



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

interface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de

Mesquita Filho

Brasil

Saupe, Rosita; Pereira Wendhausen, Águeda Lenita

O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 9, núm. 18, septiembre-diciembre, 2005, pp. 621-630

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115827015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família*

The professional master's degree as a preferable model for training in family health

La maestría profesionalizante como modelo preferencial para la capacitación en salud de la familia



Rosita Saupe¹
Águeda Lenita Pereira Wendhausen²

Introdução

Como participantes do grupo que vem trabalhando nas várias etapas de implantação de um programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde, com área de concentração em Saúde da Família, na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), queremos compartilhar esta experiência com a comunidade acadêmica e profissional.

As etapas às quais nos referimos incluem a concepção da idéia durante o ano de 2001; a formulação do projeto, sua tramitação, reformulações e aprovação pelos devidos colegiados da Universidade e a realização da primeira seleção entre 64 candidatos que disputaram as primeiras trinta vagas, no transcorrer de 2002; a implantação do curso e a conclusão do primeiro ano, com encaminhamento do projeto para credenciamento junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Estadual de Educação (CEE), bem como a aprovação de projetos de pesquisa enquadrados em editais da Fundação de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (FUNCITEC), acontecidas em 2003. O interesse em registrar uma experiência real que pretende abordar aspectos históricos, legais e a contribuição de outros autores, bem como registrar o percurso com suas facilidades e enfrentamentos, na expectativa de que, ao tornar público e submetido à crítica, nosso modelo possa ser aprimorado, contribuindo para iniciativas semelhantes.

Antecedentes históricos

As conquistas científicas e tecnológicas do início do século vinte pressionaram as universidades a buscar formas de adequar a formação profissional a novas demandas de trabalho. Considerando não ser aconselhável a multiplicação de cursos de graduação ou o aumento da carga horária dos já consolidados, como forma de atender a essas pressões, o ensino superior opta pela diferenciação vertical, ou seja, a pós-graduação (Oliveira, 1995).

A implantação de estudos pós-graduados delimita dois períodos do ensino superior no Brasil do século XX: no primeiro período, até a década de 50, caracterizado pela graduação de profissionais e no segundo, no início da década de 60, pela busca da especialização e

* Agradecemos ao professor doutor Alan Índio Serrano pelas contribuições ao aperfeiçoamento do texto.

¹Enfermeira, Docente do Mestrado em Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI/Itajaí, SC. <saupe@amja.org.br>; <saupe@univali.br>
²Enfermeira, Coordenadora do Mestrado em Saúde da UNIVALI/Itajaí, SC. <agueada@univali.br>; <aguejor@milnegocios.com.br>

¹Rua Mediterrâneo, 172, ap. 401
Córrego Grande - Florianópolis, SC
88.037-610

ESPAÇO ABERTO

capacitação para a pesquisa, como forma de diferenciação de seus concluintes, face à massificação da graduação que gerou demanda por titulação que possibilitasse galgar posições privilegiadas na hierarquização do trabalho (Oliveira, 1995; Sucupira, 1995). Mas, o desenvolvimento da pós-graduação também tem um divisor de águas, representado pelo Parecer 977, do Conselho Federal de Educação (MEC, 1974).

Os cursos de pós-graduação, realizados até a vigência do Parecer 977, careciam de unidade, apresentando formas diversificadas e contraditórias para sua concretização. O referido parecer estabeleceu a distinção entre *lato sensu* e *stricto sensu*; a primeira modalidade refere-se aos cursos de especialização ou aperfeiçoamento e a segunda, aos níveis de mestrado e doutorado. No que diz respeito ao tema deste artigo, já encontramos no documento legal menção ao mestrado profissional (MEC, 1974).

O mestrado profissional

A primeira regulamentação da CAPES orientando a criação de Mestrados Profissionais foi a Portaria nº 47 de 17 de outubro de 1995. Todavia, esta temática vinha integrando“ as discussões sobre a pós-graduação *stricto sensu* no país já há bom tempo (Revista de Administração Contemporânea, 1997). Esta norma foi substituída pela Portaria nº 080, de 16 de dezembro de 1998, conforme a CAPES (1998), tendo em vista a necessidade e a relevância da criação de mestrados direcionados à formação profissional. No mesmo documento foram estabelecidos os requisitos e condições para sua criação e credenciamento.

