



Artigos Originais

O Mestrado Profissional em Saúde da UNIVALI: família e interdisciplinaridade como foco e princípio pedagógico

The Health Professional Master's Program of Univali: family and interdisciplinarity as focus and pedagogical principle

Yolanda Flores e Silva¹

Maria Glória Dittrich²

¹Professora, Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Itajaí, SC - Brasil

²Professora Titular, Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Itajaí, SC - Brasil

RESUMO - O artigo apresenta o contexto de criação dos mestrados profissionais no Brasil e a experiência do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho (MSGT) da UNIVALI com orientação para o trabalho assistencial em saúde, tendo a família como foco e o caráter interdisciplinar como princípio pedagógico. No curso a interdisciplinaridade configura-se como um princípio educativo operacionalizado através de um olhar integral ao ser humano e de inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem. Estas estratégias incluem um modelo de organização que estimula a autogestão, a participação e a geração de ideias para a intervenção na realidade com uso de novos modelos de produção do conhecimento, para além da formação apenas acadêmica associando os campos produtores da ciência à tecnologia. Essa tecnologia, presente em todos os canais de vida humana, não é vista apenas como objeto e/ou equipamento do cotidiano do trabalho. Nesse sentido o MSGT adota como premissa nas discussões com docentes e mestrandos, que a tecnologia com este olhar interdisciplinar, é também uma tecnologia de cunho social, que na interação com uma coletividade representa efetivas soluções de transformação social nos serviços de saúde, na família e na comunidade.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Saúde; Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

ABSTRACT - This paper presents the context of creation of professional masters degrees in Brazil and the experience of Master in Health and Work Management – (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho-MSGT) in UNIVALI – oriented to work in health care, having family as focus and interdisciplinarity as a pedagogical principle. In the course, the interdisciplinarity set up as an educational principle, operationalized through a comprehensive look at the human being and innovative teaching and learning strategies. These strategies include an organizational model that encourages self-management, the participation and generation of ideas for intervention in reality with the use of new models of knowledge production, beyond just academic training involving the producing fields of science to technology. This technology present in all channels of human life, is not only seen as objects and / or equipment of daily work. Accordingly MSGT adopts as premise in the discussions with teachers and students, that technology broadest and with the interdisciplinarity sight, technology is also social, which in interaction with a collectivity represents effective solutions for social transformation in health services, in family and community.

Keywords: Health Human Resource Training; Health; Health Sciences, Technology and Innovation Management.

1. INTRODUÇÃO

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) tem um papel importante para a pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) brasileira. Sua atuação inicia-se nos anos de 1930, via sistema de cátedras adotadas nas primeiras universidades, segundo o modelo europeu, isto porque o Brasil recebeu neste período vários professores oriundos da Europa, que vinham em missão acadêmica ou fugindo das guerras¹.

Contudo, as experiências da pós-graduação eram pouco conhecidas fora do meio acadêmico, e somente em 1965 é que o Ministério da Educação regulamentou-as e fez o reconhecimento das mesmas como algo que estava além e acima do bacharelado. Nesse ano, ocorreu a regulamentação pelo 'Parecer

977' conhecido como 'Parecer Sucupira', documento que estabeleceu o formato da pós-graduação nos dois níveis que conhecemos hoje: mestrado e doutorado².

Este órgão a que se remetem todas as IES de nosso país tem várias linhas de ação que ajudam na consolidação do sistema nacional de pós-graduação.

Autor correspondente

Yolanda Flores e Silva

Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Brasil.

Rua Uruguai, 458, Bloco F6, Sala 309

Itajaí (SC) - CEP - 88302-202

(047) 3341-7932

Email: yolanda@univali.br

Artigo encaminhado 10/06/2012

Aceito para publicação em 18/08/2012

Entre estas a avaliação dos mestrados e doutorados nacionais que ocorrem desde 1976, uma referência de qualidade dos programas de pós-graduação no Brasil via avaliação de desempenho das produções científicas de seus pesquisadores¹.

