRA, Cátia. Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - Gerações. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 28, n. 3, p. 479-490, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 jul. 2011

CDC - Field Epidemiology Training Program Standard Core Curriculum. Atlanta, Ga, 2006. 107 p.

———. Yellow fever vaccine recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2002;51(RR17):1–11.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 20, n. 5, p.1400-1410, out. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000500036>.

CHEN, Huey-Tsyh. *Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2004, 304p.

COSTA, Simone de Melo; DURÃES, Sarah Jane Alves; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães D. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 15, p.1865-1873, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000700100>.

COUTO, A. M., et al. Transmission of yellow fever vaccine virus through breast-feeding-Brazil, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, vol. 59, no 5, p. 130-132.

CRONBACH, Lee Joseph. *Designing Evaluations of Educational and Social Programs*. San Francisco - EEUU: Jossey-bass Inc Pub, 1982. 374 p.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Reforma universitária na Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional? *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 1, n. 101, p.1-17, 1997.

DANA SCHNEIDER BS, M. S. P. H., et al. Training the global public health workforce through applied epidemiology training programs: CDC's experience, 1951-2011. *Public Health Reviews*, 2011, vol. 33, no 1, p. 190.

DELANEY, Anne Marie. Voices of experience: Renewing higher education with alumni studies. *Tertiary Education And Management*, [s.l.], v. 6, n. 2, p.137-156, jan. 2000. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13583883.2000.9967018>

DEWEY, John. *Experience and Education*. The Kappa Delta Pi. Collier Books. New York: Collier Macmillan Publishers, 1998. ion. Kappa Delta Pi.

DIMECH, George. 10 anos de EPISUS. In: 10a Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - Expoepi 2010, Brasília - Brasil, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/expoepi_dimech.pdf. Acesso em: 17 jan. 2011.

FELISBERTO, Eronildo et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 24, n. 9, p.2091-2102, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000900015>.

FREIRE, Paulo. *Educação como pratica da liberdade*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. 148 p.

———. *Extensão ou comunicação?*. Extensão ou comunicação? 6ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982. 93 p.

GIMENO SACRISTÁN, J.; *O Currículo: uma reflexão sobre a prática*. Tradução de Ernani F. Da Fonseca Rosa. 3ª edição, Porto Alegre: Artmed, 1998.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Cenários Epidemiológicos, Demográficos e Institucionais para os modelos de atenção à Saúde. *Informe Epidemiológico do Sus*, [s.l.], v. 8, n. 2, p.17-26, jun. 1999. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s0104-16731999000200003>.

GUBA, E; LINCOLN, Y.S..The Coming of Age of Evaluation. In: *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, London: SAGE Publications, Inc. 1989, p.21-49.

HADDAD, Jorge; ROSCHKE María Alice Clasen; e DAVINI María Cristina. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1994. p.1-30. (OPS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, e Ligia Maria Vieira da Silva. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1ª edição: 2005, EDUFBA 2005. 276 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 132 p.

III Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000-2004. *Rev. bras.*

epidemiol., São Paulo , v. 3, n. 1-3, p. 70-93, Dec. 2000.

JAEGER, Maria Luiza, e CECCIM, Ricardo Burg. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. 2004.

KNAUTH, Daniela Riva. Mudanças na saúde coletiva e suas inflexões na incorporação da categoria gênero. Ciênc. Saúde Coletiva, [s.l.], v. 14, n. 4, p.1014-1016, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400007>.

LANGMUIR, Alexander. “The Epidemic Intelligence Service of the Center for Disease Control Public Health Reports. 1980. 95 (5): 470–77.

LANZIERI, Tatiana M. et al. Incidence, clinical features and estimated costs of congenital rubella syndrome after a large rubella outbreak in Recife, Brazil, 1999-2000”. The Pediatric infectious disease journal, [s.l.], v. 23, n. 12, p. 1116-22, abr. 2004

LANZIERI, Tatiana M. et al. Burden of congenital rubella syndrome after a community-wide rubella outbreak, Rio Branco, Acre, Brazil, 2000 to 2001. The Pediatric Infectious Disease Journal, [s.l.], v. 22, n. 4, p.323-329, abr. 2003. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.inf.0000059401.07698.95>.

LEAL, Maria do Carmo; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 284 p.

LENGRAND, Paul. Introducción a la educación permanente. Barcelona, Teide, 1973.

LIMA, H. C. A. V. et al. Outbreak of beriberi in the state of Maranhao, Brazil: revisiting the mycotoxin aetiologic hypothesis. Tropical Doctor, [s.l.], v. 40, n. 2, p.95-97, 19 mar. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1258/td.2009.090439>.