Desde então esta modalidade de pós-graduação vem sendo implementada em várias instituições gerando, paralelamente, muitas divergências quanto a sua aceitação, bem como restrições ao seu reconhecimento no espaço acadêmico, com consequente transmissão desses posicionamentos para setores de serviços e áreas profissionais. O documento “CAPES – A necessidade de desenvolvimento da pós-graduação profissional e o ajustamento do sistema às características desse segmento”, anexo à ata da 65^a reunião do Conselho Técnico-Científico, realizada nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2002 (CAPES, 2002) aborda detalhadamente esta questão. Entre os vários aspectos focalizados no documento, salientamos:

- afirmação de que a pós-graduação brasileira deve abranger duas vertentes de formação igualmente importantes para o desenvolvimento do país – a acadêmica e a profissional;
- o resgate do Parecer nº 977/65, que não apenas admitia, mas estimulava a criação de cursos com orientação profissional;
- a responsabilização da CAPES em adequar a forma como é realizada a avaliação das propostas e o acompanhamento de cursos profissionais e em aprofundar o diálogo com a comunidade acadêmica, no sentido de superar as resistências e inquietações quanto ao papel do mestrado profissional.

No que diz respeito à avaliação, o documento afirma a inadequação de serem utilizados os mesmos parâmetros, critérios e enfoques, próprios para a análise do desempenho e produtividade de programas voltados exclusivamente para a pesquisa científica e formação de pesquisadores e evidencia a necessidade de serem estabelecidos critérios específicos, mas que assegurem formação de igual nível e qualidade dos cursos acadêmicos (CAPES, 2002).

As principais inquietações da comunidade acadêmica são elencadas e contra-argumentadas no documento, concluindo que, na verdade, o que gera veementes reações contra o reconhecimento oficial da diferenciação de nossa pós-graduação é a possibilidade de a oferta do novo perfil de cursos vir a repercutir na estruturação da carreira docente do ensino superior que, no Brasil, fundamenta-se no princípio de que todos os integrantes dessa carreira devem ser habilitados para a pesquisa acadêmica.

As contra-argumentações afirmam que não compete à CAPES definir os títulos e formação exigidos pelas universidades para admissão em seus quadros; que mesmo nos



países mais desenvolvidos, apenas uma fração das instituições de ensino superior são caracterizadas como de ensino e pesquisa; que no Brasil não é grande o percentual de instituições que têm suas atividades e cursos respaldados no ideal de tornar efetiva essa associação; e que, além disso, é importante ressaltar que os currículos de graduação do ensino superior incluem disciplinas e práticas de cunho essencialmente profissional (CAPES, 2002).

Sobre este último ponto, o documento questiona: o magistério das disciplinas profissionais e/ou a orientação das práticas a elas correlatas, na graduação, só devem caber aos pesquisadores acadêmicos? O profissional habilitado em um curso de pós-graduação profissional e com desempenho destacado em seu campo de atividade não teria uma contribuição relevante a dar na formação de alunos em áreas vinculadas a esta prática? Não seria admissível que, para o magistério de algumas dessas disciplinas, as instituições fixassem como requisito exatamente o título correspondente à pós-graduação profissional? (CAPES, 2002).

O documento conclui estabelecendo algumas diretrizes orientadoras sobre qualidade, composição do corpo docente, concepção e estrutura dos cursos, sugerindo também que as comissões de avaliação incluam, além de consultores acadêmicos, profissionais – pesquisadores ou não – com reconhecido desempenho no segmento do mercado de trabalho atendido pelo curso.

Especificamente, para refletir sobre o Mestrado Profissional na área de Saúde Coletiva, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio de sua publicação RADIS, no ano de 2003, dedicou vários números à formação profissional. Em seu número 07 enfoca a "Pós-Graduação e o recente Mestrado Profissional" (Xavier, 2003). Na opinião dos entrevistados, dirigentes da FIOCRUZ (Paulo Buss, Presidente; Tânia Nunes, Vice-Presidente do Ensino e Recursos Humanos; Zulmira Hartz, Coordenadora Geral da Pós-Graduação), a criação do Mestrado Profissional é positiva, na medida em que o avanço do Sistema Único de Saúde e a crescente complexidade dos Sistemas de Gestão evidenciam a necessidade de formar de modo também avançado. Existem na área da saúde, atualmente, cerca de 150 mil gestores, para os quais não basta apenas utilizar ferramentas de trabalho, mas produzir novas tecnologias, utilizando-se da produção científica. Neste sentido, é preciso avançar em relação à formação *lato sensu* na área de saúde coletiva, que predominou dos anos 1970 aos 2000, buscando agora formar um profissional capaz de transformar seu processo de trabalho e sua instituição, ao mesmo tempo em que produz conhecimento científico, o que caracteriza a formação em *stricto sensu*.