Decorridos 40 anos de regulamentação e consolidação da pós-graduação, inclusive com a inserção internacional de muitos dos cursos ofertados em IES públicas e não públicas, surge como um fenômeno recente e inclusive repleto de polêmicas, os mestrados profissionais. É importante recordar que, em 1995, uma comissão de pesquisadores elaborou, a pedido da CAPES, o documento “Mestrado no Brasil – A Situação e uma Nova Perspectiva”, que deu origem a uma proposta de flexibilização dos mestrados, aprovada na Resolução 1/95 (Portaria nº47/95). Nos dois documentos era enfatizada a importância de se organizar e programar cursos dirigidos à formação profissional, mas, a Portaria 1/95 foi revogada pela Portaria 80/98, trazendo orientações de como deveriam ser estes novos mestrados denominando-os de “Mestrado Profissionalizante”³.

Esta modalidade de pós-graduação *stricto sensu* foi muito mal recebida nos meios acadêmicos. Tensões e alguns dilemas marcam este novo modelo de ensino, em muitas IES brasileiras era visto como uma pós-graduação “menor”, com muitas IES negando-se a reconhecer o título concedido em concursos para docentes ou para a realização de doutorado alegando que estes mestrados eram especializações. Isto porque o foco eram “as práticas profissionais e a produção do conhecimento com a finalidade de refletir e intervir sobre o que está acontecendo nos serviços”⁴.

Importante lembrar que o mestrado com este viés profissional já era previsto na regulamentação inicial da pós-graduação, no Parecer 977/65 do Conselheiro Sucupira, lavrado pelo Conselho Federal de Educação. Neste documento, havia a proposta de criação de cursos ‘*stricto sensu*’ de orientação profissional e o desempenho de funções outras que não a pesquisa acadêmica e a formação de “professor” e “pesquisador”, mas, sim, preparar profissionais capazes de buscar soluções para o cotidiano do trabalho⁵.

Em meio aos debates sobre a validade ou não de se elaborar propostas para a criação de mestrados profissionais, e considerando que os profissionais da saúde precisavam avançar nos debates acerca do cotidiano gerencial, assistencial e educacional do Sistema Único de Saúde, a UNIVALI resolveu apostar nesta nova modalidade de pós-graduação e elaborou uma proposta de “Mestrado Profissionalizante em

Saúde e Gestão do Trabalho (MSGT)”, com área de concentração em Saúde da Família. A proposta enviada a CAPES, amparada na Portaria CAPES 080/98, foi aprovada primeiramente no Conselho Universitário da UNIVALI (CONSUN/CaPPEC), através da Resolução 061/2002, e recebeu a recomendação da CAPES através do Ofício nº 214/2004/CTC/CAPES, sendo-lhe atribuída a nota 3 (três), via Portaria Ministerial nº 2264, em 12 de novembro de 2004. A alteração da denominação de ‘profissionalizante’ para ‘profissional’ ocorreu após 2007, quando a CAPES entendeu que o termo anterior tem uma relação mais direta com os cursos de natureza técnica de nível médio, enquanto o segundo termo tem uma relação mais direta com o nível universitário⁴.

A ‘família’ foi apontada prioridade e área de concentração do MSGT, a partir do contexto da atenção em saúde e implantação em todo o país dos Programas de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF). Para confirmar os caminhos adotados pela UNIVALI na criação do PMSGT, no ano de 2004 o Ministério da Saúde cria a Portaria 198/GM/MS⁶ que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para o Sistema Único de Saúde e, depois, em 2007, a substitui pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente. Ambas as Portarias com um único objetivo, ou seja, a formação e capacitação de recursos humanos em saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas, participação popular e de controle no setor da saúde. São portarias que trazem uma nova política para o modelo assistencial vigente, na busca da formação dos profissionais da saúde, desde o nível técnico até a pós-graduação lato e *stricto sensu*. Nessa perspectiva, a UNIVALI, com 10 (dez) cursos de graduação na área da saúde, e atuando desde 1998, como Núcleo de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família, integrada ao projeto do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Estado da Saúde, manifestou-se comprometida com este processo. Considerando-se preparada para a qualificação dos profissionais, num programa *stricto sensu*, vem colocando em prática a realização de um curso com o objetivo de preparar para a assistência e gestão, bem como para uma titulação que os instrumentalize o mestrando também para a docência e a pesquisa no campo de trabalho⁴.