LINS, Maria Teresa Gomes; TEIXEIRA, Rivanda Meira; e BARBOSA, Jenny Dantas. “Gestão da qualidade em instituição de ensino superior: percepção das ações estratégicas e operacionais pelos discentes, docentes e gestores”. In: COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITARIA EM AMÉRICA DEL SUR 5, 2005, Mar del Plata. Anais... Mar del Plata: Gestão Universitária na América do Sul, 2005.

MACHADO, M.H.; PEREIRA, S.. Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gac Sanit*, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 89-93, feb. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112002000100012>.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, Oct. 2004

Editorial. "Migration of health workers: an unmanaged crisis". 2005. *Lancet* 365 (9474): 1825.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas; BLANCO, Mikaela Reginee Basso. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba - SP. *J. Appl. Oral Sci.*, [s.l.], v. 11, n. 4, p.301-305, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-77572003000400005>.

MOREIRA, Ney Paulo et al. Eficiência e qualidade dos programas de pós-graduação das instituições federais de ensino superior usuárias do Programa de Fomento à Pós-Graduação (PROF). *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, [s.l.], v. 18, n. 67, p.365-388, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-40362010000200010>

MOTA, Daniel Marques et al. Avaliação econômica da rubéola e de estratégia de controle em situação de surto em Fortaleza (Ceará), Brasil. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 20, n. 3, p.691-701, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000300014>.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; e NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios para a formação de recursos humanos em saúde. *Rev Olho Mágico* 2001; 8(3):4-8

MUKANGA, David et al. Field Epidemiology Training Programmes in Africa - Where are the Graduates? *Human Resources For Health*, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-7, 9 ago. 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-8-18>.

MUKANGA, David et al. The genesis and evolution of the African Field Epidemiology Network. *Pan African Medical Journal*, Africa, v. 2, n. 101, p.1-8, 14 dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266681/pdf/PAMJ-SUPP-10-1-02.pdf>>.

Acesso em: 24 jul. 2011.

NETO, Pereira, et al. O perfil dos egressos da pós-graduação stricto sensu da ENSP: hipóteses, tendências e proposta para uma avaliação institucional. Em: Uma escola para a saúde. Fiocruz, 2004. p. 219-245

NÓBREGA, Aglaêr A. et al. Oral Transmission of Chagas Disease by Consumption of Açai Palm Fruit, Brazil. *Emerg. Infect. Dis.*, [s.l.], v. 15, n. 4, p.653-655, abr. 2009. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <http://dx.doi.org/10.3201/eid1504.081450>.

OLIVEIRA, Maria Regina Fernandes de. Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde: uma estratégia que se consolida. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 5-6, jun. 2006.

Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2011. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000200001>.

OMS (Brasil). Ministério da Saúde (Org.). *Trabalhando juntos pela saúde: Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Editora MS, 2007. 210 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Bie Tradução de Linguas Ltda.. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2011.

PAHO. *Public Health in the Americas.: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action*. Washington Dc, 2002. 326 p. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2748/9275115893.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

MERCER, Hugo, et al. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas: Fascículo II: el contexto de los procesos capacitantes*. En OPS Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud, 1989.

PERRENAUD, Philippe; NORESTE, Ediciones; SÁEZ, J. C. *Construir competencias desde la escuela*. Santiago, Dolmen, 1999.

PIERANTONI, Célia Regina et al. *Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS*. *Physis*, [s.l.], v. 18, n. 4, p.685-704, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312008000400005>.

BARBIERI, Marisa Ramos; CARVALHO, Célia Pezzolo; ULHE, Águeda Bernadete. Formação Continuada dos Profissionais de Ensino: Algumas Considerações. Caderno Cedes, n.36. Campinas: Papirus, 1995. p. 29-35

“REDSUR- Red Suramericana de Epidemiologia de Campo”. REDSUR- Red Suramericana de Epidemiologia de Campo. 2012. Disponível em: <<http://redsur.org/>>. Acesso em: 31 jul. 2011.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Interface (Botucatu), [s.l.], v. 4, n. 7, p.139-142, ago. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832000000200014>.

RICHMOND, Peter Graham. Introducción a Piaget. Editorial Fundamentos, 1974.

RODRIGUES, Disnah Barroso. Educação continuada: analisando sentidos a partir de terminologias e concepções. III Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI, 2004.

ROSSI, Peter H.; LIPSEY, Mark W.; FREEMAN, Howard E. Evaluation: A systematic approach. SAGE publications, 2003.