Um dos pontos favoráveis para o êxito desta proposta na saúde coletiva é que a pós-graduação, nesta área, é tradicionalmente multidisciplinar, o que pode resultar na resolução de inúmeros problemas na construção do Sistema Único de Saúde (Xavier, 2003) e, acrescentamos, na produção do conhecimento necessário para obter avanços, de forma qualificada.

A proposta da UNIVALI

O processo de **concepção** da proposta formulada pela UNIVALI partiu do pressuposto de que a Universidade precisa buscar formas mais efetivas de integração com a sociedade e com as políticas públicas, notadamente na área da saúde e da educação. Neste sentido, a saúde familiar vem se constituindo um conceito agregador, tanto dos movimentos sociais, quanto do trabalho interdisciplinar, encaminhando para a necessidade de preparo de profissionais mais preparados para esta forma de promoção da vida saudável e com qualidade.

Na área da saúde vivemos um momento em que é preciso consolidar os avanços conseguidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. A mudança do modelo assistencial, pela reorganização da atenção básica, é um dos aspectos mais importantes para garantir a efetivação dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E este é o propósito da estratégia de Saúde da Família, que vem a configurar uma nova concepção de



ESPAÇO ABERTO

trabalho em que o profissional de saúde se compromete solidária, democrática e participativamente com as famílias a que assiste, a partir de um trabalho interdisciplinar em que coloca saberes a serviço da comunidade (Costa Neto, 2000).

O profissional requerido para esta nova prática está por se construir, pois a formação tradicional toma o saber como algo fragmentado, hierarquizado, desembocando numa atuação compartimentada, técnico-reparadora, que alija usuários, famílias e populações da participação no seu próprio processo de saúde e de vida. Embora existam iniciativas para a formação de profissionais com este perfil, em nível de graduação, residência e especialização, de uma maneira geral, tal intento ainda não se concretizou na prática. Os trabalhadores que estão atuando nos serviços de saúde são fruto da formação fragmentada carecendo, portanto de capacitação complementar para que possam fazê-lo sob esta nova perspectiva (Costa Neto, 2000). Consideramos, pois, a pós-graduação, em nível de mestrado, um importante espaço a ser utilizado tanto para a instrumentalização, quanto para a experimentação e a pesquisa de novas formas de relação entre profissionais de saúde e usuários e entre os próprios profissionais.

Outro fator que fortalece a proposta refere-se à recente Portaria 198/GM/MS (Brasil, 2004). Neste documento, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde. Esta política apóia ações que facilitem a mudança de modelo assistencial, incluindo aí a formação, desde o nível técnico até a pós-graduação e a produção de conhecimento.

Em síntese, a opção de direcionar o projeto de criação de um curso de mestrado para a área de Saúde da Família foi sendo delineada a partir da convergência de vários fatores, entre os quais destacamos: o empenho das várias instituições comprometidas com a Reforma Sanitária e que vêm buscando a consolidação do SUS, em especial pelo Programa de Saúde da Família (PSF); a troca de experiências com profissionais atuantes no PSF por meio dos cursos de capacitação desenvolvidos pelo Pólo da Universidade, que expressavam sua necessidade e interesse em qualificação e titulação num nível mais elevado; o consenso existente na área sobre a necessidade de articular os esforços da saúde aos da educação, pois todos os programas que visam à transformação do modelo assistencial passam, necessariamente, por mudanças, tanto no perfil dos profissionais quanto na consciência coletiva das comunidades; a vocação dos cursos de graduação na área da saúde, da UNIVALI, que vem reorientando seus projetos pedagógicos, na perspectiva da saúde da família.

No que diz respeito à necessidade, em termos de qualificação, percebida e manifestada pelos profissionais dos Estados de influência mais direta da UNIVALI (Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul), foi realizado também, um levantamento por meio de formulário distribuído aos profissionais da área da saúde em diferentes eventos realizados em Florianópolis, Lages, Itajaí, Curitiba e Porto Alegre, no segundo semestre de 2001. Obtivemos um retorno de 168 formulários, confirmado o interesse em freqüentar um curso de Mestrado Profissionalizante com área de concentração em Saúde da Família, nos termos propostos pela UNIVALI.

A UNIVALI encontra-se inserida na Macro-Região do Vale do Itajaí (AMFRI – Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí), que congrega 11 municípios, os quais na área da saúde estão sob coordenação da 17ª Gerência Regional de Saúde, localizada em Itajaí. Segundo informações colhidas diretamente junto à 17ª Gerência Regional de Saúde, nesta Região estão funcionando 97 Unidades Básicas de Saúde, nas quais atuam 764 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgões-dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos).