No curso oferecido, a ideia é capacitar o mestrando para atuar neste novo modelo de mestrado com ferramentas interdisciplinares, com intervenções sistematizadas, que possam contribuir com a produção

de conhecimento na área da saúde e na área específica do mestrando. Entendemos que, em pleno século XXI, faz-se necessário um profissional que, ao atuar, reflita sobre o processo de trabalho em saúde, de modo a superar a medicalização da sociedade, ao mesmo tempo em que produz conhecimento e cria outros modelos assistenciais e gerenciais, que valorizem a autonomia e a participação de todos os atores envolvidos—usuários, profissionais e gestores. Com esse olhar, o MSGT propõe-se a preparar profissionais que produzam conhecimento e tecnologias, com vistas à mudança do modelo de atenção em saúde. O profissional requerido para esta nova prática está por construir-se, focalizando a desconstrução da formação tradicional que utiliza o saber de modo fragmentado, levando-o a uma atuação compartimentada, técnico-reparadora, que exclui usuários, famílias e populações da participação no seu processo saúde-doença⁷.

Todo esse contexto aqui exposto é fruto de uma experiência que tenta ultrapassar as fronteiras dos conhecimentos convencionais centrados no individual, pensando em ampliar esta perspectiva para um modelo mais coletivo que perpassam as ações necessárias ao atendimento mais integral das pessoas que buscam os serviços de saúde. Para tanto o investimento dos docentes e pesquisadores é articular teorias, conceitos, métodos e técnicas⁸ para que o diálogo entre os profissionais que atuam na saúde possam ultrapassar as fronteiras das disciplinas a que se sentem vinculados. Essa perspectiva leva o grupo a discutir e questionar suas próprias bases conceituais e daí partir para outras reflexões para novas construções conceituais. Entre os conceitos em discussão, estão os de ‘Tecnologia em Saúde’, ‘Interdisciplinaridade’, ‘Atenção Primária da Saúde’ e ‘Cuidado em Saúde’.

O sentido de ‘Tecnologia em Saúde’ é compreendido pelo grupo como a denominação de produtos, processos e métodos que articulem conhecimentos e práticas visando à transformação do modelo de atenção à saúde. Implica em uma articulação de conhecimentos e práticas que contribuam para o processo de cuidado, de gestão e da educação em saúde.

Sobre ‘Interdisciplinaridade’ o destaque é para que se tenha um olhar para um modo de trabalho conjunto, em torno de um objeto fronteiriço, proximal, em busca de soluções alimentadoras da vida, por meio de intensidade de trocas e interfaces entre pensamentos diversos integrados em um projeto cooperativo, respeitando-se as bases disciplinares. Mas, não deixando de ver esta interdisciplinaridade como uma prática dinâmica e processual, que evolui

que não é vivido em todos os momentos pelos membros de uma equipe que deve adquirir a capacidade de reconhecer situações interdisciplinares⁹.

A ‘Atenção Primária da Saúde’ é percebida como uma estratégia de organização do modelo de atenção caracterizada por um conjunto de ações de cuidado à saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, no âmbito individual e coletivo, articulada à rede de atenção em saúde. Implica em ações integradas de saúde democráticas e participativas na gestão, no cuidado e na educação em saúde, realizadas de forma cooperativa e em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais devemos assumir a responsabilidade sanitária considerando sua dinamicidade.

O ‘Cuidado em Saúde’ é considerado como uma ação solidária e interativa por definição, em uma relação com mútuas possibilidades e limites. É um diálogo entre pessoas que inclui atenção, envolvimento, compromisso com o direito de escolha. Implica aceitação de valores, crenças, capacidades e necessidades, e diz respeito ao reconhecimento dos participantes no cuidado, como esta situação é enfrentada e as perspectivas para a vida.

De todos estes conceitos, os que mais trabalhamos face às dificuldades que os profissionais da saúde e de áreas afins têm para a concretude, são aqueles que dizem respeito à interdisciplinaridade e a construção de tecnologias. Nos tópicos a seguir fazemos uma discussão sobre como enfrentamos estas questões mostrando os acertos e as dificuldades de professores e mestrandos no processo de articulação docência e serviços.

