Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Isdenil Evangelista da Silva

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DA BAIXADA CUIABANA:

a Comissão de Integração Ensino-Serviço como ferramenta condutora

Rio de Janeiro

2018

Isdenil Evangelista da Silva

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DA BAIXADA CUIABANA:

a Comissão de Integração Ensino-Serviço como ferramenta condutora

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Cristina Reis

Rio de Janeiro
2018

Dados da Catalogação Anglo-American Cataloguing Rules – AACR

S586a

Silva, Isdenil Evangelista da

Avaliação da implementação da política de educação permanente em saúde na região da baixada cuiabana: a Comissão de Integração Ensino-Serviço como ferramenta condutora. / Isdenil Evangelista da Silva. – Rio de Janeiro: [S.n], 2018.
55 f.; il.

Impresso por computador (Fotocópia)
Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
Orientadora: Profª Drª. Ana Cristina Reis

1. Educação Permanente - Saúde. 2. Política Nacional de Educação - Saúde - Mato Grosso. I. Título.

CDU 374.7 (817.246) ”2010/2011”
CDD 370.11
NLM W20

Marcelo Diniz – Bibliotecário – CRB 2/1533

Isdenil Evangelista da Silva

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DA BAIXADA CUIABANA:

a Comissão de Integração Ensino-Serviço como ferramenta condutora

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde

Aprovado em _____/ _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dra. Ana Cristina G Vaz dos Reis (EPSJV/FIOCRUZ)

_____

Prof. Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (EPSJV/FIOCRUZ)

_____

Prof. Dra. Neuci Cunha dos Santos (UFMT)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por concluir esta etapa; à minha orientadora, Prof. Drª Ana Cristina Reis, pelo aprendizado; à minha família, em especial minha mãe Adenil Auxiliadora de Moraes Evangelista, meu pai Israel Evangelista da Silva, às minhas irmãs: Bernadete, Laura e Juliana Evangelista da Silva. E àqueles que muito me ajudaram no decorrer deste Mestrado: Assis Neri Carneiro Gomes, Carmen Silvia C. Machado, Cristiano Soares de Souza, Luiz Fellipe Vezaro, Neuci Cunha dos Santos, Raquel Arévalo de Camargo, Ricardo Chaves, Rodney Mario de Almeida e aos Servidores do (a): Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana (ERSBC) e Superintendência de Gestão de Pessoas da SES/MT.

“Ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos”

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar o grau de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, com foco nas atividades realizadas pela Comissão de Integração Ensino Serviço da Regional da Baixada Cuiabana (CIESBC). Trata-se de uma pesquisa exploratória, cujos resultados alcançados identificaram que o panorama vivido pela CIESBC de gradativa diminuição de investimentos, afetavam a participação transformadora, responsável, e crítica de seus membros. Com a escassez de insumos estratégicos para manutenção da referida comissão, a busca por parcerias foi a alternativa encontrada para sanar este problema, sendo a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, a maior parceira no fornecimento desses insumos. Dificuldades de ordem administrativa e burocrática fizeram com que as atividades fossem realizadas de maneira desarticulada dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPSBC). Conclui-se, no entanto, que mesmo diante de inúmeros desafios, este é o espaço de pactuação, negociação e fortalecimento da EPS, na região da baixada cuiabana, sendo o seu papel o de integrar para o ensino e o serviço.

Palavras-chave: Educação Permanente em saúde; Educação na saúde; Educação profissional em saúde.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the degree of implementation of the Policy of Permanent Education in Health in the region of BaixadaCuiabana focusing on the activities carried out by the Integration Commission Teaching Service of the Regional of Baixada Cuiabana (CIESBC).This is an exploratory research, the results of which have identified that the panorama experienced by the CIESBC, of gradual decline in investments, affect the transformative, responsible, and critical participation of its members. With the shortage of strategic inputs for the maintenance of this commission, the search for partnerships was the alternative found to remedy this problem, being the School of Public Health of the State of Mato Grosso, the largest partner in the supply of these inputs administrative and bureaucratic difficulties meant that the activities were carried out in a disjointed way of Regional Action Plans Continuing Health Education (PAREPSBC). We conclude, however, that even in the face of numerous challenges, this is the pact space, negotiation and strengthening of EPS, in the region of cuiabana downloaded, and its role to integrate teaching and service.

Key words: Permanent Education in Health; Education in Health; Professional education in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Escritórios Regionais de Saúde/Municípios.....	17
Quadro 1	-	Dimensões avaliativas e perguntas norteadoras para análise de implantação	24
Tabela 1	-	Perfil dos Entrevistados.....	27
Figura 2	-	Modelização da racionalidade de funcionamento da CIES Baixa Cuiabana.....	28
Quadro 2	-	Fragilidades da CIESBC, por esfera de governo, em relação à capacidade condutora da PNEPS	34
Quadro 3	-	Potencialidades da CIESBC, por esfera de governo, em relação à capacidade condutora da PNEPS	36
Quadro 4	-	Áreas de atuação, tipo de ação formativa e situação do projeto.....	39

LISTA DE SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões de Integração Ensino Serviço
CIESBC	Comissão de Integração Ensino Serviço da Regional da Baixada Cuiabana
CIR	Colegiados Intergestores Regionais
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPMT	Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAMEPS	PAMEPS - Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde
PAREPS	Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde
PCCS	Plano de Cargos Carreiras e Salários
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	11
2	**JUSTIFICATIVA**	15
3	**OBJETIVOS**	18
3.1	**Objetivo Geral**	18
3.2	**Objetivos Específicos**	18
4	**REFERENCIAL TEÓRICO**	19
4.1	**Noções de Qualificação**	22
5	**METODOLOGIA**	24
5.1	**Desenho metodológico**	24
5.2	**Perguntas norteadoras**	24
5.3	**Público alvo da pesquisa**	25
5.4	**Logística do trabalho de campo**	25
5.5	**Aspectos éticos**	26
6	**RESULTADOS**	27
6.1	**Perfil dos entrevistados**	27
6.2	**Análise da CIES Baixada Cuiabana**	27
6.3	**Análise da disponibilidade de insumos para realização das atividades do CIES**	31
6.4	**As potencialidades e as fragilidades do CIES/BC no que se refere à capacidade condutora da PNEPS**	33
6.5	**Análise da adequação das atividades realizadas pela CIES**	37
6.6	**Análise da situação de execução dos projetos formativas previsto no PAREPS/BC**	39
6.7	**Análise da conformidade dos projetos formativos com o TCG dos municípios proponentes**	42
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	44
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	49
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53

APRESENTAÇÃO

Considerando a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, em todo país, e posterior publicação da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, tendo criado as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) em todo território nacional, designando suas atribuições e responsabilidades, propusemos a estudar a avaliação da implementação da Política de EPS na região da baixada cuiabana, tendo a CIES como ferramenta condutora.

A iniciativa em realizar este estudo parte da pretensão em apontar as fragilidades e potencialidades da CIES da Baixada Cuiabana e, desta forma, contribuir para o fortalecimento da PNEPS do Mato Grosso.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 80, o Brasil vivia uma situação de carência de mão de obra qualificada na área de saúde. Os trabalhadores a serem qualificados eram compostos basicamente por profissionais que atuavam como atendentes de enfermagem e agentes de saúde. A necessidade de qualificação da grande massa dos profissionais de saúde resultou no surgimento do "Projeto Larga Escala" que, desde o final dos anos 70, proporcionou a formação do grande contingente de trabalhadores que atuavam dentro dos serviços de saúde sem a devida qualificação profissional.

Neste período, do ponto de vista socioeconômico, o Brasil passava por uma situação complicada, agravada pela crise mundial do capitalismo, que acabou repercutindo nos meios econômico, social, trabalhista e político. Ao mesmo tempo, surgia um movimento que levantava a bandeira de uma saúde pública mais abrangente e que se contrapunha ao sistema de saúde privativista e segregante: a Reforma Sanitária. Este movimento, organizado por diversos segmentos sociais, foi deflagrado com o intuito de modificar o sistema de saúde existente no Brasil à época da ditadura militar que prestavam serviços de saúde caracterizados pela baixa qualidade e caráter excludente (PAIM, 2015).

No mundo, o cenário era de medo diante da crescente onda comunista, da recomposição da hegemonia econômica norte-americana e da implementação do neoliberalismo que defendia, dentre outras coisas: a intervenção mínima do estado na vida dos seus cidadãos, o livre funcionamento da economia, estímulo à competitividade, à "eficiência, das ganâncias, dos direitos de propriedade e da liberdade de contratação" (NOZICK, 1974; GRAY, 2000 *apud* IBARRA, 2011, p. 239). O avanço militar e ideológico, imposto pelos países capitalistas como forma de dizimar as resistências periféricas à livre circulação do capital foram fatores que aceleraram o processo de globalização financeira, fenômeno já presente nesta época (FIORI, 2000).

Neste contexto de polarização da riqueza mundial e desregulação das economias nacionais surge, no Brasil, uma resistência democrática capaz de convocar a Assembleia Constituinte, formulando a Constituição Federal de 1988. A Constituição cidadã, denominada desta forma por reestabelecer direitos perdidos durante o regime militar, cria o Sistema Único de Saúde (SUS) que se configura como um novo modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios da descentralização e regionalização dos serviços de saúde. Esse novo modelo também estabelece como uma das suas atribuições a formação de recursos humanos na área de saúde. (BRASIL, 2016)

Neste sentido, a reformulação da política de saúde no Brasil cria um ambiente propício para a institucionalização da área de Recursos Humanos em Saúde que é concretizada com a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada em 1986.

Nos anos 90, o país vivia um momento de escassa qualificação profissional, salários pífios e precárias condições de trabalho, provocando uma série de conflitos atinentes a esses problemas. Por outro lado, com o processo de descentralização, aumentam-se os gastos estaduais e municipais na área de saúde gerando enorme instabilidade entre os atores envolvidos neste processo de implantação do SUS (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Por outro lado, observa-se uma verdadeira expansão dos capitais privados em todos os setores econômicos, bem como nos investimentos concernentes às políticas sociais, como forma de diminuir o papel do Estado nesta área. Aliado à influência do Banco Mundial em emitir relatórios catastróficos sobre as políticas sociais para economias dependentes de países dominantes, várias reformas de cunhos neoliberais são aplicadas sob a justificativa de escassez de recursos com objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços.

Diante desta situação, são adotadas medidas restritivas para o SUS o que resulta na flexibilização do processo de gestão da saúde. A terceirização dos serviços ganha força e a gestão pública da saúde é substituída por Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil (OSs) de Interesse Público (Oscips), Fundações e Cooperativas.

Com isso, a formação dos trabalhadores na área de saúde é influenciada pela precarização do trabalho e aumento dos serviços no âmbito estadual e municipal e a incorporação ao serviço de novas tecnologias em saúde (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, configura uma conquista na construção de uma política de recursos humanos, mais estruturada e garantidora de direitos quanto à formação dos trabalhadores do SUS. Até mesmo o conceito de Recursos Humanos foi reconfigurado enquanto perspectiva pouco humanizada da condição do trabalhador, visto somente como recurso, restrito à dimensão funcional: "[...] desenha-se no SUS um cenário paradoxal. Convive-se, a um só tempo, com a precarização do trabalho e com as expectativas de um 'novo' tipo de trabalhador: participativo, autônomo e criativo" (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p. 99).

