

Modelo Matricial para construção de conhecimento no Mestrado Profissional em Saúde

Rosita Saupe*
Águeda L. P. Wendhausen**

* Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Enfermeira. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI. saupe@amja.org.br

** Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFES). Enfermeira. Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Univali/Itajaí/SC. agueda@univali.br

Resumo

Tendo como fundamento a experiência de propor e implantar um Programa Interdisciplinar de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, o artigo identifica a necessidade de avançar na compreensão do processo de construção de conhecimento inerente à pós-graduação. Propõe um modelo matricial que toma como ponto de partida as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e que amplia as possibilidades de construir conhecimento, considerando as formas clássicas, mas também as metodologias emergentes, estabelecendo uma ligação de complementaridade e não de exclusão entre as mesmas. Elege o projeto integrado como o mais adequado para atender as várias exigências colocadas à pós-graduação e a triangulação ampliada como metodologia preferencial para o desenvolvimento de estudos a partir de redes de participação de profissionais de saúde e usuários do sistema, incluindo pessoas, famílias, grupos e instituições, como forma de contribuição e participação solidária para a consolidação do SUS.

Palavras-chave: Conhecimento. SUS. Metodologia. Pós-graduação.

Abstract

Based on the experience of proposing and implementing an Interdisciplinary Master's Degree Program in Health and Occupational Management, a need was identified for a deeper understanding of the process of constructing knowledge inherent to graduate study. This article proposes a matrix model that takes as its starting point the needs of the *Sistema Único de Saúde – SUS* (the Brazilian national health system). The model serves to widen the possibilities of building knowledge, considering not only classic forms, but also emerging methodologies, establishing a link between them which is complementary rather than exclusionary. The integrated project is selected as the most adequate for meeting the various demands placed on graduate study, and enlarged triangulation is chosen as the preferential method for the development of studies based on participatory networks of health professionals and users of the system, including individuals, families, groups and institutions. These mechanisms are seen as contributing to the consolidation of the *SUS*.

Keywords: Knowledge. SUS. Methodology. Graduate study.

1. Introdução

¹ Programa Interdisciplinar de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí (Univali), criado em 2003 e recomendado pela Capes em 2004 (ofício nº 21/2004/CTC/Capes).

A decisão de criar um Programa Interdisciplinar de Mestrado Profissional em Saúde¹ foi precedida de estudos que, além da demanda, consideraram também aspectos como: tempo, recursos, viabilidade, impacto social, qualidade, comprometimento ético. Reconhecemos esses como aspectos muito importantes que precisamos considerar quando propomos, desenvolvemos ou avaliamos um projeto, seja ele de pesquisa, de educação ou de intervenção na sociedade. Logo, é necessário nos instrumentalizarmos sempre mais para tomarmos decisões fundamentadas no princípio universal de que “a saúde, condição determinante da felicidade humana, é sustentáculo de todo e qualquer desenvolvimento” (CARVALHO, 2005, p.3).

Hoje, quando estamos na terceira turma, é possível afirmar como adequadas as decisões tomadas. Entre elas destacamos:

- a opção pelo Mestrado Profissional como modalidade preferencial para a qualificação e capacitação de recursos humanos para a área da saúde;
- a interdisciplinaridade como princípio pedagógico;
- a saúde da família, a educação na saúde² e a gestão do trabalho como linhas aglutinadoras dos processos de investigação.

² Educação na saúde – denominação utilizada atualmente pelo Ministério da Saúde que inclui aspectos da formação de recursos humanos em saúde e da educação popular em saúde voltada para usuários.

Todavia, a experiência acumulada e criticamente avaliada evidencia a necessidade de repensar a proposta original no sentido de sua revitalização, consolidando acertos e propondo estratégias para superação dos nós críticos ou gargalos. Consideramos que esta dinamicidade que acompanha as transformações e exigências contemporâneas é fundamental para aprimoramento de qualquer programa educacional.