2. A INTERDISCIPLINARIDADE COMO PRINCÍPIO PEDAGÓGICO DO PROGRAMA

O contexto sociocultural e ecológico na contemporaneidade apresenta características de uma racionalidade filosóficas científicas marcadas por rigidez mecânica da divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e excessiva predominância das especializações. Dado que a realidade da vida é mais complexa do que se pode mensurar, tal racionalidade de origem cartesiana tem causado impactos no trabalho acadêmico, despertando a necessidade de romper com a tendência fragmentadora e desarticulada do processo do conhecimento e sua ligação direta com a realidade. Tal compreensão demanda abertura epistemológica

para perceber a interdisciplinaridade como um princípio pedagógico articulador em todas as áreas do conhecimento, incluindo-se neste rol as ciências da saúde. Nesse sentido, é importante que na saúde se estabeleçam novos modelos de atuação e interação entre os profissionais, algo diferente do modelo biomédico tradicional, visto a grande diversidade de abordagens, itinerários e saberes na área da saúde¹⁰.

A partir desta constatação, no MSGT, a compreensão de interdisciplinaridade está alinhada à concepção e o reconhecimento de que existe um ser humano integral¹¹, que necessita de um modo interdisciplinar de assistência em que os profissionais que o assistem consigam trabalhar em conjunto com outros¹². Mas, o que seria este trabalhar em conjunto? O termo conjunto aplica-se à realização de um trabalho que poderíamos denominar de interdisciplinar? O que se faz necessário para que os profissionais que atuam na saúde e mais especificamente no Sistema Único de Saúde entendam que um trabalho coletivo/interdisciplinar implica na realização de ações solidárias, em que a atenção, a assistência e a informação aos sujeitos é parte de um processo de trocas e de construção de ações, técnicas e tecnologias capazes de tratar os problemas via processo de aprendizagem? Afinal, nos processos do aprender e conhecer não se separa a razão e a emoção do sujeito conhecedor e o seu meio. Nesse sentido, entende-se aprendizagem como um processo de apreensão e compreensão de saberes, técnicas e modos de ser, fazer e conviver socialmente¹³.

No MSGT, tal processo ocorre tendo em vista o desenvolvimento do pensar crítico e criativo, por isso reflexivo, para criar soluções e aplicá-las no meio social de forma significativa e transformadora, trazendo sentido para a vida das pessoas. Para tanto faz-se necessário que os profissionais, reflitam sobre suas práticas e entendam que as emoções são disposições corporais que especificam a intencionalidade das ações educativas interdisciplinares de um eu (professor) na relação com outro (discente ou professor) e os saberes. Nessa relação, se não houver respeito, não haverá aceitação, pois o respeito deve envolver todos os sujeitos: o enfermo, o não enfermo, os profissionais da saúde e os cuidadores que atuam em outros sistemas populares de atendimento à saúde, com seus muitos saberes e fazeres. Se não houver aceitação do saber-fazer dos que compõem o universo de sujeitos no processo saúde e doença, não ocorrerá a aprendizagem significativa, ou seja, não haverá um fazer criativo e reflexivo que possa cuidar e ensinar o cuidado¹⁴.

Nesse sentido afirmamos que no MSGT há uma constante reflexão sobre a interdisciplinaridade como princípio educativo num diálogo disciplinar, capaz de acolher os vários saberes, habilidades e atitudes numa prática dinâmica que envolve a participação cooperativa que leva a um cuidado ético-pedagógico das pessoas envolvidas. É um olhar integrativo, que é capaz de vivenciar a interdisciplinaridade sem negar as especialidades e objetividade de cada ciência. Mas demanda viver “um esforço de correlacionar as disciplinas” com seus saberes, “instaurando um novo nível do discurso, caracterizado por uma nova linguagem descritiva e novas relações estruturais”¹⁵.

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 pedagógica necessária para detectar as áreas onde se possam estabelecer as conexões possíveis para tecer novos entendimentos sobre o conhecimento, a ciência, o ser humano, a saúde, a doença e a natureza. A interdisciplinaridade, como princípio educativo, favorece para o docente e o discente perceberem que, na especificidade de um saber disciplinar existe categorias chaves como: **conhecimento, ser humano, cuidado, meio ambiente, saúde integral, gestão, trabalho**, entre outras. Estas estão implícitas e explícitas, e podem oportunizar ligações de raciocínios que atravessam fronteiras do conhecimento específico e ajudam no diálogo aberto da ação educativa, para desconstruir-reconstruir e ampliar a compreensão do saber e do fazer científico-tecnológico humanizado, ou seja, aquele que tem uma visão de aplicabilidade e de transformação social tendo em vista à defesa e o respeito à vida.