Em Santa Catarina, conforme informações colhidas diretamente da 17ª Regional de Saúde, em janeiro de 2004, possuímos 1.106 equipes de PSF qualificadas, embora o teto esperado fosse de 2.309. Em relação à implantação da Estratégia de Saúde da Família na



AMFRI, atuam até o momento setenta equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) nos 11 municípios, podendo ainda, ser implantadas mais 107 equipes.

Dados do Relatório Final do Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil e do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), referentes à Região Sul, apontam que de 374 trabalhadores do PSF entrevistados (médicos e enfermeiros), 158 são médicos e 216 enfermeiros. A idade média é de 34 anos e possuem de cinco a 14 anos de formados. Do total de profissionais, 95% desejam aperfeiçoar-se profissionalmente, sendo que 25% em nível de mestrado ou doutorado. Aproximadamente 40% fizeram especialização e nenhum possuía mestrado.

Como vemos, a opção por Saúde da Família como área de concentração do programa está fundamentada em interesses e necessidades captados e com os quais compartilhamos. Já a opção por um Mestrado Profissional resultou de estudos para a decisão entre uma proposta acadêmica, nos moldes tradicionais, ou o investimento nesta 'nova' possibilidade oficialmente disponibilizada pela CAPES. Entendemos, na oportunidade desta decisão e continuamos com a mesma perspectiva, que para atender os vários fatores que indicaram Saúde da Família como área de concentração, já enunciados, a modalidade Profissionalizante apresentava maior aderência.

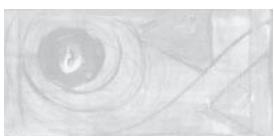
Nesta perspectiva, a intencionalidade da proposta foi orientada e dimensionada para o mundo do trabalho assistencial em saúde, tendo a família como foco privilegiado. A direcionalidade do Programa aponta para a capacitação de graduados em profissões da saúde, preferentemente engajados em atividades relacionadas à saúde da família, em seu conceito ampliado, qual seja, que afirma a indissociabilidade do ser humano a uma família. Importante também que estes profissionais estejam acompanhando o tempo em que vivem, evidenciando que interesse em aprofundar sua formação e acompanhar a evolução do conhecimento.

Assim, a partir desses delineamentos, a **proposta** do curso foi direcionada às várias profissões da saúde, cujo espectro a cada dia se amplia, na perspectiva de resultar num novo tipo de profissional, com **perfil** e competência para trabalhar em equipe interdisciplinar, que assiste e cuida de famílias, independente do local de sua atuação. A partir desta afirmação tornam-se necessárias algumas explicações.

A vocação multiprofissional do curso encontra apoio no conceito ampliado de saúde como resultante de diferentes aspectos que influenciam o processo de viver das pessoas e almeja mais inserir qualidade à vida, do que estabelecer a dicotomia entre saúde e doença. Entendemos ainda que o princípio da integralidade da assistência evidencia a necessidade de múltiplos conhecimentos, originários de várias áreas.

A assistência à família em qualquer local onde atue o profissional subentende todos os níveis de atenção, desde o domiciliar até aqueles que envolvem tecnologias complexas, como uma Unidade de Terapia Intensiva. Apesar de sua identificação original com o Programa de Saúde da Família, o curso está orientado para o desenvolvimento das competências gerais e específicas dos recursos humanos que, de alguma forma, atuam e contribuem para a transformação do modelo assistencial. Neste sentido, nossa proposta se identifica com o modelo de "Vigilância da Saúde" proposto por Teixeira et al. (1998). Nele o distrito sanitário abrange os três níveis de atenção e o PSF não está confinado na Atenção Primária à Saúde, mas invade os níveis de Atenção Secundária e Terciária, na medida em que a equipe se responsabiliza pelo usuário e sua família, inclusive na assistência hospitalar. Entendemos, pois, que esta transformação passa, necessariamente, pela relação de aproximação entre os serviços e profissionais, nos vários níveis de atuação, já que a família transita entre os mesmos, conforme suas necessidades. Acreditamos que quanto maior a aderência à filosofia de reconhecer a família como unidade de cuidado, mais humanização e resolutividade serão oferecidos pelos serviços de saúde.

Outra decisão preliminar importante diz respeito ao caráter Interdisciplinar do curso. É óbvio que qualquer proposta de capacitação de recursos humanos, que tenha como foco a



ESPAÇO ABERTO

Saúde da Família precisa, necessariamente, ter um caráter multiprofissional. Mas, foram os próprios documentos que normalizam e orientam a implantação do PSF que fundamentaram a organização do mestrado profissional voltado para a Interdisciplinaridade como conceito central e **princípio pedagógico** do curso.