SANTANA-PORTO, Eucilene A. et al. Suspected Brazilian Purpuric Fever, Brazilian Amazon Region. Emerg. Infect. Dis.,[s.l.], v. 15, n. 4, p.675-676, abr. 2009. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <http://dx.doi.org/10.3201/eid1504.090014>.

SANTOS, Izabel, et al. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). OPAS, 1997.

SANTOS, Elizabeth Moreira, et al. Dimensão técnico-operacional. Unidade didático-pedagógica: modelo teórico de avaliação. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. (Série Ensinando Avaliação, 3).

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; INOCENTE, David Forli; MIURA, Irene Kazumi. Aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento: pautas para a gestão de pessoas. Revista Brasileira de Orientação Profissional, 2011, vol. 12, no 2, p. 227-240.

Scriven, M. The evaluation of teachers and teaching. California Journal of Educational Research, 1973, 3, 107-113.

———. The logic of evaluation. Edgepress, 1981.

———. Evaluation thesaurus. SAGE, 1991.

———. Hard-Won Lessons in Program Evaluation. New directions for program evaluation, 1993, vol. 58, p. 1-107.

SIQUEIRA, João Bosco et al. Household survey of dengue infection in central Brazil: spatial point pattern analysis and risk factors assessment. The American journal of tropical medicine and hygiene, [s.l.], v. 71, n. 5, p. 646-51, jan. 2004.

SIQUEIRA, João Bosco et al. Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever, Brazil, 1981–2002. Emerg. Infect. Dis., [s.l.], v. 11, n. 1, p.48-53, jan. 2005. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <http://dx.doi.org/10.3201/eid1101.031091>.

TRAICOFF, Denise A., et al. Replicating success: developing a standard FETP curriculum. Public Health Reports, 2008, p. 28-34.

“Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network”. 2012. Disponível em: <http://www.tephinet.org/>.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. Estud. Psicol. (Natal), [s.l.], v. 9, n. 2, p.325-333, ago. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2004000200014>.

TUBOI, Suely Hiromi et al. Clinical and epidemiological characteristics of yellow fever in Brazil: analysis of reported cases 1998–2002. Transactions Of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene, [s.l.], v. 101, n. 2, p.169-175, fev. 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2006.04.001>.

TYLER, Ralph W. Changing Concepts of Educational Evaluation. 1967.

VEDUNG, Evert. Modelos de evaluación. Servicios sociales y política social, 1993, no 30, p. 39-68.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 11, n. 4, p.525-531,

ago. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692003000400016>.

WEISS, Carol H. Evaluating action programs: Readings in social action and education. Boston: Allyn and Bacon, 1972.

WILLIS-SHATTUCK, Mischa et al. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *Bmc Health Services Research*, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-8, dez. 2008. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>.

ANEXOS

ANEXO 1 – Roteiro guia para discussão em reunião para montagem do modelo lógico do programa.

ROTEIRO GUIA PARA DISCUSSÃO EM REUNIÃO COM INTEGRANTES DA EQUIPE GERENCIAL

Folha 1

Identificação dos participantes

Nome e função que desempenha no órgão/programa:

Identificação do Problema

Qual o problema que o programa se propõe a enfrentar? Quais são os dados ou indicadores que caracterizam o problema?

Quais as principais consequências do problema?

Por que esse problema existe: Quais as causas mais importantes desse problema? As causas diferem de região para região? (considerar os diferentes tipos de recorte espacial: municipal, estadual, regional, macrorregional...).

Como o problema se expressa territorialmente? (considerar os diferentes tipos de recorte espacial: municipal, estadual, regional, macrorregional...).

Descrição do Programa - Objetivo

Qual o objetivo do programa?

**ROTEIRO GUIA PARA DISCUSSÃO EM REUNIÃO COM INTEGRANTES DA
EQUIPE GERENCIAL**

Folha 2

Público Alvo

Qual o público-alvo do programa? (quantifique e regionalize a sua distribuição, se possível, e destaque as diferenças por idade, sexo, cor ou raça, região etc.)

Quantos são os beneficiários (parcela do público-alvo atendida) do programa?

Quais são as ações que compõem o programa?

Qual a finalidade de cada ação?

Quais os produtos previstos para cada ação?

Como será organizada a coordenação das ações?

A forma de implementação do programa considera a gestão diferenciada em função da região? (a questão deverá considerar o conceito amplo de gestão - existência de localizadores específicos ou não. No conceito de região deverão ser considerados os diferentes tipos de recorte espacial: municipal, estadual, macrorregional...).

Como as ações e seus produtos contribuem para alcançar os resultados? Justifique cada uma delas.