Assim, a interdisciplinaridade configura-se como um princípio educativo operacionalizado através de um olhar integral ao ser humano e de inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem. Estas estratégias incluem um modelo de organização que estimula a autogestão, a participação e a geração de ideias para a intervenção na realidade. Desta maneira, verifica-se a interdisciplinaridade no MSGT através:

- **Da estrutura do mestrado** que é sustentada pela produção dos docentes, por suas linhas de pesquisa e pela matriz curricular, e que, embora apresentem objetos específicos de estudo, se inter-relacionam e se complementam. A transversalidade dos temas permite que as abordagens sejam tratadas de forma integrada, o que transparece na inserção dos docentes em mais de uma linha de pesquisa, e na produção acadêmica integrada.

- **Nas características das disciplinas ofertadas:** a matriz curricular oferece sustentação às linhas de pesquisa, com disciplinas obrigatórias voltadas a cada uma das linhas e que oferece ao discente uma visão abrangente do enfoque interdisciplinar e, posteriormente, um rol de disciplinas optativas que permite o direcionamento dos trabalhos para aspectos mais específicos sem perder o foco no diálogo interdisciplinar e a visão da complexidade do todo. A preocupação com a qualidade em relação às questões pedagógicas e metodológicas, não descuidando dos objetivos acadêmicos, encontra-se na grade curricular traduzida pelas disciplinas de metodologia de pesquisa e seminários de pesquisa. As disciplinas de tópicos especiais materializam o intuito de manter atualizados os conteúdos das diversas disciplinas que interagem na formulação, avaliação, implementação da saúde e gestão, áreas com constantes inovações e, ao mesmo tempo, possibilitam a inserção de assuntos direcionados ao perfil das turmas, tendo em vista a diversidade de formações e de atuação profissional que irá compor o corpo discente.
- **Na qualificação e formação dos docentes e pesquisadores** de outras áreas do conhecimento além das tradicionais profissões da saúde. O que se busca é desenvolver um novo olhar sobre o modelo assistencial em saúde, tanto de uma perspectiva acadêmica, quanto profissional que passa necessariamente pela incorporação da interdisciplinaridade. Para tanto, faz-se necessário um corpo docente heterogêneo, todos trabalhando com um mesmo foco de atuação, com abertura para diferentes olhares e saberes.
- **Na interação de diversos professores em sala de aula:** a efetivação da interdisciplinaridade não fica restrita aos procedimentos extraclasse. Algumas disciplinas foram organizadas de forma a integrar os distintos conhecimentos abordados por meio da intersecção de conteúdos nas ementas e da participação de mais de um professor em sala de aula, gerando um debate rico e abrangente e possibilitando ao discente a materialização do conceito de interdisciplinaridade, como também a estruturação do seu pensar reflexivo e crítico dado à percepção sobre a realidade e o conhecimento de forma complexa.
- **No cotidiano** profissional a abordagem integradora é um desafio, visto exigir dos profissionais uma produção do conhecimento com a finalidade de refletir e intervir sobre o que está acontecendo nos serviços. Nesse contexto, o MSGT tem por objetivo

capacitar os profissionais para atuar de modo interdisciplinar, com intervenções sistematizadas (processos, técnicas e tecnologias), que poderão contribuir com a produção de conhecimento na área da saúde e na área específica do mestrado, porém mais especificamente, na resolução de problemas próprios de cada espaço do trabalho em saúde.

Para o MSGT, sem perder a visão do ser humano integral e de interdisciplinaridade como princípio educativo na formação acadêmica é importante e fundamental que a tecnologia seja inserida no universo cultural, contudo, sem deixar de refletir e questionar, considerando as questões de Feenberg^{16,17}: quais são as possibilidades que os seres humanos possuem para intervir nesse universo, cada vez mais tecnologicado? Deve o ser humano submeter-se à lógica áspera da maquinaria ou pode a tecnologia ser mais bem desenhada para servir aos seus criadores?

3. AVANÇOS, PERPLEXIDADES E DIFICULDADES

O MSGT avançou desde 2004 a compreensão sobre a sua participação e contribuição para a formação de recursos humanos na área da saúde, visto que, as condições de produção do conhecimento em mestrados de denominação 'profissional' impõem continuamente novos modelos de produção do conhecimento além da formação convencional, presente nos mestrados acadêmicos na área da saúde. Na prática cotidiana isto significa receber profissionais oriundos de várias procedências institucionais e lugares do Brasil, com a expectativa de apreender conhecimentos de natureza teórica e também técnica/tecnológica, uma vez que a proposta dos mestrados profissionais direciona para uma pesquisa cujo objetivo possa gerar alguma inovação na assistência a saúde com resultados a curto, médio e longo prazo, sem perder de vista a interdisciplinaridade entre os profissionais e destes com a comunidade.