Neste contexto nasce a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) com a institucionalização deste novo modelo de gestão e trazendo novos sentidos para a gestão do trabalho e para a educação na saúde. A Portaria nº 198 garante a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004; BRASIL, 2004a), servindo

como proposta de modificação das práticas dominantes no setor saúde, de maneira problematizadora das práticas e do processo de trabalho em equipe.

Interessante ressaltar que a EPS surge como necessidade de implantação de mudanças diante das urgências instauradas pela reestruturação do capital no processo de ensino-aprendizagem (VIEIRA *et al*., 2006).

Neste sentido, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) concebe e formula o conceito de Educação Permanente em Saúde na educação dos trabalhadores, reestruturando o modelo produtivo do capital mediante esta nova finalidade concebida pelo modelo de produção toyotista redefinindo a capacidade do trabalhador em integrar-se na organização empresarial, ao contrário do modelo fordista que subjugava o trabalhador à adoção de práticas repetitivas.

Sendo assim, o pressuposto pedagógico adotado pela EPS, valoriza a aprendizagem significativa, ou seja, problematiza a vivência do trabalhador no ambiente produtivo dando real sentido ao processo de trabalho. A incorporação do aprender à prática do serviço, por meio da reestruturação da relação entre os meios de produção e o trabalhador, tendo como referência às necessidades de saúde configuram-se como o cerne da EPS.

Segundo definição do Ministério da Saúde, "A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde" (BRASIL, 2004b, p. 9), ou seja, para que a EPS se efetive, os trabalhadores em saúde devem reformular suas práticas aproximando-se das pessoas atendidas pelo sistema levando em consideração suas necessidades de saúde produzindo a aprendizagem compartilhada. O processo não se resume em transferir conhecimentos, mas construir um ambiente onde se problematiza a vivência do outro.

Este desafio inovador constitui-se como verdadeira reorganização da lógica do aprendizado em saúde, uma vez que incontáveis avanços são realizados, como por exemplo: democratização das relações entre o serviço, os trabalhadores e a população assistida, reformulação do processo de aprendizagem, múltiplas capacidades do mediador e de dinamicidade no enfrentamento das situações.

A EPS originalmente configura-se como uma prática de ensino-aprendizagem por desenvolver a política de educação na saúde. Por isso preconiza a vivência dos atores envolvidos com o trabalho em saúde, em suas instituições de serviço, por meio de questionamentos e mudança, de forma crítica e questionadora, conforme observação de Ceccim e Ferla (2005, p. 263): "[...] é contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro [...]".

Pode-se destacar como exemplo de experiência exitosa, no que se refere à EPS o caso do município de Franca, no Estado de São Paulo. Neste estudo realizado por Sarreta (2009), observou-se que, após a implantação da EPS, os trabalhadores tiveram uma visão mais ampla acerca das questões sociais e das reais necessidades da população, proporcionando uma abordagem diferenciada ao usuário do sistema de saúde. Constatou a importância da EPS, indo ao encontro de certas características consideradas vitais para a existência de um atendimento de qualidade que são: troca de experiências, valorização profissional, busca de soluções coletivas, grande satisfação do trabalhador, reflexão do cotidiano desenvolvendo um olhar mais integral por parte do trabalhador.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo principal avaliar o grau de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, tendo como foco o papel da Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional (CIES Regional).

2 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) possibilitou a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualificassem a atenção e a gestão em saúde. Porém, foi a Portaria GM/MS n° 1996/2007 que definiu as diretrizes para a implementação da PNEPS, dentre as quais criou a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), elemento condutor desta política no âmbito regional que em seu artigo 1°, parágrafo único, estabelece que:

> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (BRASIL, 2007, p. 34).

E complementa em seu art. 2°:

> A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional com participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (BRASIL, 2007, p. 34).

Em Mato Grosso, a criação da CIES/MT se deu em julho de 2009 e contou com a participação da Escola de Saúde Pública, com o COSEMS/MT e outros setores da gestão estadual, sendo pactuada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deliberada pela Resolução CIB/MT nº 71/2009. Posteriormente foram implantadas as CIES Regionais. Atualmente, além da CIES/MT, existem mais 16 CIES Regionais, sendo uma para cada região de saúde do Estado de Mato Grosso.

As CIES Regionais possuem como premissa a Regionalização e contam com a participação de órgãos governamentais, profissionais de saúde e colegiados na tentativa de tornar o SUS mais solidário e participativo. Desta forma a CIES torna-se um espaço de pactuação consensuada entre seus membros representando suas respectivas necessidades. É neste espaço de condução da Política de EPS que é construído o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e visualizam-se as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Também é pactuada a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência. Neste sentido, a regionalização facilita

o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de educação em saúde implementadas nas regiões de saúde.

Como já mencionado, as CIES regionais possuem um papel preponderante na efetivação da política de EPS, uma vez que desenvolvem e consolidam os PAREPS, por meio da articulação dos atores envolvidos no processo, incentivam sua participação pelo envolvimento pessoal e/ou institucional, bem como, auxiliam na estruturação dos serviços de saúde e estimulam o comprometimento dos gestores. Cabe a CIES desenvolver mecanismos de resolução dos problemas relacionados às fragilidades e fortalecer as potencialidades sentidas e vivenciadas no cotidiano dos serviços e suas propostas educativas.

Outro papel importante da CIES é de fomentar a PNEPS, junto às instâncias de controle social do SUS, por meio das CIR (Colegiados Intergestores Regionais). Neste sentido, as CIES "[...] são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde [...]" (BRASIL, 2007, p. 34). As CIES fazem o levantamento das capacitações previstas no PAREPS. Mas, é de competência dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR's) fazerem a aprovação dos projetos analisados pelas CIES.

O Estado de MT é composto por 16 escritórios regionais de saúde, dentre os quais a região da baixada cuiabana que agrega 11 municípios pertencentes à sua área de abrangência e do qual a CIESBC faz parte: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Planalto da Serra, Nova Brasilândia, Nossa Senhora do Livramento, Poconé, Santo Antônio do Leverger e Várzea Grande (*vide* Figura 1). E, no caso da Baixada Cuiabana, a SMS de Cuiabá está incumbida de ser a receptora e executora dos recursos financeiros destinados a essa regional.

Figura1 – Escritórios Regionais de Saúde/Municípios

Fonte: O autor

Portanto, este estudo se justifica pela necessidade de avaliar o grau de implementação da política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, com foco nas atividades realizadas pela CIES Regional, face ao que está previsto na Portaria GM/MS n°1996 de 20/08/2007. Sendo assim, este estudo pretende apontar as fragilidades e potencialidades da CIES da Baixada Cuiabana e, desta forma, contribuir para o fortalecimento da PNEPS do Mato Grosso.

Cabe destacar que este estudo avaliativo está em consonância com a linha de pesquisa - Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do Trabalho, da Educação e da Saúde deste Mestrado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o grau de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, com foco nas atividades realizadas pela CIES Regional da Baixada Cuiabana.

3.2 Objetivos Específicos

a) Verificar se os insumos estratégicos para a realização das atividades da CIES estavam disponíveis conforme previstos na Portaria GM/MS nº 1996/2007;
b) Verificar se as atividades da CIES foram realizadas conforme previsto Portaria GM/MS nº 1996/2007;
c) Verificar o grau de execução dos projetos conforme previsto no PAREPS/BC;
d) Verificar se os projetos formativos estavam em conformidade com o Termo de Compromisso de Gestão dos municípios proponentes;
e) Identificar as potencialidades e as fragilidades do CIES/BC no que se refere à capacidade condutora da PNEPS.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde foi idealizado para ampliar o acesso da rede de saúde a todos indistintamente obedecendo aos princípios da integralidade, universalidade e a equidade, conforme disposto no artigo 200 da Constituição Federal, em oposição à lógica seletiva-patronal, hospitalocêntrica e privatista determinante dos serviços de saúde anterior ao período de redemocratização. Talvez por este principal motivo, pensar a conjuntura atual do Sistema Único de Saúde e seus reflexos na formação dos trabalhadores em saúde constitui talvez o momento mais desafiador pelo qual passa este Sistema em seus quase 30 anos de existência.

A aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 55 (antiga PEC 241), a exemplo, resume o decisivo momento no qual o SUS encontra-se envolvido com o congelamento por 20 anos dos investimentos em saúde pública e possibilidades de criação de um novo plano nacional de saúde influenciando diretamente na formação de seus recursos humanos que, historicamente, passou pelo Projeto Larga Escala, PROFAE, PROFAPS e demais processos formativos em saúde, com o objetivo de qualificar essa mão de obra tão sedenta por capacitação.

Neste sentido, a formação para o trabalho em saúde adquire conotações que atendam o apelo econômico de mercado, numa relação de trabalho ordenada pela lógica da competência e sua eficiência produtiva e diante deste cenário os centros formadores e as escolas técnicas de saúde vivem uma crise de identidade jamais vista em todo seu processo de existência. Sem autonomia administrativa/financeira e cada vez mais dependente do interesse político vigente, sofrem com a falta de investimentos e se sujeitam a verdadeiros ataques aos seus valores para continuarem sobrevivendo.

Aliado a isso, não é interesse da sociedade capitalista que a formação dos seus trabalhadores seja integral, pois uma organização que preconiza a formação multilateral do sujeito, qual seja: intelectual, corporal e tecnológica, poderá ter problemas já que estimula, desta forma a capacidade do sujeito em questionar a sociedade em que vive e não constitui interesse do capital, que visa a transformação da força de trabalho em mercadoria para atender o mercado.

Há de se ressaltar que no início do século XX, a economia de mercado era voltada à subsistência e a vida das pessoas era voltada parcialmente ao mercado, onde "[...] as necessidades satisfeitas mediante o dinheiro eram limitadas e, por isso, a necessidade de dinheiro também o era" (SINGER, 1986, p. 13), diferentemente de hoje, onde a economia de mercado é baseada na exploração do trabalhador assalariado, membro social, que transforma a sua força de trabalho em mercadoria.

De acordo com Singer (1986), hoje, a economia de mercado é baseada nos meios de produção e força de trabalho transformado por meio do trabalho de trabalhadores assalariados em produto que, por sua vez, é transformado novamente mediante a venda do produto. Essa explicação se faz necessária quando queremos comparar a lógica do investimento em trabalho numa sociedade capitalista e o valor do trabalho numa sociedade que preza a formação do sujeito em sua integralidade. No primeiro, o trabalho busca atender uma demanda de competição, de lucro. Neste sentido muitas vezes é instrumental e sua técnica objetiva atender à demanda somente do capital estimulando a concorrência entre os trabalhadores individuais. "[...] dentro da empresa os trabalhadores são escalonados em níveis hierárquicos de mérito e responsabilidade, em grande medida artificiais [...]" (SINGER, 1986, p. 37). Por outro lado, uma organização que preconiza a formação multilateral do sujeito em suas vertentes: intelectual, corporal e tecnológica, observada a relação trabalho-educação-saúde, tem como objetivo final a mudança total da sociedade em oposição à visão mercadológica de mundo.