ANEXO 2 – Termo de autorização para utilização de dados e documentos pertencentes ao Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS), 2010.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Edifício dos Ministérios, Edifício Saúde,
1º andar, Ala Norte - CEP 70.058-900
(61) 3212-8122

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a utilização dos registros administrativos (relatórios técnicos e de gestão) e demais documentos referentes ao Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EPISUS, pertencentes aos arquivos do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Esta autorização restringe-se a utilização dos dados para realização da pesquisa intitulada “Avaliação do perfil dos egressos formados pelo Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EPISUS”, a ser desenvolvida pela pesquisadora, aluna do Curso de Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, Dra. Maria de Assis, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Elizabeth Moreira das Santos. O objetivo desta avaliação é caracterizar o contexto organizacional do EPISUS e avaliar o perfil dos egressos baseado na convergência das competências adquiridas durante o treinamento.

A qualquer momento esta autorização poderá ser retirada, o que não acarretará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a FIOCRUZ/ENSP.

Autorizo ainda que os dados resultantes desse estudo possam ser utilizados.

Brasília 22 de março de 2011.


Carla Magalhães de S. Domingues
Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica
Substituta

ANEXO 3 – Edital de abertura para seleção de novas turmas para o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS), 2010.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EDITAL Nº. 12/SVS, DE 25 DE AGOSTO DE 2010
PROCESSO SELETIVO DO EPISUS/SVS/MS**

O Secretario de Vigilância em Saúde, torna público para conhecimento dos interessados que abertas as inscrições para a seleção de candidatos ao EPISUS – Turma 2011/2013, realizado por meio de convênio celebrado com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. O EPISUS é um Programa de Treinamento em Serviço da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com dois (2) anos de duração, carga horária de cerca de 3.600 (três mil e seiscentas) horas presenciais e exige dedicação exclusiva por parte do treinando, não permitindo a realização simultânea de outras atividades de trabalho ou cursos acadêmicos. Aproximadamente 80% do treinamento é composto de atividades práticas desenvolvidas no serviço ou no campo. Para os candidatos selecionados, o local do treinamento será na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em Brasília-DF.

1.2. OBJETIVO: O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS), sob supervisão dos técnicos especializados da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem como objetivo capacitar profissionais de áreas específicas da saúde, em especial, para:

- a) investigar surtos/epidemias e eventos inusitados;
- b) avaliar sistemas de vigilância em saúde pública;
- c) analisar dados de sistemas de informação em saúde;
- d) divulgar informações de saúde pública;
- e) gerenciar e liderar equipes para as atividades de epidemiologia aplicada no campo e nos serviços;
- f) servir como referência científica nacional para a epidemiologia de campo;
- g) capacitar outros profissionais de saúde em epidemiologia de campo;
- h) contribuir para o fortalecimento da vigilância em saúde.

2. PARTICIPAÇÃO E REQUISITOS

2.1. Categorias profissionais:

Estão aptos a participarem do processo seletivo profissionais da área de saúde, com curso de graduação completo em biologia, biomedicina, enfermagem, farmácia, medicina, medicina veterinária, nutrição e odontologia.

2.2. Pré-requisitos:

2.2.1. Medicina: mínimo de 01 (um) ano de experiência prática de trabalho ou pelo menos 01 (um) ano de residência ou 01 (um) outro curso concluído de pós-graduação em uma das seguintes áreas: (i) doenças infecciosas e parasitárias; (ii) epidemiologia; (iii) infecção hospitalar; (iv) infectologia; (v) medicina social, comunitária, preventiva, sanitária; (vi) medicina tropical; (vii) saúde coletiva / pública; (viii) saúde da família; (ix) saúde do trabalhador; (x) vigilância ambiental em saúde; (xi) vigilância epidemiológica; (xii) vigilância sanitária.

2.2.2. Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária, Nutrição e Odontologia: mínimo de 02 (dois) anos de experiência prática de trabalho e 01 (um) curso concluído de pós-graduação em uma das seguintes áreas: (i) doenças infecciosas e parasitárias; (ii) epidemiologia; (iii) infecção hospitalar; (iv) saúde coletiva / pública; (v) saúde da família; (vi) saúde do trabalhador; (vii) vigilância ambiental em saúde; (viii) vigilância epidemiológica; (ix) vigilância sanitária.