Neste texto estamos focalizando o que consideramos como a dimensão mais importante do processo de pós-graduação, qual seja a construção do trabalho de conclusão, com conseqüente produção de conhecimento. Entendendo que para a efetivação da Reforma Sanitária Brasileira é necessário que avancemos para além do que foi preconizado pelas Leis que garantem o Sistema Único de Saúde (SUS), temos tido desde o primeiro dia de aula da primeira turma, que iniciou em março de 2003, a preocupação de que os estudos desenvolvidos estejam vinculados à realidade do processo de trabalho em saúde, que respondam as necessidades de transformação do modelo assistencial, atualmente principal objeto de esforços e iniciativas do Ministério da Saúde. Outro aspecto de investimento diz respeito ao incentivo para que as metodologias selecionadas incluam a interação com as pessoas, famílias, grupos ou comunidades investigadas. Mas entendemos que, apesar de considerarmos que esses objetivos estão sendo alcançados, o conjunto de informações originárias dos alunos e orientadores sinaliza a necessidade de avanços. Isto nos faz pensar que poderíamos adotar modelos mais congruentes na busca de uma intervenção interdisciplinar, seja ela entre os próprios profissionais que fazem a proposta ou destes com quem pretendem interagir.

Assim, resolvemos elaborar esta proposta de modelo matricial que vem sendo articulada a partir do processo de implantação do programa, e que conta com a aderência de vários docentes-orientadores.

Entendemos modelo matricial para construção de conhecimento como o conjunto de possibilidades para elaboração dos trabalhos de conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. No entanto, respeitadas as particularidades de outros programas, poderá ser usada como subsídio para mudanças em outros cursos que tenham evidenciado questões semelhantes às por nós vivenciadas.

Esse texto inclui: a proposição de contribuir afirmativamente para a consolidação do SUS como diretriz articuladora do programa; uma justificativa para considerarmos as várias possibilidades para construção de conhecimento, ampliando assim as opções de estudos que fundamentem as dissertações; a descrição da tipologia de trabalhos que possam ser desenvolvidos, elegendo o projeto integrado como o mais adequado para atender as várias exigências colocadas à pós-graduação e a triangulação, em seu conceito ampliado, como metodologia preferencial.

2. Sistema Único de Saúde

O dualismo tem estado historicamente presente no sistema de saúde nacional. Anteriormente ao SUS, encontramos um sistema para trabalhadores contribuintes, que tinham acesso aos serviços públicos de melhor qualidade e o sistema de “indigência”, destinado à população carente, desempregada e miserável. O SUS nasceu com a incumbência de universalizar a assistência e de incluir todos os serviços instalados ou que viessem a ser criados; tanto públicos quanto privados. Mas, a história não confirmou esse desiderato. O aumento da demanda pelos serviços públicos gerou a necessidade de novas formas de dualismo, concretizada por meio da implantação de planos de saúde. O SUS e seus princípios passam então a representar um sistema carente de recursos, orientado para o atendimento das populações mais pobres ou marginalizadas. Mesmo entre os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, esse conceito é generalizado, conforme constatado por Moretto (2000).

Apoiando estas afirmações citamos Mendes (2005, p.1) quando coloca que:

[...] vem se conformando no País, um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas: o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou por meio de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços por meio de pagamento direto das pessoas ou famílias.

Por outro lado, algumas informações estatísticas dão visibilidade ao SUS quando mostram que ele possui: 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de 6 mil unidades hospitalares. Produz anualmente 11,7 milhões

de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção básica; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 150 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23 mil transplantes de órgãos. Nos quatorze anos de sua existência tornou-se “um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres” (MENDES, 2005, p. 1).

Esta capacidade instalada, o alcance social do sistema, o contingente de trabalhadores inseridos no mesmo, a ampliação exponencial de necessidades da população, constituem um conjunto que precisa ser permanentemente avaliado, estudado, pesquisado. Resulta também que as conclusões evidenciadas nos trabalhos precisam retornar ao sistema e preferentemente não se caracterizarem por ações pontuais de diagnóstico ou proposição de mudanças, que correm o risco de não serem incorporadas pelos serviços, mas adquirirem um caráter permanente.

³ Segundo o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987) “em seu sentido mais abrangente saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde”.