Nas décadas de 70 e 80, ganhou corpo o fenômeno identificado por estudiosos das relações de trabalho como: flexibilização das relações sociais de produção interna e externa às organizações produtivas. Ramos (2001, p. 173), caracteriza a flexibilização interna como: "[...] polivalência, diferencial de responsabilidades, carreiras e salários de uma mesma categoria [...], cooptação e estímulo à participação dos trabalhadores na produção [...]" e a flexibilização externa "[...] desregulamentação das relações trabalhistas, [...] precarização baseada nos contratos temporários, de tempo parcial e na subcontratação [...]". Resultante deste movimento capitalista e das perceptíveis transformações das relações de trabalho, várias mudanças se operavam inclusive no setor saúde, com a incorporação de uma gama de trabalhadores, sem formação profissional, a fim de atender os interesses de mercado quanto ao barateamento dos serviços. "[...] Nos anos 80, [...] estão a mudança da direção da política de saúde com o privilegiamento do setor público e a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional no interior dos serviços de saúde [...]" (LIMA, 2016, p. 21). Neste sentido, importante destacar que no Brasil foi criado o Projeto Larga Escala, tendo em vista o cenário brasileiro de grande número de trabalhadores em saúde inseridos no serviço e que necessitavam de qualificação. Este Projeto foi caracterizado por um acordo entre saúde e educação culminando num currículo integrado para qualificar os profissionais de nível médio que não obtiveram escolarização anterior, e esse ensino se deu no ambiente do serviço com a utilização de metodologias ativas. Seguindo os princípios do SUS de Universalidade, para atendimento de uma ampla gama de população desassistida pela cobertura na área de saúde, o

referido Projeto capacita os profissionais de saúde buscando melhor qualidade dos serviços de saúde.

Após esta ampla formação dos trabalhadores em saúde, surge o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), nos anos de 1999 a 2000, que tratou da qualificação dos inúmeros trabalhadores, do setor saúde, de escolaridade baixa e pouca renda, que sem formação específica, realizavam ações relativas à área da enfermagem provocando uma situação de irregularidade frente ao mercado de trabalho, já que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498/86, estabelecia o prazo de até 10 anos para a profissionalização e se tornassem, no mínimo, auxiliares de enfermagem.

Já no ano de 2009, com a publicação da Portaria nº 3.189, o Ministério da Saúde cria o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), que determina a realização de Cursos Técnicos em Saúde como: Radiologia, Patologia Clínica, Citologia, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem; o Aperfeiçoamento e Capacitação em Saúde do Idoso para as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Especialização Técnica para Assistência de Enfermagem em Diálise e Agente Comunitário de Saúde. De acordo ainda com a Portaria, as Escolas Técnicas em Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores ligados à gestão estadual e municipal do SUS estarão na linha de frente quanto à formulação pedagógica dos cursos.

Este histórico da formação em saúde está intimamente ligado à iniciativa de criação dos Centros Formadores e Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas de Saúde que, ainda vivem uma crise de identidade por estarem dependentes, em sua maioria, da área de recursos humanos das secretarias de saúde e da vontade política dos gestores. "[...] Na sua maioria, os centros formadores/escolas técnicas de saúde continuaram funcionando e ainda funcionam [...] sem quadro próprio de pessoal, com uma equipe mínima para coordenar os cursos descentralizados [...]" (LIMA, 2016, p. 30).

É notória a falta de interesse do corpo político em investir naquilo que seria uma alternativa para a rede pública de formação profissional em saúde. Aquilo que se viu na década de 80 e 90, com a tentativa de acessibilidade dos serviços de saúde, oferecendo qualidade por meio da formação de seus trabalhadores, hoje configura-se como uma tentativa frustrada de resistência. Atualmente, o impacto do capital sobre essas relações (trabalho –saúde – educação) reconfigura a lógica dos espaços de formação em saúde gerando a crise de identidade. Reféns da falta de investimentos, muitas escolas de saúde públicas acabam admitindo realizar parcerias com instituições privadas, pactuadas nas instâncias colegiadas, de forma a garantir a

continuidade de seus cursos. Portanto, é resultado desta política ultraliberal: a precarização do trabalho, a desregulamentação trabalhista, a falta de investimentos em pessoal e estrutura física, num cenário de crise produzida para fragilizar as ETSUS.

4.1 Noções de Qualificação

Nos anos de 1980/1990, diante do intenso processo de flexibilização das atividades produtivas, as instituições acadêmicas passam a refletir acerca da formação profissional presente em seus cursos. Em sua concepção, a qualificação tem sido simultaneamente associada à competência que: "[...] reivindica a si o poder de dar conta das características subjetivas hoje valorizadas e requeridas pelas empresas e pelo mercado de trabalho em geral" (TARTUCE, 2004, p. 355).

O conceito de qualificação surge na França, com o avanço do capitalismo, que resultou nas diferenciações entre as categorias trabalhistas e necessidade de homogeneizar os salários para os mesmos tipos de trabalhos. Esta hierarquização dos ramos de trabalho leva a uma concepção de qualificação baseada no estoque de conhecimentos adquiridos pelo trabalhador.

A partir dos anos 70, a saída encontrada pelo mercado para superação da crise estabelecida foi a flexibilização dos modos de produção, num cenário de mudanças em todas nas áreas econômicas, sociais, produtivas, culturais e diante do avanço da tecnologia que configurou na segmentação do trabalho, diminuição dos custos e tempo de produção, padronização da qualidade dos produtos (PINTO, 2010). Tais situações exigiam dos trabalhadores qualidades sobre humanas para se manterem nos postos de trabalho, como: conhecimento, memória, raciocínio, responsabilidade, inovação e autonomia. Neste sentido, o trabalhador polivalente, que assume tantas funções diante da nova forma de produzir, representa bem o que significa "competência": a exigência de que o trabalhador resolva os problemas das organizações, por intermédio de suas habilidades, que serão avaliadas individualmente e recompensadas pelo empregador (DUBAR, 1998 *apud* TARTUCE, 2004, p. 360).

A concepção de qualificação do trabalho estudada por George Friedmann abrange a complexidade da atividade e os saberes necessários para execução das mesmas. Diante disso, o trabalhador vê o seu conhecimento subjugado pelo capital e, sendo assim, a qualificação pode ser dimensionada pela quantidade de conhecimento utilizado no trabalho. Sob este prisma, as abordagens de qualificação que partem do grau e natureza da tarefa estabelecendo as qualidades próprias dos trabalhadores para executá-las, são denominadas "existencialista" ou "substancialista".

Por outro lado, a concepção de qualificação defendida por Pierre Naville considera as diferentes variáveis inseridas no conceito, sejam: econômicas, culturais, políticas e sociais, afastando-se da forma estruturalista defendida por Friedmann, e levando em consideração o tempo-espaço para definir o que fosse um trabalho qualificado, como assegura: "[...] qualquer sociedade terá seus critérios para definir e julgar o que é um trabalho qualificado" (TARTUCE, 2004, p. 363). Para ele, a qualificação é uma relação social, pois medem quantitativamente as qualidades apreendidas pelo trabalhador, em seu processo formativo, por meio do salário.

Já a noção de competência defendida por Zarifian, de modo resumido, diz respeito à capacidade do trabalhador em solucionar situações incomuns, que podem aparecer no trabalho, por meio de conhecimentos adquiridos ao longo do tempo e, desta forma, a competência adquire um papel de percepção da responsabilidade pelo trabalhador e o seu reconhecimento pela sociedade (TARTUCE, 2004).

Diante disso, o debate sobre qualificação e competência no Brasil, cuja realidade é a de desemprego, forte segmentação do trabalho, precarização e flexibilização das relações empregatícias, diferencia-se das condições vividas pela França quando Friedmann e Naville teorizavam sobre esta questão, porém não significa dizer que elas não tenham sentido aqui. Na verdade, a ótica sobre os referidos estudos deve ser baseada em nossa especificidade histórica, onde o diploma não é garantia de emprego e a polivalência é uma das qualidades mais valorizadas neste mercado.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho metodológico

A estratégia metodológica adotada para analisar o processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, com foco nas atividades realizadas pela CIES Regional foi o estudo descritivo e exploratório. Esse tipo de estudo, em sua essência, visa evidenciar o contexto em que uma intervenção foi implantada, além, de permitir uma análise detalhada sobre as potencialidades e fragilidades da intervenção objeto deste estudo (MINAYO, 2007).

Para atingir os objetivos propostos foram utilizadas duas técnicas de coleta: 1) entrevistas com os atores envolvidos diretamente com a CIES Regional; e 2) análise documental dos registros, legislações e informações relacionadas à Educação Permanente em Saúde.

Para interpretação dos dados qualitativos foi realizada uma análise descritiva dos conteúdos das entrevistas após a transcrição das mesmas. Para os dados quantitativos foi realizada uma frequência simples dos achados.

5.2 Perguntas norteadoras

Foram utilizadas como dimensões prioritárias para análise: a disponibilidade de insumos e a adequação das atividades. As dimensões e as respectivas perguntas que norteiam este estudo estão apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Dimensões e perguntas norteadoras para análise de implantação

Dimensões	Perguntas Norteadoras
Disponibilidade	Os insumos necessários para execução das atividades do CIES/BC foram disponibilizados?
Adequação	As atividades realizadas pelo CIES/BC estavam em conformidade com o previsto na Portaria GM/MS nº 1996/2007?
	Os projetos formativos foram executados de acordo com o previsto no PAREPS?

Fonte: O autor

5.3 Público alvo da pesquisa

Foram selecionados os membros que fizeram parte da CIES Baixada Cuiabana entre os anos de 2010 a 2016 distribuídos da seguinte forma:

- 06 membros da CIES/BC;
- 01 Secretário executivo da CIESBC;
- 02 representantes da área técnica do ERSBC que fazem parte da CIESBC;
- 02 representantes da Coordenação Colegiada da CIESBC formada pela ESPMT e CIES Estadual.

5.4 Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de Maio e Junho de 2018 e consistiu na realização de 11 entrevistas com os membros da CIES Baixada Cuiabana. O roteiro de entrevista (Apêndice A) foi dividido em quatro blocos: Bloco 1 – Identificação; Bloco 2 - Contexto Político-Organizacional; Bloco 3. Ação Interinstitucional; **e** Bloco 4. Avaliação das ações da CIES/BC. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas.

Todos os participantes que aceitarem participar da pesquisa foram informados dos objetivos da mesma por meio da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

A análise documental consistiu em identificar e analisar os documentos com a finalidade de complementar os dados das entrevistas e permitir a contextualização das informações sobre a PNEPS na Baixada Cuiabana. Nesse caso, foram utilizadas as seguintes fontes de informação documental:

1. Plano de ação regional de educação permanente em saúde dos anos: 2014, 2015 e 2016.

5.5 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu os preceitos éticos que envolvem seres humanos, em conformidade com o que prevê a resolução do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012, obtendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de MT/ Escola de Saúde Pública do Estado de MT e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ – Parecer n° 2.620.346.