2.2.3. Para Medicina serão computados como tempo de experiência o exercício de pelo menos 01(um) ano de residência médica nas seguintes áreas: (i) doenças infecciosas e parasitárias; (ii)

epidemiologia; (iii) infecção hospitalar; (iv) infectologia; (v) medicina social, comunitária, preventiva ou sanitária; (vi) medicina tropical; (vii) saúde coletiva / pública; (viii) saúde da família; (ix) saúde do trabalhador; (x) vigilância ambiental em saúde; (xi) vigilância epidemiológica; (xii) vigilância sanitária.

2.2.4. Para Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária, Nutrição e Odontologia serão computados como tempo de experiência o exercício de cursos concluídos de residência multidisciplinar ou com cursos de aprimoramento realizados em serviços de saúde, nas seguintes áreas: (i) doenças infecciosas e parasitárias; (ii) epidemiologia; (iii) infecção hospitalar; (iv) saúde coletiva / pública; (v) saúde da família; (vi) saúde do trabalhador; (vii) vigilância ambiental em saúde; (viii) vigilância epidemiológica; (ix) vigilância sanitária.

2.3. Conhecimentos de informática

Todos os candidatos deverão ter conhecimentos de informática nos seguintes programas: (i) Microsoft Office® 2003 ou 2007 ou versão posterior - (Word, Excel, Power Point, Outlook); (ii) (Microsoft Windows XP ou Vista); (iii) Internet Explorer ou Mozilla Firefox; (iv) Epi-Info Windows ® versão 3.5.1 ou versão posterior disponível no site em: <http://www.cdc.gov/EpiInfo/epiinfo.htm>.

2.4. Exigências para participação:

Todos os candidatos deverão iniciar o treinamento, na data definida pela área responsável, e não poderão apresentar pendências acadêmicas ou profissionais.

2.4.1. O candidato selecionado que tiver pendência acadêmica na data da divulgação do resultado final do processo seletivo, deverá apresentar, em até 30 (trinta) dias antes do início do treinamento, documento oficial da instituição de ensino que comprove o trancamento do curso de pós-graduação, pelo período mínimo de 02 (dois) anos, ou documento oficial de desligamento do curso de pós-graduação, sob pena de desclassificação.

2.4.2. O candidato selecionado que tenha vínculo de trabalho (público ou privado) deverá apresentar documento oficial que comprove desligamento, liberação, ou licença do exercício das atividades laborais, em até 30 (trinta) dias antes do início do treinamento, sob pena de desclassificação.

2.5. Número de vagas: Serão oferecidas 10 (dez) vagas, assim distribuídas:

a) 02 (duas) vagas para a área de medicina, que serão disponibilizadas para os candidatos inscritos que atingirem maior pontuação;

b) 08 (oito) vagas para as áreas de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição e Odontologia, que serão disponibilizadas para os

candidatos inscritos que apresentem maior pontuação.

3. FASES DO PROCESSO SELETIVO

O processo seletivo será realizado em 03 (três) etapas:

3.1. Da primeira etapa: Cadastramento Curricular Básico Período: de 26 de agosto a 08 de outubro de 2010, através do endereço eletrônico: http://FormSUS.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=4717

3.1.1. Resultado: a partir de 18 de outubro de 2010, no endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/svs>. O nome dos aprovados nesta etapa será divulgado em ordem alfabética.

3.1.2. Os candidatos pré-selecionados a próxima etapa deverão apresentar a inscrição na segunda etapa do processo seletivo, até as 23 horas e 59 minutos (horário de Brasília) do 2º (segundo), contados a partir da divulgação do resultado, sob pena de desclassificação.

3.1.3. A confirmação da inscrição na segunda etapa deverá ser feita pelo endereço eletrônico: selecao.episus@saude.gov.br.

3.1.4. Na primeira etapa serão classificados por ordem de pontuação, até, 70 (setenta) candidatos com pontuação igual ou superior a 6,00, estando automaticamente desclassificados os candidatos com nota inferior a este valor.

3.2. Da Segunda Etapa: Cadastramento Curricular Completo

3.2.1. Período: de 20 a 27 de outubro de 2010.

3.2.2. O candidato classificado na primeira etapa deverá apresentar o cadastramento ou a atualização do currículo - modalidade completo - na plataforma *Lattes*, que está a disposição no site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – endereço: <http://lattes.cnpq.br>.