... é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. (Costa Neto, 2000, p.9).

Decidir pela interdisciplinaridade como princípio pedagógico não significa negar as especialidades e especificidades de cada profissão. O seu sentido reside na oposição da concepção de que o conhecimento se processa em campos fechados em si mesmos, como se as teorias pudesse ser construídas em mundos particulares, sem uma posição unificadora que sirva de base para todas as ciências, e isoladas dos processos e contextos histórico-culturais.

A interdisciplinaridade respeita o território de cada campo do conhecimento, bem como distingue os pontos que os unem e que os diferenciam. Essa é a condição necessária para detectar as áreas em que se possam estabelecer as conexões possíveis. Cada especialidade precisa ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas (Siqueira & Pereira, 1995).

A interdisciplinaridade colocada como princípio pedagógico do curso, na perspectiva de preservação das identidades profissionais e busca de espaços solidários, tem sido nosso maior desafio. É princípio pedagógico porque permeia todas as ações entre os sujeitos do processo, sejam elas didáticas, investigativas ou de intervenção social. Tem-se constituído como esforço coletivo que busca incorporar as recomendações do Relatório para a UNESCO da Comissão sobre Educação para o Século XXI, entendendo que o novo profissional da saúde precisa estar em permanente processo de educação, que inclui aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e, sobretudo, aprender a ser (Delors, 1998).

Para atingir estes 'desideratos' foram estabelecidos dois **objetivos gerais**: "capacitar e titular profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar competente, crítico, reflexivo e criativo com famílias, pelo aprimoramento técnico e científico" e "ampliar a participação da Universidade no desenvolvimento dos programas político-sociais em saúde", que se desdobram nos seguintes **objetivos específicos**:

- aprimorar a formação técnica e científica dos profissionais de saúde, com ênfase na competência gerencial, assistencial e cuidativa;
- instrumentalizar os profissionais para construir, implementar, desenvolver e avaliar propostas assistenciais, gerenciais ou educativas, de forma cooperativa e interdisciplinar;
- vitalizar os processos gerenciais e investigativos desenvolvidos nas esferas municipais;
- favorecer o processo de desenvolvimento da consciência crítica de profissionais e da comunidade em relação ao Sistema de Saúde;
- fomentar a participação dos profissionais e da comunidade no redimensionamento das políticas públicas em saúde.

Estabelecido o princípio pedagógico da interdisciplinaridade e os objetivos do curso, deduz-se que a **metodologia** a ser privilegiada para a consecução dos mesmos não pode ser 'enquadrada' ou delimitada a um método único o que, em nosso entendimento, entraria em frontal contradição com a proposta. Assim, mesmo reconhecendo as possíveis contribuições dos métodos tradicionais, tais como aulas expositivas, trabalho grupal,



seminários, pretendemos que o processo de ensino e aprendizagem seja dinâmico, fértil em experimentações e operacionalizado por meio de estratégias inovadoras. A problematização da prática profissional, seja assistencial ou docente, tem gerado múltiplas e sucessivas aproximações com os objetos de estudo, delineando possibilidades de contribuição para resolver problemas do cotidiano do trabalho em saúde.

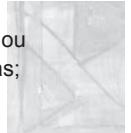
No **trabalho de conclusão de curso** a possibilidade de articulação interdisciplinar se acentua, na medida em que cada orientador é responsável por um grupo de mestrados representando as várias profissões presentes no curso. A construção dos projetos, relatórios e a produção técnica e científica daí resultante envolvem parceria, na qual se sucedem momentos coletivos e individuais. Mas, o mais relevante tem a ver com a origem dos problemas de pesquisa que devem partir da realidade de saúde, tanto assistencial quanto educacional ou gerencial, e para ela devem retornar as propostas resultantes dos processos de pesquisa, de intervenção e de formação. A aderência dos trabalhos de conclusão de curso às práticas requeridas para consolidação do SUS permeia as discussões para definição dos objetos a serem estudados. Para incentivar este processo contamos com o apoio da UNIVALI ao disponibilizar financiamento para projetos submetidos a edital anual do Programa Integrado de Pós Graduação e Graduação (PIPG) que, além de bolsas e recursos, promove a construção de conhecimento compartilhado entre alunos do mestrado e dos vários cursos de graduação, sob orientação do professor da pós graduação.