6 RESULTADOS

6.1 Perfil dos entrevistados

A pesquisa foi realizada com 11 (onze) membros que fizeram parte da CIES Baixada Cuiabana entre os anos de 2010 a 2016. A maioria dos entrevistados é do sexo Feminino (07), quanto à faixa etária, a maior parte deles possui mais de 40 anos (08). Em relação ao grau de escolaridade, quase todos (10) possui nível de formação de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado). Sobre o vínculo empregatício, são, em sua totalidade, servidores públicos, atuando há mais de 05 (cinco) anos em suas respectivas áreas técnicas e exercem a função de gestão como, por exemplo, coordenadores e assessores técnicos. (Tabela 1)

Tabela 1 - Perfil dos Entrevistados

Sexo	**n**	**%**
Feminino	7	63.63
Masculino	4	36.36
Faixa etária		
31 a 40 anos	3	27.27
41 a 50 anos	4	36.36
Acima de 50 anos	4	36.36
Escolaridade		
Graduação	1	9.09
Pós Graduação	10	90.90
Vínculo Empregatício		
Servidor Público	11	100

Fonte: O autor

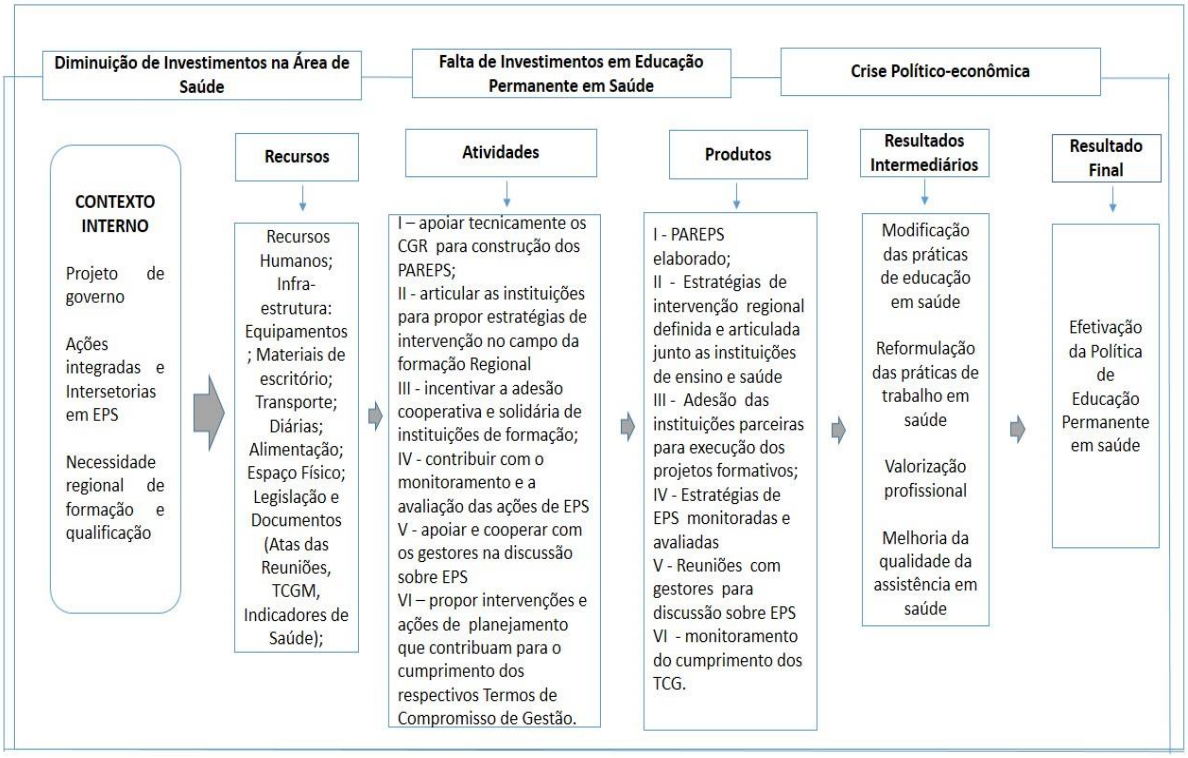
Com base nesse perfil, pode-se dizer que os membros do CIES possuíam nível de qualificação bastante elevado e grau de envolvimento com o serviço público. São servidores que conhecem a área em que atuam, bem como seus vínculos com a CIES são justificados por atuarem, em suas funções, com a educação permanente em saúde.

6.2 Análise da CIES Baixada Cuiabana

Segundo a Portaria nº 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007, a condução regional da PNEPS deve ser feita pelos CGR's, com o apoio das CIES, definida como instâncias

intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde. (Figura 2)

Figura 2 - Modelização da racionalidade de funcionamento da CIES Baixa Cuiabana



Fonte: O autor

A CIES/BC possui um papel relevante na implementação da política de EPS, uma vez que desenvolve e consolida o PAREPS, através da articulação dos diferentes atores sociais envolvidos nesse processo, incentivam sua participação seja pelo envolvimento pessoal ou institucional, bem como, auxiliam na estruturação dos serviços de saúde, observando as necessidades locais, e estimulam o comprometimento dos gestores. É função desta comissão fomentar a participação cooperativa das instituições de formação na efetivação da EPS. Também é responsável pelo levantamento das necessidades formativas de cada um dos municípios que compõem a BC, sistematizado por meio dos PAREPS. Mas, é da competência dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR's) fazerem a aprovação dos projetos analisados pelas CIES.

O Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde, também possui como atribuições, previsto na Portaria 1996/2007, pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência. Porém, essa mesma portaria é genérica

no que tange à responsabilidade de apoio financeiro para a manutenção da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) não definindo especificamente qual entidade é responsável pela sua manutenção. Portanto, a CIES fica atrelada à CGR (atual CIR) regional no tocante à sua manutenção e funcionamento.

Percebe-se que durante o período em que houve as publicações das Portarias de financiamento da EPS, sendo a última publicada em 2011, foram registradas várias dificuldades para acessar os recursos. Primeiramente, o recurso financeiro foi administrado pela SMS de Chapada dos Guimarães, que pelo fato de ser um município de pequeno porte possuía várias dificuldades administrativas. Com isso foi pactuado em CGR a transferência do recurso para a SMS de Cuiabá, município mais estruturado. Com o tempo percebeu-se que, mesmo o recurso sendo gerido pela SMS Cuiabá, os problemas administrativos/burocráticos, não cessaram e, portanto, a manutenção das atividades da CIES ficou sob administração financeira do ERS Baixada Cuiabana.

Isto pode ser constatado de acordo com relato de 10 entrevistados, dentre os quais destacamos:

> Não se conseguia acessar o recurso para trazer as pessoas para discutirem o PAREPS, o RI era uma calamidade. O município de Cuiabá teve uma Secretaria adjunta que compreendeu este processo e avançou a discussão e o desprendimento [...].
> [...] dificuldade em acessar o recurso disponibilizado à CIESBC. (Informação verbal).

Além do mais, o contexto político-econômico vivido pela CIES/BC pode ser considerado como mais um fator agravante para o bom funcionamento da mesma, que estava submetida à gradativa diminuição de investimentos na área de saúde devido às constantes situações de alteridade em investimentos públicos de saúde determinado pela crise nacional, fazendo com que os entes federados (Estado e municípios) preterissem investimentos em EPS em detrimento às outras ações de saúde consideradas essenciais, conforme relatado em (10) entrevistas, dentre as quais seguem alguns destaques:

> [...] Falta de garantia de ajuda de custo para vir participar da CIES/BC.
> [...] Pouca vontade política em custear os servidores a participarem das reuniões.
> [...] O gestor não assumia: ele indicava o técnico para participar da reunião da CIES e depois na CIR ele não reconhecia essa demanda como uma necessidade dele.
> [...] Os municípios acabavam priorizando outras ações não apoiando os técnicos para o seu deslocamento e garantindo a participação dos técnicos nas ações da CIESBC. (Informação verbal).

Há de se ressaltar também o que pensam os membros da CIESBC sobre os objetivos gerais da Comissão. Ou seja, se a CIESBC cumpre a função de integração entre o ensino e o serviço e qual a função desempenhada por eles. Alguns membros, seis (6), de um total de 11 entrevistados, acreditam que o papel da CIES é participar de todos os processos de pactuação (como preconizado na Portaria nº 1996/2007), porém a grande rotatividade de profissionais e o desconhecimento sobre a política do SUS fazia com que não houvesse garantia de participação dos trabalhadores nas atividades da comissão, conforme relato abaixo:

> [...] O meu papel dentro da CIESBC é participar de todos os processos de pactuação [...] A grande rotatividade dos trabalhadores e falta de conhecimento de alguns gestores sobre a política do SUS, dificultava a garantia de participação dos trabalhadores na CIESBC. (Informação verbal).

Outro fato levantado pela pesquisa diz respeito ao que foi levantado por 6 entrevistados, que ressaltaram a função meramente burocrática dentro da Comissão como a elaboração de projetos e realização de compra de materiais e demais trâmites administrativos junto ao município detentor da gestão do recurso da CIESBC, assim como a realização dos Planos de ação preconizados na Portaria 1996/2007. E, ao mesmo tempo consideravam que a função da CIES era perceber as necessidades de educação da região a fim de elaborar os planos. Neste sentido, uma das falas citadas ressalta:

> O meu papel era elaborar projetos segundo a estrutura da ESP e fazer a gestão para a compra de materiais e elaboração de termos de referência junto à SMS de Cuiabá. Também participava das reuniões [...] O principal objetivo da CIESBC era apropriar-se das necessidades de educação da equipe da regional de saúde nas áreas de atenção à saúde, vigilância em saúde e educação em saúde estendendo para os municípios. (Informação verbal).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, 3 entrevistados, consideram que o seu papel dentro da CIES/BC era apoiar e conduzir para que os membros elaborassem os PAMEPS e os mesmos entendessem qual a responsabilidade deles. Ainda responderam que os principais objetivos da CIESBC era dar toda a base de sustentação para que o conceito de EPS fosse efetivado, como por exemplo: ações de aprendizagem no trabalho, por meio de práticas de aprendizagem integradas no cotidiano do serviço; bem como acompanhar as ações propostas no PAREPS, conforme descrito abaixo:

> [...] o meu papel dentro da CIESBC era apoiar e conduzir para que elaborassem os PAMEPS; elaboração das oficinas e encontros para construção dos PAMEPS que se davam em até 3 momentos (primeiro momento falava-se sobre a educação permanente para que eles entendessem qual o papel da CIES para que entendessem qual a

> responsabilidade deles, depois ajudavam na elaboração e construção dos planos. As pessoas que vinham participar deste encontro voltavam para seus municípios para ajustar com seus gestores e devido à grande rotatividade esse serviço era interrompido. (Informação verbal).