É preciso também atentar-nos de que o conceito ampliado de saúde³, adotado a partir da implantação do SUS, coloca que são múltiplos os determinantes do processo saúde/doença, de modo que a atuação sobre eles não pode ficar restrita a uma categoria profissional e nem somente ao setor sanitário. Tal proposição enseja, entre os envolvidos na cena da saúde, uma atitude interdisciplinar que até então não era sequer cogitada. Para Cutolo (2004) a complexidade do objeto saúde/doença demanda categorias interdisciplinares de investigação, com produções coletivas que podem promover a aproximação a este objeto. Os enfrentamentos desta área são complexos, seus condicionantes e determinantes também complexos, exigindo a mesma complexidade de olhares.

Lembremos que a assistência à saúde é marcada pela centralização das ações de saúde na figura do médico, cuja formação se baseia no modelo flexneriano, que além de considerar somente os aspectos biológicos em relação à saúde, segmenta-a a partir das várias especialidades. Esse foi e ainda é o modelo seguido por todas as profissões da saúde (CUTOLO, 2004). Esta perspectiva privilegia a intervenção no momento do adoecimento, fazendo a prevenção, no máximo, para grupos que apresentam maiores riscos de adoecer.

A partir da 1ª Conferência Mundial da Saúde, realizada em Otawa em 1986, a proposta da Prevenção avança para a da Promoção da Saúde. A idéia é a que a saúde é uma produção social, portanto é preciso construir ambientes saudáveis que possibilitem que escolhas saudáveis sejam também as mais fáceis e de que há que se promover saúde em todos os níveis do sistema.

Buscando a operacionalização de modelos que dêem conta desta perspectiva, o Ministério da Saúde brasileiro tem tido várias iniciativas, dentre elas a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), paralelamente a outras que reforçam este ideal. Por exemplo, toma como eixo norteador o princípio da integralidade, elegendo-o como mote para pensar a atenção à saúde. Paralelamente alguns autores propõem um modelo gerencial que é o da Vigilância da Saúde (TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 2002). Este propõe a organização dos diversos níveis de atenção e a análise das

diversas práticas de saúde, localizando lacunas e recriando novas possibilidades de atuação mais integral. Segundo Teixeira (2002) a noção de Vigilância tem sido usada como referência para a proposta do Programa de Saúde da Família, que busca termo suficientemente abrangente que dê conta da integralidade perseguida pela coordenação nacional do Programa. Em uma publicação, Campos (2003) associa a Integralidade à Vigilância da Saúde e ao Programa Saúde da Família, entendendo a Vigilância como a proposta teórica que dá conta deste princípio e o PSF como o campo prático onde se pode experimentar tal modelo.

Para resolver a equação entre os fatores que pesam a favor ou contra a requerida mudança, um dos que possuem maior peso é o papel dos profissionais de saúde. Neste sentido, há um esforço de integração entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC) ao proporem diretrizes curriculares em conjunto buscando definir uma formação profissional em saúde que compreenda a saúde como produção social. Mas até que se produza impacto nesta formação, o que demanda longo prazo, é preciso “atacar” em outras frentes como a da capacitação permanente em serviço, cursos de especialização e *stricto sensu*.

Entendemos, ainda, como premente a geração de produção de conhecimento em saúde que dê conta desta nova perspectiva, seja avaliando/diagnosticando/refletindo o quanto temos (ou não) avançado, seja propondo/avaliando/refletindo sobre novos modelos de atenção à saúde, para que os avanços se tornem concretos e baseados em metodologias validadas cientificamente e no próprio processo de trabalho.

Assim, entendemos que as características dos Mestrados Profissionais, tais como determinadas pelo legislador na Portaria nº 080 da Capes, de 16 de dezembro de 1998 (CAPES, 1999)⁴ apresentam uma perfeita aderência a esta formulação. Senão vejamos: o mestrado não é um curso ocasional, dependente de financiamento, pois o processo de seleção e constituição de nova turma de alunos pode ocorrer regularmente; a demanda de candidatos é originária predominantemente dos serviços, incluindo todos os níveis de atenção; mesmo os alunos docentes de instituições de ensino médio ou superior, atuam em disciplinas que desenvolvem ações de cuidado e assistência; a aplicabilidade dos produtos deve ser imediata.