Os desafios frente a propostas como estas é ter claro (além dos conceitos já discutidos sobre interdisciplinaridade) a que tipo de tecnologia nos referimos quando pensamos na incorporação das mesmas a assistência no nível de Atenção Primária. Na afirmação de Cupani¹⁸ a tecnologia é amplamente utilizada pelos profissionais que atuam nas ciências exatas e nas aplicadas, e muito esquecida ou menosprezada pelos cientistas que atuam nas ciências humanas e sociais. As questões que norteiam o pensar do autor são: não seria a tecnologia muito mais do que objeto? Não seria a tecnologia também os processos e

procedimentos que tornaram possível estes objetos existirem? Nestas áreas, como na saúde, temos uma tendência a esquecer de que no mundo contemporâneo a tecnologia está de fato em todos os canais de vida humana e não pode ser vista apenas como objeto e/ou equipamento do cotidiano do trabalho, das casas, dos hospitais, e assim por diante.

O MSGT, seguindo em parte a linha de Dagnino¹⁹ sobre pesquisa e produção com um enfoque alternativo para ampliar o que se pensa e escreve sobre tecnologia, questiona também a nossa visão de não apenas menosprezar em alguns momentos a tecnologia, mas, também de não saber exatamente como defini-la quando pensamos na tecnologia como um instrumento e/ou estratégia de inclusão e inserção social. Importante ressaltar que o tipo e conceito de tecnologia a que Dagnino se refere, não é o que o Ministério da Saúde⁶ denomina de tecnologia em saúde, ou seja:

Medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. [...] de uma forma abrangente, essas tecnologias compreendem um conjunto amplo de elementos, que vão desde conhecimentos concretamente incorporados em artefatos — medicamentos, vacinas e equipamentos — aos vários conhecimentos subjacentes a novos procedimentos médicos-cirúrgicos usados no cuidado médico, bem como os sistemas organizacionais e de apoio.

Estas tecnologias, embora atendam as necessidades terapêuticas em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar a pessoas doentes ou com agravos à saúde, pouco fazem, do ponto de vista da inserção / inclusão social, além do estabelecido em protocolos e diretrizes terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas discussões dos docentes do MSGT, as tecnologias em saúde não vão além da ideia de tecnologia como ‘instrumental’ e/ ou equipamento. Elas não têm um papel social capaz de produzir resultados que diminuam as desigualdades das pessoas frente aos problemas sociais que as deixam enfermas. Elas não promovem um diálogo entre profissionais da saúde e usuário. Elas não têm gerado ou promovido um benefício capaz de promover políticas públicas, que rompam com a precariedade e com a incapacidade resolutiva dos cuidados à saúde hoje em desenvolvimento.

Importante que se faça esta reflexão, visto que a tecnologia, segundo Cupani¹⁹ manifesta-se em objetos, em formas de conhecimento, em atividades, em habilidades, em ações que colocam em evidência os artefatos construídos pelos seres humanos e a forma de usá-los. E este ‘usar’ pode ser feito à revelia dos benefícios aos seres humanos e o seu entorno, uma vez que podemos, inclusive, construir projetos de exclusão das pessoas, pela morte das mesmas de forma direta - com armas de fogo, com intoxicação por poluentes, pela ingestão de alimentos contaminados, dentre outras questões - ou de forma indireta - através da destruição do ecossistema. Assumir que a tecnologia de que falamos está acima do conceito estabelecido pelo Ministério da Saúde, é aceitar a tecnologia como uma manifestação humana, que tem algum propósito com a realidade e nem sempre é manifesto como um objeto, equipamento, medicamento ou instrumental. Logo a tecnologia pode manifestar-se como algo que amplia a sua natureza saindo da ‘arte’, do ‘técnico’, para o social inclusivo.