6.3 Análise da disponibilidade de insumos para realização das atividades do CIES

Na opinião de sete (7), dos 11 entrevistados, os insumos estratégicos para realização das atividades da CIES da Baixada Cuiabana estavam disponíveis, entre os anos de 2007 a 2010, período em que havia algum recurso financeiro sendo liberado, mesmo com todas as dificuldades, conforme relatos de alguns dos entrevistados:

> [...] o recurso, apesar de existente, era insuficiente para a baixada cuiabana [...];
> [...] falta um estudo mais apurado em relação à distribuição dos recursos financeiros para as regiões de saúde garantindo melhor adequação entre eles e as necessidades de EP [...]. (Informação verbal).

Em 2011, com a interrupção do financiamento oferecido pelo Ministério da Saúde (MS), os insumos foram se tornando escassos e a CIES foi obrigada a buscar parcerias com outras instâncias. Com isso a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso foi apontada, pela maioria dos entrevistados, como a instância dentro da SES que mais contribuiu com a CIES/BC para realização de suas atividades, fornecendo insumos como: corpo técnico, salas de aula e computadores para a realização das reuniões e das capacitações.

Como se não bastasse à interrupção do financiamento por parte do Governo Federal, um entrevistado também apontou de forma enfática a inércia da gestão estadual para suprir esta ausência de financiamento, conforme relato de um dos entrevistados que disse:

> [...] A SESMT nunca se envolveu diretamente para dirimir questões institucionais, financeiras e logísticas da CIESBC [...]. (Informação verbal).

Aliado a isso os entrevistados disseram ter dificuldades administrativas e burocráticas em acessar o Recurso Financeiro destinado às atividades relacionadas ao PAREPSBC/2010-2014 prejudicando a busca pelos insumos estratégicos para manutenção da CIESBC, conforme relatos de sete dos onze entrevistados, dentre os quais destacamos a seguinte fala:

> [...] forma de acessar o recurso não viabiliza o trabalho [...].
> [...] O recurso está na conta, há o conhecimento do setor financeiro e orçamentário do município de que o recurso é da CIES da Baixada e eles só tem dificuldades em operacionalizar em função da Lei de Responsabilidade Fiscal, da falta de contrato,

> licitação, traslado, pagamento de diárias, ausência de ata... começou a regularizar, mas a gestora saiu e tivemos dificuldades [...]. (Informação verbal).

Com isso, as atividades de capacitação foram realizadas pontualmente pelas áreas técnicas do ERSBC e/ou SES-MT, mas que não ocorreram em resposta ao PAREPS 2010-2014 e, em geral, estiveram desarticuladas entre si e em relação às necessidades dos municípios.

As alternativas encontradas para minimizar o impacto relativo à falta de insumos estratégicos para o funcionamento da CIES foi buscar parcerias com outras Unidades como ESPMT e UFMT.

A Universidade Federal de Mato Grosso, por meio de seu Instituto de Saúde Coletiva (ISC), foi apontada como parceira na execução e realização dos projetos de capacitação propostos pelo PAREPSBC. Também foram citadas outras instâncias como: CIES Estadual, Conselhos de Saúde, Núcleo de Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, COSEMS e Secretarias Municipais de Saúde.

Os resultados da pesquisa demonstram que a CIES, mesmo com todos os problemas burocráticos, administrativos e financeiros já citados, vem cumprindo o seu papel de integração entre o ensino e o serviço em saúde, configurando-se como espaço de pactuação, negociação e fortalecimento da EPS. Essa questão foi mencionada por oito (8) entrevistados, destacando-se a seguir:

> [...] O processo de educação permanente em saúde se dá através da troca de conhecimentos entre os servidores e a multiplicação entre os que foram capacitados e os que não foram" e ainda [...] A CIES apropria-se das necessidades de educação da equipe da regional de saúde nas áreas de atenção à saúde, vigilância em saúde e educação em saúde estendendo para os municípios [...]. (Informação verbal).

Outro entrevistado ainda explica que:

> [...] a CIESBC promove a integração ensino-serviço e ações de EPS para a região [...]; ademais outro entrevistado complementa que a integração se dá: [...] Através da troca de saberes de cada perfil dos profissionais com suas experiências de trabalho e os cursos de capacitação propostos pelas áreas técnicas dos municípios. (Informação verbal).

Com base nas entrevistas também é possível listar alguns desafios enfrentados pela CIES/BC para cumprir o objetivo de fazer a integração entre o ensino e o serviço, como: desconhecimento por parte dos atores envolvidos (gestores, membros e técnicos); o convencimento de alguns gestores em apoiar as CIES; desconhecimento do conceito de EPS; falta de infraestrutura logística dos municípios, alta rotatividade dos profissionais de saúde;

mudança no organograma do ERS Baixada Cuiabana pela Secretaria Estadual de Saúde fazendo com que o pessoal fosse ocupado em outros setores; posicionamento engessado da CIES dentro do organograma da SES.

O distanciamento por parte do Ministério da Saúde no tocante ao acompanhamento das ações desenvolvidas pela CIES/BC foi mencionado por sete (7) entrevistados, como pode-se verificar nas seguintes falas:

> [...] O MS dava apoio com pessoal em raros momentos em que orientavam sobre a política em oficinas da CIES Estadual.
> Eram distantes, só cobravam relatório no final do ano.
> Com o desmonte da SEGETS/MS, o distanciamento intensificou-se faltando até mesmo retorno e acompanhamento das ações.
> [...] o distanciamento por parte do âmbito federal causava alguns prejuízos, dentre eles víamos outras instituições acessando por meio de editais recursos de educação permanente em saúde. Era uma concorrência, pois enquanto a CIES Estadual recebia um valor x para dividir por 16 regiões viam-se projetos aprovados por editais que não contemplavam os PAREPS, as necessidades das regiões não eram contempladas. (Informação verbal)

Portanto, esta interrupção no financiamento e falta de acompanhamento das ações pela via institucional por parte do Ministério da Saúde prejudica a iniciativa de transformação de formação dos trabalhadores em saúde.

6.4 As potencialidades e as fragilidades do CIES/BC no que se refere à capacidade condutora da PNEPS

De acordo com a pesquisa, foram detectadas fragilidades e potencialidades da Comissão em relação aos direcionamentos estabelecidos pela PNEPS. Conseguiu-se listar pontos em comum nas 3 esferas, tanto em relação às fragilidades e potencialidades, para fazer a análise da realidade desta comissão, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 - Fragilidades da CIESBC, por esfera de governo, em relação à capacidade condutora da PNEPS

FRAGILIDADES		
Municipal	Estadual	Federal
- Os perfis profissionais que participam da CIES são distantes do que preconiza a Comissão; - Falta de clareza por parte dos gestores municipais da importância da EPS; - Contrapartida financeira deficiente para realização dos cursos; - Falta de apoio político e institucional para ações de EPS; - Dificuldade de integração entre o membro participante da CIES e demais servidores do serviço de saúde; - Não havia um membro da CIES nas reuniões de planejamento do município gestor do recurso resultando na inexistência de orçamento para a CIES; - Alta rotatividade de gestores; - Contratos existentes com a SMS Cuiabá (gestora do recurso) dificulta a execução financeira do recurso; - EPS não constitui prioridade enquanto estratégia de melhoria da qualidade de saúde; - Sobrecarga de trabalho aos servidores de municípios pequenos; - Relações precárias de trabalho.	- Divulgação; - Avaliação e acompanhamento; - Falta de Apoiador; - Acesso ao Recurso; - Falta Sistema de Informação; - Descontinuidade das ações; - Financiamento; -Articulação Intersetorial; - Falta de esclarecimento e definição em relação ao papel da CIES; - Morosidade; - Localização da CIES dentro do organograma da SES; - Incredulidade em relação ao papel da CIES; - Falta estipular prazos e estabelecer fluxos para entrega e apresentação dos PAREPS para a SES.	- Distanciamento; - Financiamento interrompido; - Falta de orientação e acompanhamento; - Recurso insuficiente e mal distribuído; - Forma de acesso ao recurso; - Outras instituições acessavam por meio de editais recursos de educação permanente em saúde; - Ausência de apoiadores regionais; - Redimensionamento da PNEPS; - Descontinuidade; - Falta Interesse Político.

Fonte: O autor

No tocante às fragilidades da CIESBC em relação à PNEPS, observou-se que a questão do financiamento interrompido, ou a inexistência de contrapartida financeira pelos entes federados foi citada como fragilidade nas três esferas de governo. Também a fragilidade no monitoramento e avaliação das ações de EPS, pelas unidades, atores e público-alvo envolvido, com o objetivo de produzir, registrar e fazer a análise crítica dessa política, tendo como

instrumento a sistematização das informações produzidas pelos PAREPS. Neste sentido foi levantado que existe certo distanciamento nas relações existentes entre todos as esferas governamentais, ou seja do nível federal para com a estadual, da estadual para com o municipal, e dos membros dos municípios com os demais servidores dos serviços de saúde, e isso por sua vez, provocavam situações que acabavam prejudicando as ações de EPS, conforme relato a seguir:

> Não havia um membro da CIES nas reuniões de planejamento do município gestor do recurso, resultando na inexistência de orçamento para EPS. (Informação verbal)

Também foi detectada a inexistência de maior articulação inter e intrasetorial dificultando a estipulação de prazos e o estabelecimento de fluxos para a entrega e apresentação dos PAREPS para a SES, fazendo com que outros setores da SES e outras instituições realizassem ações de EPS desarticuladas aos PAREPS. Prova disso é o fato de outras instituições acessarem o recurso de EPS criando uma concorrência generalizada, conforme relato de um dos entrevistados:

> Quando a CIES Estadual recebia um determinado valor para dividir pelas 16 (dezesseis) regiões de saúde muitos projetos eram aprovados por editais que não contemplavam os PAREPS. (Informação verbal)

Ao mesmo tempo em que não há qualquer condução no âmbito federal, de acordo com o PAREPS 2015, todos os Termos de Compromisso de Gestão dos municípios da Baixada Cuiabana não possuem orçamento definido para EPS havendo somente o custeio de translado, alimentação acerca de qualquer atividade da CIES realizada fora de seus locais de trabalho. Um dos entrevistados observa que o desmonte começou no âmbito federal com a falta de investimentos na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), órgão do MS responsável por estruturar políticas públicas voltadas à formação, gestão e qualificação dos trabalhadores em saúde, provocando um efeito cascata no desmonte dos investimentos em EPS dos Estados. Apesar da referida Política preconizar, em seu artigo 14, que o Ministério da Saúde poderá "propor indicadores para o acompanhamento da PNEPS dentro do Processo Pactuação Unificada de Indicadores", ou seja, descreve o modus operandi de monitoramento e acompanhamento das ações de EPS nos Estados, mas não o cumpre efetivamente.

Também as demandas observadas nas regiões de saúde não estavam de acordo aos Planos de EPS. Ocorre que, neste sentido, eram propostas "políticas específicas", calcadas em

assistência individual ou médica ou ainda nas políticas generalistas voltadas à vigilância em saúde de forma a atender as linhas de capacitações profissionais dessas áreas programáticas.

A falta de interesse político foi outro ponto observado nas 3 esferas, e esta fragilidade vem atrelada à ausência de divulgação e melhor esclarecimento sobre o papel da CIES, resultando na priorização de outras políticas, uma vez que esta política não é a preferência nas ações de saúde.