Para atender a todas estas características, primeiramente precisamos considerar a realidade que evidencia tanto as imensas necessidades do sistema de saúde, quanto as condições dos alunos que, majoritariamente, compõem a força de trabalho em saúde, ou seja, são trabalhadores que tem que conciliar as exigências de um programa de pós-graduação com a manutenção dos níveis de qualidade das instituições onde atuam. O modelo matricial que estamos propondo procura estabelecer uma relação de permanente parceria entre órgão formador e instituições empregadoras, buscando exaustivamente o retorno social do conhecimento produzido.

Por outro lado, a busca de outras formas para produção de conhecimento já foi prevista na ótica do legislador quando, na Portaria nº 080 da Capes, de 16 de dezembro de 1998 (CAPES, 1999), que “dispõe sobre o reconhecimento dos Mestrados Profissionais e dá outras providências”, em seu artigo 2º, coloca para o aluno a:

⁴ Instrumento publicado no Diário Oficial da União em 11 de janeiro de 1999.

[...] exigência de apresentação de trabalho final que demonstre domínio do objeto de estudo (sob a forma de dissertação, projeto, análise de casos, performance, produção artística, desenvolvimento de instrumentos, protótipos, entre outras, de acordo com a natureza da área e os fins do curso) e capacidade de expressar-se lucidamente sobre ele.

3. Modelo Matricial

A denominação de ‘Modelo Matricial’ deve ser entendida como um conjunto de orientações que gera possibilidades de construção permanente de conhecimento a partir da delimitação de uma temática originária das necessidades do mundo da saúde e que se concretiza em um projeto de longo prazo (integrado), que inclui subprojetos de médio prazo (mestrado) e de curto prazo (graduação). Esta temática pode estar relacionada tanto à capacitação de recursos humanos, em todos os níveis da formação, quanto às questões da prática do cuidado e da assistência ou do processo gerencial em saúde, incluindo-se aí a questão da educação/participação de usuários. O desenho do modelo não é linear, assemelhando-se mais a uma rede de subprojetos articulados entre si.

Nossa proposta tem a exigência inicial de que os orientadores, como pesquisadores do programa, coordenem um **Projeto Integrado**. Este deve estar vinculado à sua linha de pesquisa e de trabalho, aprovado pelas várias instâncias, como o grupo de pesquisa, o colegiado de curso, a comissão de ética. Representa uma totalidade que responde a alguma ou a algumas necessidades evidenciadas e tem a característica de processo, ou seja, vai se desdobrando em vários subprojetos. Cada subprojeto representa uma etapa conclusiva, mas que gera novas possibilidades de contribuição e renovação. Estes desdobramentos vão promovendo o aprofundamento na compreensão dos temas estudados e consolidando o conhecimento gerado.

Esta primeira condição contribui também para atender as exigências que estão postas pelos órgãos reconhedores e financiadores dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, quando colocam o cumprimento dos prazos para a obtenção dos títulos como basal na avaliação dos mesmos (para os mestrados o tempo é de 24 meses). Entendemos como fundamental o atendimento desta exigência, mas temendo o risco de um “aligeiramento” dos projetos e relatórios, tornando-os pouco confiáveis, gerando insatisfação e desperdício de recursos, decidimos optar por incentivar o desenvolvimento das dissertações a partir de Projetos Integrados.

A prática de trabalhar com Projetos Integrados possibilita, ainda, o seu desmembramento em estudos que incluem pesquisadores experientes e iniciantes, promovendo a articulação entre graduação e pós-graduação. Estes desdobramentos vão gerando sempre novas necessidades e possibilidades de abordagem do objeto central em estudo, definido no projeto matricial.