3.2.3. Após cumprimento do item 3.2.2., o candidato classificado na primeira etapa deverá encaminhar 03 (três) cópias dos seguintes documentos (para os itens b até g uma cópia deverá ser autenticada):

a) Currículo *Lattes* modalidade completo;

b) Carteira de identidade;

c) Carteira do Conselho Profissional;

d) Cadastro de Pessoa Física (CPF);

e) Diploma de Graduação;

f) Diploma (s) / Certificado (s) de conclusão de curso pós-graduação;

g) Histórico Escolar de Pós-Graduação;

h) Comprovante (s) institucional (is) com a descrição da (s) atividade (s) que exerce atualmente;

i) Comprovante de experiência profissional no curso de formação superior e /ou em uma das áreas de concentração dos cursos de pós-graduação previstas no Edital;

j) Certificado (s) ou comprovante (s) da participação em curso (s) de atualização (formação complementar) com carga horária superior a 40 (quarenta) horas, no período de 2005 até 2010;

k) Comprovante (s) da publicação de texto (s) científico (s) sobre temas da área de saúde, em periódico (s) indexado (s);

l) Comprovante (s) da publicação de trabalho (s) completo (s) ou resumo (s) ampliado (s) sobre tema (s) da área de saúde, em anais de congressos científicos ou periódicos indexados no período de 2005 até 2010;

m) Comprovante (s) da publicação de resumo (s) sobre tema (s) da área de saúde, em anais de congressos científicos no período de 2005 até 2010;

n) Comprovante (s) da participação do candidato na elaboração ou colaboração na formalização de manual técnico, guia de vigilância, manual educativo na área de saúde,

desde que oficialmente publicado.

n) Comprovante (s) de curso (s) parcial/completo de inglês ou espanhol ou testes de proficiência na língua inglesa ou espanhola.

3.2.4. O candidato aprovado para a 2ª Etapa do processo seletivo deverá formular Carta de Intenção escrita de próprio punho e legível, uma original e 02 (duas) cópias, contendo, no máximo, 30 (trinta) linhas escritas com caneta esferográfica azul, indicando: i) nome completo do candidato, domicílio atual e data e, explanar, de forma narrativa: ii) seus conhecimentos gerais sobre o EPISUS; ii) sua experiência profissional na área de abrangência do treinamento, se houver; iii) seu interesse pessoal em integrar a equipe do EPISUS; iv) possibilidades efetivas

de aproveitar o treinamento do EPISUS no seu exercício profissional, após o término das atividades; v) suas expectativas pessoais com relação ao treinamento;

3.2.5. O candidato deverá encaminhar 03 (três) referências profissionais, contendo as seguintes informações (digitadas): i) nome completo; ii) instituição; iii) titulação e cargo; iv) tempo de relacionamento profissional; v) telefone com DDD; vi) endereço eletrônico (e-mail).

3.3. Do Endereço para envio dos documentos

3.3.1. Toda a documentação prevista no item 3.2. deverá ser encaminhada, via Correios, por SEDEX, para o seguinte endereço: Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada ao SUS (EPISUS) – Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Edifício Sede – Sobreloja – Sala 137 - CEP: 70.058-900 - Brasília-DF

3.3.2. Os candidatos que enviarem a documentação após o dia 28 de outubro de 2010 serão automaticamente desclassificados. Para isso, será considerada a data de postagem dos correios.

3.4. Do resultado da Segunda Etapa

3.4.1. O resultado da segunda etapa: a partir de 16 de novembro de 2010.

3.4.2. Os candidatos selecionados na segunda etapa deverão confirmar sua participação na terceira etapa do processo seletivo, até as 23 horas e 59 minutos (horário de Brasília) do 2º (segundo) dia, contado a partir da data de divulgação do resultado na Internet, sob pena de desclassificação.

3.4.3. O endereço eletrônico para confirmação da classificação do candidato é: selecao.episus@saude.gov.br.

3.4.4. Na segunda etapa serão classificados, no máximo, 30 (trinta) candidatos, dentre aqueles que apresentem pontuação igual ou superior a 18,00 (dezoito) pontos. Candidatos com nota abaixo de 18,00 pontos serão desclassificados.

3.5. Da Terceira Etapa: Curso Introdutório.

3.5.1. Os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo participarão do Curso Introdutório, que ocorrerá em Brasília – Distrito Federal, no período de 06 a 10 de dezembro de 2010.

3.6. Do Resultado da Terceira Etapa

3.6.1. O resultado da terceira etapa – Curso Introdutório: a partir do dia 15 de dezembro de 2010.

3.6.2. Os candidatos selecionados na terceira etapa – Curso Introdutório - deverão confirmar sua participação no Treinamento, até as 23 horas e 59 minutos (horário de Brasília) do 2º (terceiro) dia, contado a partir da data de divulgação do resultado na Internet, sob pena de desclassificação.