Já em relação às potencialidades pode-se observar:

Quadro 3 - Potencialidades da CIESBC, por esfera de governo, em relação à capacidade condutora da PNEPS

POTENCIALIDADES		
Municipal	Estadual	Federal
- Participação, socialização e discussão com outros profissionais da rede; - Colaboração no PAMEPS; - Apoio logístico e interesse político por parte de alguns municípios; - Disponibilizou os seus representantes para a comissão, bem como nas capacitações; - Esforço por parte do servidor em se licenciar de suas obrigações e estar presente nas reuniões e oficinas; - Os trabalhadores passavam a ser multiplicadores em seus locais de trabalho; - Os membros dos municípios conheciam sobre a EPS; - Engajamento nos espaços de pactuação.	- Existência de agenda permanente de encontros e troca de informações entre os membros e equipe da CIES; - Garantia de participação dos Membros da CIES Baixada Cuiabana na CIES Estadual; - Garantia de apoio logístico (equipamentos, estrutura e técnico) e pedagógico por meio da Escola de Saúde Pública; - Assessoramento Técnico e Político; - Certificação via ESPMT; - Aproximação da CIES Estadual com a CIESBC; - A CIESBC se fazia presente nas reuniões da CIES Estadual, nas reuniões de CIR, CIB e até mesmo visita em município.	- Recursos financeiros; - Normatização; - Assessoramento Técnico para os Planos e atividades da CIES; - Gestores tinham um feedback mais efetivo sobre a execução das atividades; - Aquisição de equipamentos.

Fonte: O autor

Como ponto positivo pode-se destacar que recursos logísticos foram garantidos em determinado tempo, por todas as esferas, por meio das portarias que garantiram os recursos, ou através de equipamentos, estrutura, pessoal e certificação, para realização dos cursos, pela ESPMT, ou ainda apoio logístico por parte dos municípios que garantiram a participação de seus servidores, que deixavam seus postos de trabalho, nas atividades da CIESBC.

A garantia de participação dos membros nos espaços de pactuação que, como no ponto acima, constitui a vontade do gestor, mesmo incipiente, em assegurar que os servidores das esferas estadual e municipal participassem de outras reuniões, oficinas, espaços colegiados para discutirem pontos relacionados à EPS, ausentando-se do seu serviço e retornando a ele como multiplicadores engajados na divulgação das ações dessa política.

Há de se ressaltar que a normatização foi citada como potencialidade, pois constituiu força motriz das ações, legitimando a atuação da CIES em todos as esferas e garantindo sua existência.

Outra potencialidade diz respeito à realização dos Planos e assessoramento técnico para realização dos mesmos, em todos as esferas (PAMEPS e PAREPS), pois servem de norte para a consecução dos objetivos da EPS na região da Baixada Cuiabana.

6.5 Análise da adequação das atividades realizadas pela CIES

Faz parte da rotina de atividades da CIESBC a participação em: reuniões ordinárias, reuniões extraordinárias, Oficinas, Espaços de pactuação (Comissão Intergestores Regionais e Comissão Intergestores Bipartite), Reuniões da CIES Estadual e capacitações.

Ao serem questionados sobre a logística de funcionamento das reuniões ordinárias e extraordinárias, sete (7) entrevistados consideraram que as atividades eram adequadas.

> [...] havia uma agenda permanente de encontros e troca de informações [...];
> [...] Eram discutidas nas reuniões ordinárias o momento necessário para a elaboração das oficinas e encontros para construção dos PAMEPS que se davam em até 3 momentos (primeiro momento falava-se sobre a educação permanente para que os participantes entendessem qual o papel da CIES/BC, bem como suas responsabilidades. Depois ajudavam na elaboração e construção dos planos. Posteriormente, as pessoas que vinham participar deste encontro voltavam para seus municípios para ajustar com seus gestores e devido à grande rotatividade esse serviço era interrompido. (Informação verbal)

Porém, quatro (4) entrevistados destacaram a falta de adequação das atividades com a logística de funcionamento das reuniões da CIESBC:

> [...] Falta estipular prazos e estabelecer fluxos para entrega e apresentação dos PAREPS para a SES respeitando os prazos de elaboração orçamentária [...]
> [...] Depois de uma ruptura a CIES passou por um processo de reorganização. Quando assumiu, não havia documentação e a CIES passou por um processo de discussão até sobre o que era a Secretaria Executiva, pois se confundia a função de Secretaria Executiva com a de Coordenador, então se começou desde a elaboração do Regimento Interno, discussão em CIR, pactuação com a CIES estadual, conversando com a CIB, retomando a questão do recurso porque está sob a gestão do município de Cuiabá [...]. (Informação verbal)

Destacam-se alguns entraves que dificultaram esta adequação, a exemplo, a mudança de gestores constituiu um nó crítico na instalação e operacionalização da CIES-BC tendo em vista o desconhecimento da relevância desta e/ou reconhecimento da importância da educação permanente em saúde. Neste sentido, por várias vezes em reuniões da CIR-BC foram repassadas informações a respeito da educação permanente assim como sobre o papel da CIES-BC. Ressalta-se ainda que atividades de capacitação foram realizadas pontualmente pelas áreas técnica do ERSBC e/ou SES-MT, de modo que observavam as necessidades previstas em seus Planos de Trabalhos Mensais, baseado em indicadores de saúde, porém não tinham continuidade devido às dificuldades administrativas e burocráticas para acessar o recurso, conforme pode ser observado nessa fala:

> [...] Nem mesmo se conseguia acessar o recurso para trazer as pessoas para discutirem o PAREPS ou dar continuidade às capacitações, o Regimento Interno era uma calamidade. O município de Cuiabá teve uma Secretaria adjunta que compreendeu este processo e avançou a discussão e o desprendimento. O recurso está na conta, há o conhecimento do setor financeiro e orçamentário do município de que o recurso é da CIES da Baixada e eles só tem dificuldades em operacionalizar em função da Lei de Responsabilidade Fiscal, da falta de contrato, licitação, traslado, pagamento de diárias, ausência de ata... começou a regularizar, mas a gestora saiu e tivemos dificuldades. A secretaria executiva articulou este processo com a UFMT, os municípios, pautava mensalmente em CIR, na CIES, mas de uma maneira muito frágil. (Informação verbal)

Em relação à participação dos membros da CIES/BC, interessante notar que três (3) entrevistados disseram que os membros não participam ativamente, sendo que um dos entrevistados relatou a complexidade do termo “participação” quando questionado sobre o fato dos membros da CIESBC estarem participando ativamente das reuniões:

> Acredito que não! Havia quórum, mas não participavam efetivamente pois participação pressupõe mudança, entendimento, opinião, sentimento de pertencimento e responsabilidade. (Informação verbal).

6.6 Análise da situação de execução dos projetos formativas previsto no PAREPS/BC

Os projetos formativos não conseguiam dar resposta ao PAREPS que, em geral, estiveram desarticulados entre si, ou seja, os projetos formativos previstos em 2014, não tinham continuidade no PAREPS de 2015, que por sua vez não tinha prosseguimento em 2016.

No quadro abaixo apresenta-se as principais áreas temáticas contempladas pelos PAREPSBC e as modalidades formativas adotadas nos projetos e a situação de execução dos projetos. No período entre 2014 a 2016 foram planejados cerca de 30 cursos formativos, sendo que apenas 17 foram realizados, 11 ainda se encontram em andamento e 2 não foram realizados.

Quadro 4 – Áreas de atuação, tipo de ação formativa e situação do projeto

Áreas de atuação	Tipo ação formativa	Situação
Atenção Básica	Capacitação para ACS;	Não realizado
Urgência e emergência em baixa complexidade	Curso Básico e Curso avançado (ATLS)	Em andamento
Vigilância em saúde e promoção em saúde	Cursos técnicos em Vigilância: Sanitária, Ambiental; Epidemiológica e Saúde do trabalhador.	Em andamento
	Curso de especialização em Vigilância a Saúde.	Em andamento
	Curso básico em vigilância em saúde	Em andamento
	Capacitação para implantação do Plano Nacional de Humanização (HumanizaSUS)	Não realizado
Ações Programáticas	Capacitação para a promoção de saúde desenvolvida nos serviços.	Em andamento
	Especialização/ aperfeiçoamento modular	Em andamento
	Especialização/ aperfeiçoamento em Saúde Pública com ênfase em saúde da família.	Em andamento
	Capacitação do profissional em saúde (cuidado com idoso, portadores de problemas mentais, usuários de drogas e deficientes)	Realizado
Políticas de saúde	Capacitação em Informação em Saúde	Realizado
	Curso em informática básica para profissionais de saúde	Realizado
	Capacitação para formulação e execução de ferramentas de gestão em saúde	Realizado
	Curso de desenvolvimento gerencial e ferramentas de gestão para o SUS	Realizado
Gestão de Pessoas	Fóruns e Seminários visando a reflexão sobre o tema e interlocução entre serviços e academia	Realizado
	Oficina de acolhimento dos trabalhadores do SUS	Realizado
	Curso Aperfeiçoamento Profissional para Sistema Único de Saúde	Realizado
	Capacitação para implantação das comissões locais de saúde do trabalhador	Realizado
	Sensibilização de gestores	Realizado
Controle social	Capacitação e rodas de conversa para os conselheiros municipais de saúde	Realizado

Fonte: PAREPSBC/2014, 2015 e 2016.

Estas áreas demandavam ações voltadas à formação, educação permanente em saúde e educação continuada. As capacitações e atividades da CIESBC procuraram contemplar todas essas dimensões, uma vez que existia o entendimento de uma intervenção em conjunto a fim de abranger, de fato, as necessidades da regional, diante da diversidade que a mesma apresentava na sua composição e dessa maneira produzir mudanças no processo de trabalho, na organização do serviço e possibilitando o atendimento das necessidades de saúde demandadas para o SUS.

Além desses problemas, os PAREPSBC dos anos de 2014 e 2015 identificaram que existem algumas situações no processo de educação permanente que precisam ser observadas para que seja obtida efetividade no processo educativo, a saber:

- Dificuldade do município em liberar os trabalhadores para processos de capacitação haja vista que muitas vezes o serviço fica descoberto.
- Desarticulação entre as instâncias e áreas técnicas da SES/MT, o ERSBC e as SMS o que favorece acúmulo e concomitância de reuniões e capacitações dificultando a participação de técnicos e gestores.

Porém o que se percebe na efetivação dos resultados alcançados é que o processo de Educação Permanente sofreu uma ruptura, com a paralisação de suas atividades a partir do ano de 2014 até 2015 não permitindo a realização das ações previstas e no processo de interlocução entre os seus integrantes. O segundo aspecto diz propriamente a realização das ações previstas, em função do atendimento aos problemas identificados.