Novaes²⁰ há 12 anos já refletia sobre esta questão e afirmava que a ‘cientificação’ da arte e da técnica “com finalidades utilitárias previamente definidas para atender a demandas mais amplas” não é algo que se possa fazer “sem referenciais políticos, ideológicos e teórico-metodológicos específicos”. Isto significa, que a tecnologia em saúde, embora fundamentais para o apoio a assistência, tem uma abrangência muito específica, segundo a Lei 12.401 de 28 de abril de 2011 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação das tecnologias em saúde no SUS²¹, e, portanto, não é uma tecnologia que consideramos suficiente para atender as necessidades sociais incorporadas às doenças e agravos de saúde das pessoas. Considerando este contexto, o MSGT incorpora mais uma tecnologia ao SUS, que seria a tecnologia social, diferente da tecnologia em saúde, que demanda a necessidade de mais verbas, capacitação e adequação dos estabelecimentos de saúde. Já a tecnologia social, pensando em um conceito adaptado para a saúde de Lima, Neves e Dagnino²² prever a assistência às pessoas, a partir do cumprimento dos pontos abaixo elencados:

- Ter compromisso com a transformação social;
- Ter relevância e eficácia aos problemas de natureza social;
- Ter sustentabilidade socioambiental e econômica;
- Ter inovação e acessibilidade;
- Ter diálogo constante entre os diferentes saberes;

- Ter organização, sistematização, acompanhamento, difusão e ação educativa.

Todo este arcabouço de características os autores citados não direcionam para a saúde, contudo, pensando na tecnologia como mais uma ferramenta para que se construa uma Atenção Primária no SUS pautada na participação da comunidade, chega-se com isto, a um tipo de ‘tecnologia social’ que possa ser também elaborada na saúde por seus profissionais. Com isto chegaríamos próximos ao que Baumgarten²³ considera como sendo as “técnicas, materiais, procedimentos metodológicos testados, validados e com impacto social comprovado, criados a partir de necessidades sociais, com o fim de solucionar um problema social”. Para a autora, o conceito de tecnologia social preenche um vazio com relação à denominação que se busca para apresentar as ações e atividades desenvolvidas para a construção imediata ou futura de “produtos, técnicas ou metodologias replicáveis desenvolvidas na interação com uma coletividade e que representem efetivas soluções de transformação social”²⁴.

O diferencial destas tecnologias sociais, que estamos tentando construir na saúde como parte dos objetivos das pesquisas de nossos mestrados, é a participação das pessoas que buscam a assistência neste processo, em um diálogo que questiona a tecnologia como mais medicamentos, equipamentos, serviços e capacitação de pessoal. É também a oportunidade de promover a educação das pessoas para que vejam a importância do debate e da reflexão social sobre a oferta de assistência e tratamentos que sejam qualificados, disponíveis, seguros e efetivos. Acreditamos que a intervenção via tecnologia social pode transformar muito mais as pessoas, porque a premissa é que não se despreze o ‘saber’ e o ‘fazer’ do cotidiano social, cultural, político e econômico das mesmas. E a nosso ver, isto é trabalhar com interdisciplinaridade numa perspectiva de inserção de conhecimentos diversos e de inclusão social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas primeiras publicações sobre o mestrado profissional na UNIVALI, um dos adjetivos mais enfatizados é que tínhamos um ‘tesouro’ em nossas mãos, ainda em construção, que poderia a médio e longo prazo se consolidar enquanto uma oferta de educação permanente em nível de pós-graduação *stricto sensu*. Nestes discursos reiterávamos a confiança nesta modalidade de mestrado profissional como um ‘modelo preferencial’ de capacitação, não excludente de outras modalidades de capacitação,

mas, um modelo a mais face o seu caráter de regularidade e continuidade de oferta²⁵.

Óbvio que de 2004 ao momento em que completamos oito anos, os enfrentamentos têm sido significativos, visto que a integração academia e serviços não é algo que se consiga em função de uma capacitação ou titulação. A cultura profissional de nossos serviços – de caráter multiprofissional – vem à interdisciplinaridade como um desafio e uma utopia. Os receios de perda de espaço e da desvalorização das especificidades de cada profissão é parte dos desafios dos mestrados profissionais.