3.6.3. O endereço eletrônico para confirmação da classificação do candidato é: selecao.episus@saude.gov.br.

3.6.4. Na terceira etapa serão classificados 10 (dez) candidatos, dentre aqueles que

apresentem pontuação igual ou superior a 42,00 (quarenta e dois) pontos. Candidatos com nota abaixo de 42,00 pontos serão desclassificados.

3.6.5. Data de início do treinamento: a partir de 14 de março de 2011.

4. AVALIAÇÃO

4.1. A pontuação máxima do processo seletivo é de 100,00 (cem) pontos.

4.2. A primeira etapa do processo seletivo valerá 10,00 (dez) pontos e está baseada na análise das informações registradas no cadastro curricular básico eletrônico do candidato.

4.3. A segunda etapa do processo seletivo valerá 30,00 (trinta) pontos e será baseada na análise dos documentos de identificação profissional, do currículo completo da Plataforma *Lattes* do CNPq e apresentação comprobatória dos documentos previstos no Edital.

4.4. A terceira etapa do processo seletivo valerá 60,00 (sessenta) pontos e considerará o desempenho do candidato no Curso Introdutório, que avaliará: i) os conhecimentos do candidato na área de saúde pública com análises de tabelas e gráficos; ii) teste de leitura de artigo científico na língua portuguesa, com redação de interpretação de texto; iii) conhecimento da língua inglesa OU espanhola, com teste de leitura e interpretação de artigo científico; iv) frequência, pontualidade e participação do candidato nas aulas e demais atividades desenvolvidas durante o curso introdutório; v) conhecimentos de informática na utilização de Epi-Info Windows® versão 3.5.1 ou versão posterior disponível no site: <http://www.cdc.gov/EpiInfo/epiinfo.htm>, editores de texto, planilhas e gráficos; vi) participação do candidato nos trabalhos de grupo, em especial sob o enfoque da capacidade de trabalhar em equipe, com ênfase na organização, cooperação, liderança, comunicação, motivação, inter-relacionamento pessoal, criatividade e espontaneidade; vii) entrevistas individuais.

5. CLASSIFICAÇÃO E CONVOCAÇÃO

5.1. Na Primeira Etapa do Processo Seletivo serão classificados os candidatos com pontuação igual ou superior a 60%, ou seja, igual ou maior que 6,00 (seis) pontos. Nesta etapa serão convocados até 70 (setenta) candidatos por ordem de pontuação;

5.2. Na Segunda Etapa do Processo Seletivo serão classificados os candidatos com pontuação igual ou superior a 60%, ou seja, igual ou maior que 18,00 (dezoito) pontos. Nesta etapa serão convocados até 30 (trinta) candidatos por ordem de pontuação;

5.3. Na Terceira Etapa do Processo Seletivo serão classificados os candidatos com pontuação igual ou superior a 70%, ou seja, igual ou maior que 42,00 (quarenta e dois) pontos;

5.4. Para o treinamento serão selecionados 10 (dez) candidatos por ordem de pontuação final, considerando a somatória das pontuações obtidas nas três etapas do processo seletivo.

6. CRITÉRIOS DE DESEMPATE

Para efeito de desempate serão utilizados, sucessivamente, os seguintes critérios:

6.1. Primeira etapa do processo seletivo: curso de pós-graduação com maior carga horária e/ou maior pontuação no histórico profissional

6.2. Segunda etapa do processo seletivo: candidatos com maior pontuação na análise do currículo.

6.3. Terceira e última etapa do processo seletivo: candidatos com maior pontuação no curso introdutório.

7. CRITÉRIOS DE ELIMINAÇÃO

7.1. Será desclassificado o candidato:

a) Que não comprovar a presença dos requisitos mínimos exigidos no Edital;

- b) Que seja reprovado em uma das etapas do processo seletivo;
- c) Que não apresente os documentos comprobatórios do currículo acadêmico e profissional;
- d) Que não cumpra, no mínimo, 75% (setenta e cinco) por cento da carga horária exigida pelos instrutores no Curso Introdutório, que será avaliada através da frequência, pontualidade, permanência integral na sala de aula e participação nas atividades de grupo;
- e) Que não confirmarem sua inscrição nas etapas do processo seletivo.

8. BENEFÍCIOS

8.1. Os candidatos selecionados para o treinamento, exceto os que se enquadrarem no item 8.3, receberão um auxílio-estudante, modalidade EPI, no valor de R\$ 4.400,00 (quatro mil e quatrocentos reais), por até 24 (vinte e quatro) meses.