Com relação ao primeiro aspecto notou-se que em função da indisponibilidade financeira, para realização dos encontros, a comunicação entre a secretaria executiva e os representantes municipais ficou prejudicada. Basicamente a comunicação se deu pela internet e informes nas CIR, conforme relatos obtidos na pesquisa e análise do PAREPS/BC 2014, 2015 e 2016, a seguir:

> [...] muitos cursos foram executados sem recurso, pois não se conseguiu ter acesso ao recurso por problemas de financeiro e planejamento do município que administrava o recurso". e ainda complementando quais estratégias foram adotadas para sanar o problema observou-se o seguinte relato: [...] discussão em Comissão Intergestores Regional (CIR Baixada Cuiabana) com proposta de mudança para acessar o recurso; a Secretaria executiva fazia a prestação de contas para acessar o recurso e como esta participava da CIES Estadual era uma forma de estar sempre buscando e pautando os problemas. Um dos problemas era que se um município ficava com a administração do recurso dificultava o outro de executar o curso e custear o mesmo fragilizando e desmotivando os profissionais. (Informação verbal)

Também se percebe pela análise das entrevistas que existia outra fragilidade motivada por ruídos na comunicação que existia no processo local. Com a alta rotatividade dos representantes municipais e a não informação à secretaria executiva os *emails* eram enviados aos membros que já não pertenciam mais aos quadros das secretarias municipais de saúde e novos nomes não foram reconduzidos na região. Muitas vezes estes já não residiam nos municípios. Outra situação identificada entre os que permaneceram na representação é que não havia o repasse de informação para os gestores ou outros membros interessados em contribuir com a CIESBC.

Segundo o PAREPSBC de 2015, percebe-se que o Regimento Interno da CIES da Baixada Cuiabana foi iniciado, com representantes dos municípios de Acorizal e Nossa Senhora do Livramento, porém o mesmo não foi finalizado, devido à rotatividade de pessoal, problemas de comunicação e participação responsável.

Neste sentido, um dos entrevistados chega a constatar que esta motivação está atrelada à fragilidade conceitual acerca do que seja representatividade, conforme o relato a seguir:

> Fazer a retomada, sistematizar, manter uma história do processo é um aspecto positivo. A articulação com os municípios e universidade, possibilidade de ter uma abertura, um diálogo com os municípios; aprovação do Regimento Interno; construção do PAREPS, como uma possibilidade de dar um norte aos processos de educação permanente em saúde; discutir essa EPS em seu aspecto conceitual. Promover essa discussão dentro do ERS, entre os técnicos. (Informação verbal)

O PAREPSBC/2015 chega a abordar em sua avaliação das ações de 2014 que, no que se refere à Educação Permanente, conceitualmente, o grupo está bem amadurecido quanto a seus princípios e objetivos, embora seja perceptível a dificuldade em relacionar essa concepção à prática. É sabido que essa situação de conhecimento conceitual não se materializa para o elemento representatividade o que impede que essa se concretize.

Outra abordagem feita na análise do PAREPSBC/2015 diz respeito ao sentimento de "despertencimento" na efetivação da EPS na Regional da Baixada Cuiabana. É notoriamente perceptível que a esfera local configura-se como um elemento responsável pela execução e concretização da política de EPS, concentrando-se no: ERSBC, Escola de Saúde Pública e SES. Inclusive a ESPMT foi citada por 9 dos 11 entrevistados, como a grande base de apoio estrutural e logístico da CIESMT. Outras instituições citadas nas entrevistas (UFMT; Conselhos de Saúde; Hospital Sírio Libanês; COSEMS; Instituições de Ensino Público-privadas; Conselho Estadual de Educação; Áreas Técnicas dos Municípios) são vistas somente como parceiras, conforme apurou-se também nas entrevistas, do qual destaca-se a seguinte fala:

> [...] A Escola de Saúde Pública, no âmbito da SES sempre foi parceira da CIESBC por ser condutora e executora da política; fora da SES são parceiros o COSEMS e Secretarias Municipais de Saúde. (Informação verbal).

6.7 Análise da conformidade dos projetos formativos com o TCG dos municípios proponentes

À época, a formalização do pacto pela saúde se dava por meio da assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) declarando os compromissos assumidos por determinado gestor perante os outros gestores e perante a população sob a sua responsabilidade.

Era um Termo construído em sintonia com o Plano de Saúde Municipal e em negociação com o governo federal, estadual, municipal e o Distrito Federal. Para ter legitimidade, o Termo deveria ser aprovado no Conselho Municipal de Saúde, nas antigas CGR's (hoje CIR's), CIB e posteriormente CIT.

Destarte, ao analisar os Termos de Compromisso de Gestão dos Municípios da Baixada Cuiabana, em consonância com os projetos formativos evidenciados nos PAREPS, constatou-se que a realidade pactuada em Educação Permanente em Saúde e a realidade vivenciada pelos municípios da Baixada Cuiabana, apresentavam algumas características passíveis de serem evidenciadas. Pelo fato de nenhum município da Baixada Cuiabana possuir um Plano Local de Educação Permanente em Saúde, os projetos formativos previstos nos PAREPSBC tinham grande contribuição das áreas técnicas do ERS sendo conduzidas por estas áreas após pactuação em CIR. Há que se considerar o panorama de alta rotatividade de profissionais, nos municípios, em função de vínculos desprotegidos de trabalho ou de número insuficiente de servidores interferia no processo de organização do serviço e definição do processo de trabalho, fenômeno percebido em todos os municípios do ERSBC, excetuando-se Planalto da Serra, Santo Antônio do Leverger, Nossa Senhora do Livramento e Chapada dos Guimarães.

De acordo com o TCGM, em relação ao número de servidores somente Planalto da Serra admitia possuir equipe completa suficiente para atender a demanda da população. O município de Cuiabá, devido ao grande contingente populacional, não supria esta demanda mas havia pactuado concurso público e que o mesmo estava em andamento. Neste sentido, somente os municípios de Nossa Senhora do Livramento, Cuiabá, Chapada dos Guimarães, Planalto da Serra possuem Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) previstos em lei e apenas Barão de Melgaço, Nossa Senhora do Livramento e Planalto da Serra, possuem registro dos servidores capacitados e das capacitações realizadas.

Outro ponto a se ressaltar é que existem municípios que continuam sem informar a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017 ao ERSBC.

Nenhum município possuía orçamento definido para EPS, embora assegurem os custos operacionais previstos para as capacitações feitas em Cuiabá, como: translado, alimentação dos técnicos e gestores. Os TCGM de Planalto da Serra e Nova Brasilândia apresentaram iniciativas de resolução de problemas onde realizam ações de educação permanente em saúde, por meio de capacitações e diálogo entre os serviços de saúde. O TCGM de Cuiabá aborda que entre os setores existe uma organização e diálogo mais estreitado em se tratando de “repasse’ de informações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que a Política de EPS constitui uma estratégia de se repensar as práticas vigentes no setor saúde, de maneira problematizadora, e pertencente ao processo de trabalho em equipe constituindo, deste modo, desafio perante ao sistema de relações existentes entre o ensino e o serviço. Este trabalho representou a constatação de que a forma como as práticas de EPS desenvolvidas pelos seus diferentes atores e conduzida pela CIESBC podem sustentar favoravelmente um sistema de saúde de qualidade, observando a capacidade resolutiva do setor saúde, mesmo enfrentando inúmeras dificuldades.

Ao buscar avaliar do grau de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, tendo como foco o papel da Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional (CIES Regional), pode-se constatar que encontrar saídas para resolver os inúmeros problemas que a CIESBC enfrentou parece ter se tornado uma válvula de apoio para continuidade de sua existência.

A busca por parcerias, de modo a enfrentar os obstáculos relacionados à falta de estrutura logística, operacional, administrativa e de pessoal para execução de seus cursos e oficinas ocasionada pela interrupção do apoio financeiro fornecido pelo Ministério da Saúde e consequente inércia do governo estadual para suprir esta situação, foi crucial para conseguir certa sobrevivência desta Comissão. Associado a isto existiram os entraves burocráticos para acessar o recurso junto à SMS Cuiabá e a falta de monitoramento e avaliação, prescrito na portaria 1996 que pudessem subsidiar a mudança de decisão, percebendo as falhas, encontrando soluções adequadas às diferentes situações percebidas, bem como distribuindo melhor este recurso junto à Baixada Cuiabana.

Neste sentido, também constituiu uma saída a sensibilização dos gestores e demais atores sociais sobre o papel e a importância da CIES para o desenvolvimento de saúde pública de qualidade que não constitui gasto, mas sim investimento na formação de seus trabalhadores.

Por outro lado, a CIES, mesmo diante de inúmeras dificuldades, e de acordo com as entrevistas, cumpriu neste período o seu papel de integração entre o ensino e o serviço, com o aprender e o ensinar incorporado no cotidiano das organizações e ao trabalho, conforme o preconizado pela Portaria GMMS 1996/2007.

Observando o contexto nacional, a falta de investimentos na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), impulsionou o desmonte dos investimentos em EPS dos Estados. A partir de então, a desmotivação ocorreu em efeito cascata, contribuindo para o descrédito na política neste período na região da baixada cuiabana.

Diante disso, o financiamento interrompido pela União e a ausência de contrapartida financeira pelo Estado e Municípios constituiu uma fragilidade observada pela pesquisa, onde a CIES procurou se ajustar à esta situação, de forma que prejudicou a garantia dos insumos necessários à sua manutenção e à consecução dos PAREPS. Outro problema levantado dizia respeito à realização do monitoramento e avaliação da EPS, pelas unidades, atores e público-alvo envolvido, com o objetivo de produzir, registrar e fazer a análise crítica dessa política, sistematizando as informações produzidas pelos planos de ação. Observou-se que existe certo distanciamento nas relações existentes entre todos as esferas governamentais, ou seja do nível federal para com a estadual, da estadual para com o municipal, e dos membros dos municípios com os demais servidores dos serviços de saúde, e isso por sua vez, provocavam situações que acabavam prejudicando as ações de EPS.

Dificuldades relativas à articulação inter e intrasetorial o que resultou na deficiência em estipular prazos, assim como o estabelecimento de fluxos para a entrega e apresentação dos PAREPS para a SES, fez com que outros setores da SES e outras instituições externas realizassem ações de EPS desarticuladas aos PAREPS. Prova disso é o fato dessas instituições acessarem o recurso de EPS, alheio ao PAREPS, criando certa concorrência com este plano específico de EPS.

Há de se ressaltar que os Termos de Compromisso de Gestão dos municípios da Baixada Cuiabana não possuíam orçamento definido para EPS e, portanto, deveriam ter garantido recurso em conformidade com o PAREPS, o que resultava em prejuízo no planejamento das ações. Com isso, as demandas observadas nas regiões de saúde não ficavam em consonância aos Planos de EPS, e, desta forma, eram propostas “políticas específicas”, calcadas em assistência individual ou médica ou ainda nas políticas generalistas voltadas à vigilância em saúde de forma a atender as linhas de capacitações profissionais dessas áreas programáticas.

Outra falha relativa à CIES diz respeito à falta de interesse político na continuidade de seu papel. Foi observado nas 3 esferas governamentais que esta fragilidade vem atrelada à ausência de divulgação e melhor esclarecimento sobre a função da CIES, resultando na priorização de outras políticas, em detrimento da Política de EPS.