A **matriz curricular** está organizada em quatro módulos. Entende-se por módulo o conjunto de disciplinas cursadas em um mesmo semestre letivo. Os módulos 1 e 2 destinam-se a desenvolver as disciplinas obrigatórias e os Seminários voltados à construção do Trabalho Final, em equipes e de forma interdisciplinar. Os módulos 3 e 4 estão centrados em atividades vinculadas aos núcleos e linhas de pesquisa, na perspectiva do Trabalho Final. As disciplinas optativas são, predominantemente, desenvolvidas nestes módulos. Estas são selecionadas pelos mestrados, conforme anuência do orientador, dentre um rol de opções.

Outra experiência importante oferecida pelo curso é a possibilidade de desenvolvimento de projetos de intervenção na realidade, seja educativa ou assistencial. O **estágio de docência**, já sistematizado pela CAPES e obrigatório para seus bolsistas, oportuniza ao mestrando uma experiência didático-pedagógica com alunos da graduação, mediante orientação e supervisão de um professor credenciado. A partir desta possibilidade e na perspectiva de maior aderência à proposta de um curso profissionalizante, estamos criando o **estágio profissionalizante**. Em ambos os casos o aluno propõe um projeto de ação compartilhada com um docente de graduação ou profissional dos serviços, sempre na perspectiva de adquirir experiência, mas também de contribuir com a área selecionada para o estágio.

A articulação agregadora entre o perfil desejado, o princípio pedagógico estabelecido, os objetivos a serem atingidos, a metodologia e as estratégias de ação, bem como a matriz curricular proposta (que inclui as disciplinas, o trabalho de conclusão e a oportunidade dos estágios), é consolidada pela linhas de pesquisa. Originalmente os docentes foram vinculados ao Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NUPIS), na época certificado pela UNIVALI e cadastrado no CNPq, incluindo as seguintes linhas de pesquisa: Família em seu Ciclo Vital, Gerenciamento dos Serviços de Saúde, Promoção e Educação em Saúde. Atualmente, em função das novas diretrizes do CNPq em relação à criação e funcionamento de Grupos de Pesquisa, estamos em fase de reorganização.

A linha de pesquisa orientada para a **família em seu ciclo vital** pretende investigar os processos de viver, ser saudável e adoecer da família em seu ciclo vital; avaliar, desenvolver e testar propostas assistenciais, gerenciais e educativas junto às famílias/grupos/comunidades; avaliar, desenvolver modelos e tecnologias que facilitem o trabalho interdisciplinar; produzir conhecimento sobre a qualidade de vida de pessoas saudáveis ou doentes, nas várias faixas etárias, em grupos, famílias ou comunidades rurais ou urbanas;



ESPAÇO ABERTO

contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, tanto na área urbana quanto rural; organizar um banco de dados que possibilite estudos relacionados às várias culturas de grupo.

A linha de pesquisa **gerenciamento dos serviços de saúde** propõe construir, implementar e avaliar Programas de Saúde a partir de riscos ambientais, sanitários e epidemiológicos; investigar e analisar as políticas de saúde nos diferentes níveis de complexidade (federal, estadual e municipal); desenvolver e avaliar práticas de gestão a partir de diversas linhas teóricas; avaliar e implementar instrumentos administrativos utilizados no gerenciamento de serviços de saúde.

Quanto à linha de pesquisa cujo fio condutor é a **promoção e educação em e na saúde**, os objetivos são investigar as concepções/práticas de promoção e educação em saúde nos serviços de saúde; avaliar, desenvolver e testar experiências no desenvolvimento de tecnologias em promoção à saúde e educação para a participação; avaliar as práticas de participação em saúde, institucionalizadas ou não, e seu impacto nos serviços de saúde; construir indicadores de avaliação de práticas de promoção e participação em saúde.

Como qualquer modalidade de pós-graduação, o Mestrado Profissionalizante em Saúde precisa focalizar as três grandes dimensões da formação neste nível, a saber, a assistência, a pesquisa e a docência. Todavia, sua vocação profissional e concepção comprometida com a consolidação do Sistema Único de Saúde e a Saúde da Família orientam no sentido de uma formação integral, mas direcionada aos objetivos que pretende atingir. A figura 1 ilustra a concepção do curso sob a ótica das dimensões citadas.