8.2. Os candidatos selecionados para o treinamento não domiciliados no Distrito Federal, exceto os que se enquadrarem no item 8.3, receberão auxílio-deslocamento no início da vigência da bolsa, e na conclusão do treinamento quando o graduado retornar imediatamente ao seu estado de origem (residência). O valor do auxílio-deslocamento está fixado na RN 005/2009 de acordo com o local de origem do candidato, tendo como referência a capital do Estado.

8.3. Conforme RN 005/2009 do CNPq, os servidores públicos federais vinculados a qualquer unidade/órgão do Ministério da Saúde, que forem selecionados para o treinamento, não receberão bolsa e/ou auxílios do CNPq sob qualquer hipótese. Os servidores públicos das esferas municipal, estadual ou federal, exceto os vinculados a qualquer unidade/órgão do Ministério da Saúde, poderão receber bolsa e/ou auxílios do CNPq desde que solicitem licença sem vencimentos pelo período de 2 (dois) anos e obtenham permissão do órgão de origem para participar do treinamento em tempo integral.

8.4 A interrupção ou não conclusão injustificadas do treinamento obrigam o bolsista a ressarcir integralmente o CNPq de todas as despesas realizadas em seu proveito, corrigidas monetariamente de acordo com a correção dos débitos para com a Fazenda Nacional, acrescidas de juros de 1% (um por cento) do mês-calendário ou fração, conforme disposto na legislação federal vigente.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Não serão aceitas as inscrições de profissionais com outras formações acadêmicas, senão aquelas descritas no item 2.1 deste Edital.

9.2. O candidato selecionado deverá prestar dedicação exclusiva e cumprir os horários fixados pela área responsável, inclusive mantendo-se a disposição para realizar viagens dentro do território nacional, em qualquer horário e dia da semana, independente de comunicação prévia.

9.3. Os candidatos estrangeiros poderão participar do processo seletivo, desde que comprovem o Visto Permanente no Brasil e a Licença para exercício da profissão no país de origem, além de comprovar conhecimento da língua portuguesa, em teste de proficiência.

9.4. No caso dos candidatos estrangeiros, os documentos que comprovam os requisitos mínimos exigidos no Edital, deverão ser traduzidos para a língua portuguesa, por tradutor juramentado, devidamente autenticados pelo consulado brasileiro do lugar que os expediu, salvo no caso de existência de acordos bilaterais entre os Estados, que prescrevam tal exigência.

9.5. É vedada a concessão de bolsa ou qualquer outro benefício ao candidato selecionado para o treinamento que seja servidor das esferas Municipal, Estadual ou Federal, que mantiverem os vencimentos do órgão de origem;

9.6. O servidor público Federal, Estadual e Municipal poderá participar do treinamento, desde que: i) seja aprovado em todas as etapas do processo seletivo; ii) seja ocupante de

cargo público de nível superior, compatível com uma das áreas dos cursos profissionais exigidos no

item 2.1 do Edital; iii) atenda a legislação atinente aos servidores públicos e demais normas que regem a matéria.

9.7. É vedado o recebimento da bolsa com quaisquer outros valores que representem salário, remuneração, vencimentos, bolsa de estudo e outros.

9.8. Não receberá qualquer ajuda de custo o candidato aprovado para o EPISUS que tenha débito, de qualquer natureza, com a Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal.

9.9. O nome dos aprovados nas etapas do certame será divulgado, por ordem alfabética, na página da Secretaria de Vigilância em Saúde, no site: www.saude.gov.br/svs, exceto o nome dos candidatos que permanecerem na lista de espera. Estes terão seus nomes divulgados por ordem de classificação em todas as etapas.

9.10. Os candidatos desclassificados não terão os nomes divulgados no site da Secretaria de Vigilância em Saúde: www.saude.gov.br/svs.

9.11. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde se reserva ao direito de alterar as datas previstas para as etapas do processo seletivo, cuja comunicação será divulgada através do endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs.

9.12. Os casos omissos ou dúvidas serão esclarecidos através do endereço eletrônico: selecao.episus@saude.gov.br.

9.13. As demais situações não descritas no Edital serão avaliadas pelo Corpo Técnico da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS e divulgadas aos candidatos através do site: www.saude.gov.br/svs.

9.14. Ao término do EPISUS, os treinandos receberão Certificado do Ministério da Saúde.

9.15. O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) emitirá declaração da bolsa EPI, a pedido do bolsista.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6ª Edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.816 p.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.

Gregg, M.B.. Field Epidemiology, 2ª Edição. Editora: Oxford University Press, 2002.

Jekel, J.F. et al. Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva. Editora: Artmed.

Medronho, R.A. et al. Epidemiologia. Editora: Atheneu. 2003.

Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.

GERSON OLIVEIRA PENNA