Por outro lado, ficou evidente que recursos logísticos foram garantidos em determinado tempo, por todas as esferas, fosse por meio das portarias que garantiram os recursos, fosse através de equipamentos, estrutura, pessoal e certificação, para realização dos cursos, pela ESPMT, ou ainda apoio logístico por parte dos municípios que garantiram a participação de seus servidores, que deixavam seus postos de trabalho, nas atividades da CIESBC.

A garantia de participação dos membros nos espaços de pactuação que, como no ponto acima, constitui a vontade do gestor, mesmo incipiente, em assegurar que os servidores das esferas estadual e municipal participassem de outras reuniões, oficinas, espaços colegiados para discutirem pontos relacionados à EPS, ausentando-se do seu serviço e retornando a ele como multiplicadores engajados na divulgação das ações dessa política.

Há de se ressaltar que a normatização foi enfaticamente citada como potencialidade, pois constituiu força motriz das ações, legitimando a atuação da CIES em todos as esferas e garantindo sua permanência enquanto estratégia da política de EPS.

Desta forma, a realização dos Planos de ação e o assessoramento técnico para realização dos mesmos, em todos as esferas (PAMEPS e PAREPS), muito contribuíram para nortear a consecução dos objetivos da EPS na região da Baixada Cuiabana.

Finalizando, para se chegar a estes resultados, esta avaliação necessitou da análise de documentos, normativas, entrevistas presenciais com diversos atores pertencentes ao universo da CIESBC, bibliografia e vivência pessoal no contexto de EPS da região da baixada cuiabana. O conjunto de informações colhidas, irão contribuir para posterior análise da pesquisa e conclusão de que o processo de educação permanente em saúde não se finda, mas se constrói diariamente com o conjunto de saberes e experiências pessoais obtidas no serviço e costurando a teia de aprendizagem que muitos fazem sem nem se darem conta.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Monitorização e avaliação**: algumas ferramentas, métodos e abordagens. Washington, D.C: Banco Mundial, 2004. 25 p. Disponível em: <http://www.adcoesao.pt/sites/default/files/avaliacao/4_27_monitorizacao_avaliacao_algumas_ferramentas_metodos_e_abordagens_2004.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34-38. ISSN 1677-7042. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=22/08/2007>. Acesso em 24 abr.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 fev. 2004a. Seção 1, p. 37-41. ISSN 1677-7042. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=16/02/2004>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Notas Cartográficas Sobre a Escuta e a Escrita: contribuição à educação das práticas de saúde**.** *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Uerj/ IMS/ Cepesc/ Abrasco, 2005. p. 253-266. ISBN: 85-89737-25-X.

FIORI, José Luís. Maria da Conceição Tavares e a hegemonia Americana. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 50, p. 207-235, 2000. ISSN 0102-6445. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-64452000000200011>. Acesso em: 20 ago. 2017.

IBARRA, David. O neoliberalismo na America Latina. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.238-248, jun. 2011. ISSN 0101-3157. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-31572011000200004>. Acesso em: 20 ago. 2017.

JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho e da educação. **Rev Bras Saúde Família**, Brasília, DF, v. 5, n. 7, p. 86-103, jan./abr. 2003/2004. (Ed. Especial). ISSN 1518-2355. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia7.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2017.

LIMA, Júlio. Cesar França. Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil. In: BRAGA, Ialê Falleiros et al. (Orgs). **O trabalho no mundo contemporâneo**: fundamentos e desafios para a saúde. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p. 219-266

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-453-8. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 19 jul. 2017.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do Trabalho no Século 20**: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2010. 80 p. ISBN 978-85-7743-028-4.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001, 320p

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2017.

SINGER, Paul. **O Capitalismo**: sua evolução sua lógica e sua dinâmica. São Paulo: Moderna, 1986. ISBN 9788516002367.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. **Educ. Soc**., Campinas, v. 25, n. 87, p.353-382, ago. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-73302004000200004>. Acesso em: 15 ago. 2017.

VIEIRA, Monica *et al*. **Análise da política nacional de educação permanente em saúde**: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 102 p. (Relatório Final). Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina, LOPES, Marcia Raposo. O trabalho e a educação na Saúde: a questão dos "recursos humanos". *In*: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Org.). **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 79-117. ISBN: 978-85-98768-59-5. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/Publicacao/pub6.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2017.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Roteiro para entrevista com Participantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço da Baixada Cuiabana (CIES/BC): Técnicos de cada município representante da CIES/BC; Secretário(a) executivo(a) da CIESBC; Representantes da área técnica do Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana que fazem parte da CIES/BC; Representante do controle social da Saúde; Membros da CIESBC de Instituições de Ensino de Nível Superior Privado; Membro da CIESBC de Instituição de Ensino de Nível Superior Público; Membro da CIESBC de Instituições de Ensino Público de Nível Médio Privado; Representante da Gestão do ERSBC na CIESBC; Representante do Conselho Estadual de Educação de MT que faz parte da CIESBC.

Pesquisador de campo: Isdenil Evangelista da Silva

Data: ___/____/____ Hora início: _____ Hora fim: _____

Controle:

BLOCO 1. IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo a. Masculino ( ) b. Feminino ( )
2. Idade : _____
3. Nível de Instrução completo:
   a. ( ) Ensino fundamental c. ( ) Graduação
   b. ( ) Ensino médio d. ( ) Pós-graduação
4. É servidor público? ( ) Sim ( ) Não
5. Área em que atua: _____
6. Qual sua função atual: _____
7. Tempo que atua na função:
   a. Início (___ mês / ____ anos) b. Fim ( ) em andamento OU
   ( ) (___ mês / ____ anos)

BLOCO 2. CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL

8. Faz parte da CIES/BC de que forma?

   ( ) Membro indicado pela instituição ( ) Membro eleito ( ) Convite
   ( ) Outro _____

9. Descreva seu papel dentro da CIES/BC
   _____
   _____
   _____

10. A CIES/BC cumpre o seu papel de integração entre o ensino e o serviço em saúde?
    ( ) Sim ( ) Não . Se não, qual o porquê?
    _____

11. Em sua opinião, quais os principais objetivos da CIES/BC?
    _____
    _____
    _____

12. A forma de financiamento da CIES/BC, proposta pela PNEPS, viabiliza o seu funcionamento?
    ( ) Sim ( ) Não

13. A logística de funcionamento das reuniões ordinárias/extraordinárias é adequada à rotina das atividades da CIES/BC?
    ( ) Sim ( ) Não

14. A logística de funcionamento dos cursos obedece aos objetivos propostos no currículo?
    ( ) Sim ( ) Não

15. Como é a participação dos membros da CIESMT nas reuniões?
    ( ) Participam ativamente ( ) Participam esporadicamente ( ) Não participam

16. A frequência dos alunos nos cursos é
    ( ) Alta ( ) Média ( ) Baixa . Se Baixa, porque?
    _____

17. No ambiente de trabalho, como se dá o processo de educação permanente em saúde?

_____

18. Existe alguma outra instância dentro da SES ou fora que é parceira da CIES/BC na realização de suas atividades ?

( ) Não ( ) Não sei ( ) Sim.

Se sim aponte qual(is) seria(m) esta(s) outra(s) instância(s)?

_____

_____

BLOCO 3. AÇÃO INTERINSTITUCIONAL

19. Em relação ao apoio institucional oferecido pelo MS para a manutenção da CIES/BC, aponte os pontos fortes e fracos.

A. PONTOS FORTES	B. PONTOS FRACOS

20. Em relação ao apoio institucional oferecido pela SES para a manutenção da CIES/BC, aponte os pontos fortes e fracos.

C. PONTOS FORTES	D. PONTOS FRACOS

21. Em relação ao apoio institucional oferecido pelos Municípios para a manutenção da CIES/BC, aponte os pontos fortes e fracos.

E. PONTOS FORTES	F. PONTOS FRACOS

BLOCO 4. AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA CIES/BC

22. Em sua opinião, quais foram os principais resultados alcançados com a CIES/BC até o momento?

_____

_____

_____

23. Em sua opinião, quais mudanças foram percebidas dentro do serviço desde a implantação da PNEPS na região da Baixada Cuiabana?

_____

_____

_____

24. Em relação ao PAREPS/BC, todos os cursos previstos, para o período, foram executados?

( ) Sim ( ) Não . Se não, qual o porquê?

_____

_____

_____

25.1. De uma maneira geral quais foram as estratégias adotadas para superar estes problemas?

_____

_____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DA BAIXADA CUIABANA: a Comissão de Integração Ensino-Serviço como ferramenta condutora,** que integra o curso de mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) e está sendo desenvolvida por ISDENIL EVANGELISTA DA SILVA, sob a orientação da Profª. Drª. ANA CRISTINA REIS.

O objetivo geral deste estudo é avaliar o grau de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na região da Baixada Cuiabana, com foco nas atividades realizadas pela CIES Regional da Baixada Cuiabana (CIES/BC).

A finalidade deste trabalho é verificar se as atividades da CIES/BC estão de acordo com o previsto no Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS/BC), bem como identificar as potencialidades e as fragilidades do CIES/BC no que se refere à capacidade condutora da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contribuindo para o desenvolvimento da prática da EPS no serviço em saúde na região da Baixada Cuiabana e consequentemente para o Estado de MT.

Consideramos que os benefícios desta pesquisa seriam indiretos, pois, ocorreria deste a verificação das atividades pela Comissão de Integração Ensino-Serviço da Baixada Cuiabana de acordo com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

(PAREPS/BC), sob o prisma da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, colaborando para a qualidade dos serviços de saúde no Estado de MT.

Solicitamos a sua colaboração para este tipo de entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional**.** Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante:_____

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, com duração em média de 30 min.

Toda a pesquisa com seres humanos envolvem riscos e graduações variadas, sendo que nesse estudo os riscos são baixos e se relacionam com os possíveis constrangimentos que possam vir a ocorrer devido à sua identificação de forma indireta, como também ao cargo que ocupa, porém ficará garantido o sigilo de seus dados pessoais.

Caso você esteja de acordo, a entrevista será realizada nas dependências do Escritório Regional de Saúde Baixada Cuiabana (ERSBC), em sala reservada, por meio de perguntas elaboradas previamente sendo gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você poderá solicitar ao pesquisador que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pelo pesquisador e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos produzidos na investigação. Destaque-se que os resultados da análise realizada, que serão publicizados, são de inteira responsabilidade do pesquisador e não haverá qualquer remuneração pela participação nesta pesquisa.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Decidindo por participar você receberá uma via deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante:_____

Contato do pesquisador: Rua São Luis, 58 – Cidade Verde - Cuiabá/MT CEP: 78.028-650 Tel: (65) 98120-2078

email: isdenil@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Endereço: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Tel e Fax: (21) 3865-9705.
E-mail:cep@epsjv.fiocruz.br.
Página na internet: http://www. epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa

Cuiabá/MT, ____/____/____.

_____

Isdenil Evangelista da Silva

Li e concordo em participar da pesquisa.

☐ Autorizo a gravação da entrevista.

☐ Não autorizo a gravação da entrevista.

_____

Assinatura do participante