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE

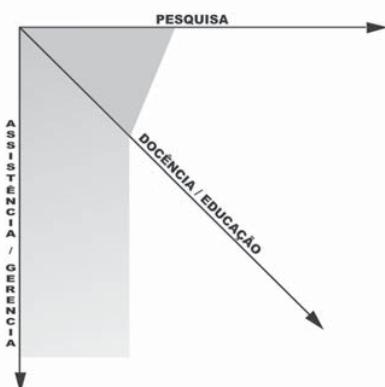


Figura 1 – Proporção de conteúdos e experiências de aprendizagem de Pesquisa, Educação e Assistência/Gerência.

Assim, entendemos que para um curso de doutorado a ênfase maior recai sobre o desenvolvimento de competências para a pesquisa e a investigação – neste caso o sombreamento atingiria a extremidade da seta horizontal denominada PESQUISA; nos mestrados acadêmicos haveria um domínio maior visando à formação do professor, preparado para a docência em vários níveis, especialmente na graduação – a seta inclinada, relativa a DOCÊNCIA/EDUCAÇÃO, seria a mais fortalecida; já a área de conteúdos e experiências de aprendizagem incluídas na matriz curricular de um mestrado

profissionalizante necessita estar concentrada em conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas para a 'práxis' das profissões as quais se destina – como mostra a seta vertical, denominada ASSISTÊNCIA/GERÊNCIA. A área cinza na figura pretende ilustrar a proporcionalidade planejada para o Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – Área de concentração em Saúde da Família, e representa a síntese da proposta.

Conclusão: modelo preferencial

Como coloca Delors (1998), a educação ainda é um tesouro a descobrir. Entendemos que o Mestrado Profissional compõe este tesouro e está sendo descoberto como mais uma possibilidade, na oferta de pós-graduação para a educação permanente, na perspectiva de capacitação de profissionais na área da saúde, para a consolidação do SUS.

Nossa tese de considerar o mestrado profissional como modelo preferencial para capacitação em saúde da família, não descarta as demais modalidades, como cursos de aperfeiçoamento, especialização, residência, ou mestrado acadêmico, mas soma-se a elas.

Todavia, a escolha como preferencial tem relação principalmente com seu caráter permanente e regularidade de oferta, possibilitando a continuidade de projetos de transformação da realidade, na medida em que vão se sucedendo e aprimorando; a valorização da força de trabalho inserida nos serviços, acenando com a possibilidade de inclusão do título de mestre nos critérios de promoção da carreira; a exigência de integração real entre academia e serviços; o incentivo à busca de objetos de estudo que tem origem no mundo do trabalho e para lá retornam como conhecimento construído.

Mas, os enfrentamentos são significativos. Começam pelo desconhecimento em relação a esta modalidade de pós-graduação, que gera desconfiança, tanto na comunidade acadêmica quanto nos serviços que questionam – este mestrado tem validade nacional? Seguem pela ausência de financiamento que não possibilita maior dedicação dos mestrando ao curso – por que não temos bolsas? Continuam pela inexperiência do corpo docente em atuar em mestrado profissional, que se pergunta – qual o tipo de trabalho de conclusão deve ser mais incentivado (pesquisa, relato de experiência, desenvolvimento de modelos, criação de tecnologias)? A busca de respostas, pensadas individualmente e discutidas no coletivo, está sendo incorporada ao cotidiano das pessoas comprometidas com o programa.

As perspectivas, se medidas pelo grau de satisfação dos envolvidos, professores e alunos, são animadoras; se pensadas a partir do crescente número de candidatos aos processos de seleção, são muito positivas; se consideradas tendo como parâmetro a avaliação da CAPES, são desafiadoras, na medida em que a recomendação obtida em 2004 precisa não só ser mantida como aprimorada. Quanto ao impacto na transformação do modelo assistencial, seria precoce e imprudente qualquer afirmação ou projeção. Mas, com certeza as micro-transformações nas pessoas e nos espaços pelos quais circulam são evidentes e permitem afirmar que nossos egressos são multiplicadores na defesa da Reforma Sanitária e dos programas que a estão consolidando.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília, 2000.
- COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **A necessidade de desenvolvimento da pós-graduação profissional e o ajustamento do sistema de avaliação às características desse segmento**. Anexo à ata da 65ª reunião do Conselho Técnico – Científico da CAPES. Brasília, 2002.
- COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Portaria nº 080**, de 16 de dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. Brasília, 1998.
- COSTA NETO, M.M. (Org.) **A implantação de unidade de saúde da família**. Brasília: Ministério da

ESPAÇO ABERTO

Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC/UNESCO, 1998.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Conselho de Educação Superior. Parecer nº 977 (Documento nº 44/1965). In: **Enfermagem: legislação e assuntos correlatos**. 3.ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública, 1974.