A desconfiança e o receio da validade dos diplomas diminuíram e programas *stricto sensu* com doutorados não têm recusado mestres profissionais, bem como, raros são os concursos públicos que discriminam participantes que tenham esta titulação profissional. A CAPES, antes dúbia com relação a estas questões, vem revendo seu próprio discurso e deixa claro que os mestrados profissionais têm o mesmo peso acadêmico quanto à titulação e importância. Nesse sentido, os mestrados não têm sido discriminados em função dos resultados que apresentam na conclusão de seus cursos, que podem ser diferentes dos resultados e exigências dos mestrados acadêmicos, centrados unicamente na dissertação, enquanto os profissionais tem uma obrigação a mais que é a criação de processos e/ou tecnologias que tragam respostas aos problemas dos serviços de uma forma mais imediata.

Embora as perspectivas sejam boas, isto não significa que as dúvidas quanto ao impacto na transformação do modelo assistencial não existam. Entendemos que nossos mestrados têm levado muitas transformações aos serviços e atuam gradativamente como multiplicadores de um novo ‘olhar’ e pensar sobre os serviços de saúde e as suas responsabilidades éticas quanto a sua participação neste processo, não mais individual e centrado nos profissionais, mas, coletivo e centrado em todos os participantes do binômio saúde e doença: profissionais, família, comunidade, gestores, enfim, a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balbachevsky EA. A pós-graduação no Brasil: novos desafios para uma política bem sucedida. In: Brock C, Schwartzman S (org.). Os desafios da educação no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005.
2. Braga MM. Características da trajetória acadêmica de mestres e doutores formados no país em seis áreas. In: Velloso J (org.). A pós-graduação no Brasil: formação e trabalho de mestres e doutores no país. Brasília: Capes/Unesco; 2002.

3. Barros EC, Valentim MMC, Melo MAA. O debate sobre o mestrado profissional na CAPES: trajetória e definições. *RBPG* 2005; 2(4): 124-38.
4. Universidade do Vale do Itajaí. Projeto mestrado em saúde e gestão do trabalho. Itajaí: Univali; 2002. p. 1-42.
5. Fischer T. Seduções e riscos: a experiência do mestrado profissional. *Rev adm empres* 2003; 43(2): 119-23.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: economia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Universidade do Vale do Itajaí. Manual do mestrando. Itajaí: Univali; 2011. p. 23-31.
8. Minayo MCS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Emancipação* 2010; 10(2): 435-42. <http://www.revista2.uepg.br/index.php/emancipacao>. <Acesso em 01.06.2012>
9. Saube R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GA. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface comun saúde educ* 2005; 9(18): 521-36.
10. Costa Neto MM. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
11. Dittrich MG. La creatividad desde la teoría del cuerpo-criante. In: Torre S, Pujol MA (org.). *Creatividad e innovación. Enseñar e investigar com outra conciencia*. Madrid: Editorial Universitas; 2010.
12. Almeida M, Maranhão E. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
13. Maturana H. *Transformación en la convivencia*. Caracas/Motevideo/Santiago de Chile: Dolmem Ediciones; 2002.
14. Maturana HR. *Ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
15. Weil LP, D'Amabrosio U, Crema R. Rumo à uma nova transdisciplinariedade. *Sistemas abertos de conhecimento*. São Paulo: Summus; 1993.
16. Feenberg A. *Questioning Technology*. 3ª ed. London/New York: Routledge Taylor/Francis Group; 2001.
17. Feenberg A. *Critical theory of technology*. New York: Oxford University Press; 1991.
18. Cupani A. *Filosofia da tecnologia: um convite*. Florianópolis: UFSC; 2011.
19. Dagnino R. A relação pesquisa–produção: em busca de um enfoque alternativo. In: Santos L, Ichikawa EY, Sendin PV, et al (org.). *Ciência, tecnologia e sociedade: o desafio da interação*. Londrina: IAPAR; 2004.
20. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Públ* 2000; 34(5): 547-59.
21. Brasil. Lei 12.401, de 28 de Abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF; 2011. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. <Acesso em 24.08.2012>
22. Lima MT, Neves EF, Dagnino R. Popularization of science in Brazil: getting onto the public agenda, but how? *J Com* 2008; 7(4): 1-8.
23. Baumgarten M. *O Brasil na era do conhecimento: políticas da ciência e tecnologia e desenvolvimento sustentado*. Porto Alegre: UFRGS; 2003. p.1.
24. Baumgarten M. *Tecnologias sociais e inovação social*. Porto Alegre: UFRGS; 2005. p.12.
25. Saube R, Wendhausen ALP. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. *Interface comun saúde educ* 2005; 9(18): 621–30.