OLIVEIRA, F. B. (Org.) **Pós-graduação**: educação e mercado de trabalho. Campinas: Papirus, 1995.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA. Mestrado profissional, n.1, p.145-52, 1997.

SIQUEIRA, H. S. G.; PEREIRA, M. A. **A interdisciplinaridade como superação da fragmentação**. Disponível em: <<http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/interdiscip3.html>>. Acesso em: 30 ago. 2005.

SUCUPIRA, N. F. B. Prefacio. In: OLIVEIRA, F. B. (Org.) **Pós-graduação**: educação e mercado de trabalho. Campinas: Papirus, 1995. p.9-16.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. L. SUS modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, n.7, p.7-27, 1998.

XAVIER, C. Pós-graduação: pensamento e ação integrados para a consolidação do SUS. **Radis Comunic. Saúde**, n.7, p.10-5, 2003.

This article presents the legal background relating to professional master's degrees proposals; it describes the followed paths after proposing and introducing a professional master's degree program in health, with specialization in family health; it argues for the correctness and suitability of this model for developing interdisciplinary skills in health professionals, within a perspective of consolidating health reforms and the Brazilian national health care system, through Family Health Program, its most innovative strategy. The proposal, which has been running since 2003, is based on the multi-dimensionality of the health-sickness process and on the model of Health Surveillance which includes three levels of integrated care. The interdisciplinary nature is the pedagogical principle of the course, in an attempt to find solidarity spaces through teaching and investigative activities or social intervention among the subjects of the process. Although we do not have an evaluation of the impact of the Course on the Care Model, there are some indicators of its acceptance, such as: an increasing number of candidates in the selection process; satisfaction among students and teachers; adherence to the practices required for the consolidation of the Brazilian National Healthcare System (SUS) in the students' works for course conclusion, and the recent recommendation by CAPES.

KEY WORDS: education. human resources. family health. specialization. professional master's degree.

Apresentam-se os antecedentes legais relativos à proposta de mestrados profissionalizantes; descreve-se o percurso trilhado para a proposição e implantação de um programa de mestrado profissionalizante em saúde, com área de concentração em saúde da família; argumenta-se sobre a propriedade e adequação deste modelo para o desenvolvimento das competências interdisciplinares dos profissionais da saúde, na perspectiva de consolidação de reforma sanitária e do sistema único de saúde, por meio de sua estratégia mais inovadora, a saber, o Programa de Saúde da Família. A proposta, em execução desde 2003, fundamenta-se na multidimensionalidade do processo saúde-doença e no modelo da Vigilância da Saúde que prevê níveis de assistência integrados. A interdisciplinaridade é o princípio pedagógico do curso na busca de espaços solidários por meio de ações didáticas, investigativas ou de intervenção social entre os sujeitos do processo. Embora ainda não tenhamos avaliação do impacto do Curso no Modelo Assistencial, há alguns indicadores de sua aceitação tais como: crescente número de candidatos ao processo seletivo; a satisfação de alunos e professores; a aderência dos trabalhos de conclusão às práticas requeridas para consolidação do SUS e a recente recomendação pela CAPES.

PALAVRAS-CHAVE: educação. recursos humanos. saúde da família. especialização. mestrado profissional.

Presenta los antecedentes legales relativos a la propuesta de maestrías profesionalizantes; describe el percurso recurrido para la proposición e implantación de un programa de maestría profesionalizante en salud, con área de concentración en salud de la familia; argumenta sobre la propiedad y adecuación de este modelo para el desarrollo de las competencias interdisciplinares de los profesionales de la salud, en la perspectiva de consolidación de reforma sanitaria y del sistema único de salud, a través de su estrategia más innovadora, a saber, el Programa de Salud de la Familia. La propuesta, en ejecución desde 2003, se fundamenta en la multidimensionalidad del proceso salud-enfermedad y en el modelo de la Vigilancia de la Salud que prevé niveles de asistencia integrados. La interdisciplinariedad es el principio pedagógico del curso en la búsqueda de espacios solidarios a través de acciones didácticas, investigativas o de intervención social entre los sujetos del proceso. A pesar de que aún no tengamos una evaluación del impacto del Curso en el Modelo Asistencial, hay algunos indicadores de su aceptación, tales como: el creciente número de candidatos en el proceso selectivo; la satisfacción de alumnos y profesores; la adhesión de los trabajos de conclusión a las prácticas requeridas para la consolidación del SUS y la reciente recomendación por la CAPES.

PALABRAS CLAVE: educación. recursos humanos. salud de la familia. especialización. maestría profissionalizante.