O parcelamento, possibilitado pelos projetos integrados matriciais, favorece a apropriação de recortes que devem ser desenvolvidos pelos

pesquisadores que dele participam, em relação direta com os problemas da prática, a experiência, o tempo e a competência de cada um. A condição de pertencimento a um grupo de pesquisa e vinculação a um projeto aprovado, melhor ainda se com financiamento externo, gera a certeza de estar participando e contribuindo com uma parcela significativa.

O Projeto Integrado pretende também enfrentar um outro problema, qual seja, da incorporação dos resultados pelos serviços e trabalhadores de saúde. A estratégia é trabalhar, de forma direta ou indireta, com os cursos, serviços, trabalhadores e usuários. A forma direta inclui docentes e alunos de graduação, os componentes das equipes de saúde e usuários como membros dos grupos de trabalho, com participação assegurada em todas as etapas do processo de produção de conhecimento, desde sua concepção até a divulgação para a comunidade científica. A maneira indireta coloca estes sujeitos como informantes-chave sobre os problemas que enfrentam no cotidiano de seu trabalho, gerando temas a serem desenvolvidos nos Projetos Integrados e subprojetos articulados ao mesmo. A obrigatoriedade devolutiva dos dados e relatórios produzidos tem, também, o objetivo de sua validação pelo mundo do trabalho em saúde.

O Projeto Integrado ultrapassa o entendimento predominante de que o trabalho de conclusão de curso precisa resultar necessariamente da implementação de um projeto de pesquisa. Propomos o conceito de 'construção de conhecimento' como terminologia mais ampla, que inclui várias modalidades de estudos, necessários à consolidação de um sistema complexo como o SUS, inserido em territórios e espaços geográficos diversos, que precisa considerar as características *loco* regionais e culturais da população que se propõe a atingir. Assim, e em sintonia com a legislação (CAPES, 1999) é incentivada a variedade de subprojetos vinculados e previstos no projeto integrado, tais como:

1. Projeto com ênfase no **Tema**: representado pelo conjunto de subprojetos que tem em comum a temática a ser pesquisada ou o referencial teórico condutor do processo.
2. Projeto com ênfase na **Metodologia**: o compartilhamento da mesma metodologia é o que caracteriza esta modalidade.
3. Projeto com ênfase nos **Territórios** de implementação: significa que o mesmo projeto será desenvolvido em comunidades, bairros ou territórios com diferentes localizações.
4. Projeto com ênfase nas **Famílias, Grupos ou Sujeitos**: a integração acontece por meio da mesma pesquisa desenvolvida com indivíduos, grupos sociais ou familiares distintos.
5. Projeto com ênfase na **Intervenção**, que pode desenvolver ações de assistência ou cuidado, ações educativas, ou ainda ações de gerenciamento dos serviços de saúde, sempre diretamente nos locais onde estão as pessoas, seja nas residências ou nas instituições.
6. Projeto com ênfase no desenvolvimento de **Tecnologias, Modelos ou Protocolos**, que inclui proposição e testagem de processos orientados para ações específicas, como atenção a grupos de risco.

O Modelo Matricial possibilita multiplicidade de enfoques, logo a 'triangulação' se constitui, numa versão ampliada, como metodologia mais adequada. Triangulação significa o estudo de um objeto ou fenômeno a partir da combinação de abordagens. "Convencionalmente, entende-se que ela envolve variedade de dados, de pesquisadores, de teorias, assim como de metodologias" (KOIZUMI, 1992, p. 43) e tem como objetivo abranger a "máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo" (TRIVIÑOS, 1994).

Na classificação a seguir, caracterizamos as várias possibilidades de **triangulação**, a partir das contribuições de Koizumi (1992, p. 43-44), ampliadas para atender nossas necessidades:

1. A utilização de múltiplas fontes caracteriza a **triangulação de dados**, que pode ser em relação ao tempo (hora do dia, dias da semana, meses ou estações do ano); ao espaço (vários locais ou territórios – delimitação geográfica conforme comunidades, bairros, municípios, região urbana ou rural); e pessoa. Além da diversidade individual, incluímos o sujeito grupal, entendido como um coletivo de pessoas que estão vivenciando alguma situação existencial específica que os aproxima (alunos, portadores, famílias, comunidades, médicos, adolescentes, etc.).
2. A **triangulação de pesquisadores** ocorre quando a mesma situação é acompanhada por vários estudiosos (observação de um evento).
3. Quando os dados são coletados a partir da perspectiva de várias disciplinas, como psicologia, sociologia, antropologia, temos a **triangulação teórica**.
4. A **triangulação** mais frequentemente utilizada é a relacionada à **metodologia**, que pode ser interna a um determinado método (pesquisa qualitativa usando mais do que uma técnica para coleta dos dados – observação participante e entrevista semi-estruturada) ou, em nível de maior complexidade, quando combina métodos quantitativos e qualitativos, por exemplo.
5. A **triangulação de ações de intervenção**, que resulta em relatos de experiências de atenção à saúde, educação em saúde ou gerenciamento dos serviços de saúde. Técnicas como consulta individual, visita domiciliária, organização de grupos, implantação de serviços, são algumas das possibilidades relacionada a esse modelo de triangulação.

A necessidade de estabelecer relação entre o tipo de projeto (focalizado no tema, na metodologia, no território, nos grupos ou sujeitos, na intervenção, nas tecnologias, modelos ou protótipos) e a triangulação mais adequada, pode levar a decisão de utilizar múltiplas formas de triangulação também, o que gera novos desenhos para os trabalhos e estudos.

No quadro a seguir ilustramos uma experiência de Projeto Integrado Triangulado que estamos desenvolvendo desde fevereiro de 2004, referente a uma proposta submetida ao edital 003/2003, da Fundação

de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (Funcitec) e aprovada conforme registro número FCTP 2186/039. Como uma primeira aproximação com esse modelo, não incluiu a triangulação de ações de intervenção, mas evidenciou espaços para sua realização em novas ramificações.

Quadro 1. Representação gráfica do projeto integrado “Competências dos recursos humanos em saúde para consolidação do SUS/PSF”*

Triangulação de dados	Triangulação de pesquisadores	Triangulação teórica	Triangulação metodológica
Coleta de dados diversificada quanto aos espaços e territórios abrangidos pelo projeto que, originalmente, se concentravam nos municípios da 17ª Regional de Saúde, mas já incluiu subprojetos em outro estado. O mesmo quanto às pessoas e grupos, que tem participado: professores, estudantes, profissionais, gestores e usuários.	Inclui pesquisadores doutores da pós-graduação; alunos de mestrado e de graduação, produzindo trabalhos de conclusão, artigos e temas livre apresentados em eventos. Incentiva também a participação de profissionais que compõem a força de trabalho atuante nos vários serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.	Este tipo de triangulação tem sido efetivado por meio do estudo das competências na perspectiva das várias profissões da saúde. Tem abordado principalmente as competências gerais, comuns a todos os profissionais de saúde, conforme estabelecem as diretrizes curriculares.	Representa a triangulação mais utilizada. É do tipo complexa, pois utiliza métodos quantitativos e qualitativos. Ajustes têm sido possibilitados, conforme as necessidades evidenciadas no processo de implementação do projeto e características de cada recorte estudado.

* Aprovado e financiado pela Funcitec/Ministério da Saúde/Unesco. Aprovado pela Comissão de Ética da Univali, Parecer nº 381/2003.

4. Considerações finais

O reconhecimento do avanço da pesquisa na área da saúde, tanto em termos de recursos quanto do número de pesquisadores envolvidos, foi registrado por Guimarães (2003). Mas, o mesmo autor questiona o grau de aderência entre estas pesquisas e as políticas de saúde no Brasil e responde que a situação é preocupante, já que a relação efetivada está muito aquém da necessária. Nossa proposta, de trabalhar com um modelo matricial de projeto integrado e metodologia triangulada, aceita como procedente esta preocupação e se compromete com a perspectiva de gerar conhecimentos relacionados à efetivação das políticas públicas e seus redirecionamentos, viabilizando sua incorporação pelos serviços.

O SUS “tem uma avaliação positiva dos que o utilizam rotineiramente e tem capilaridade nacional... [mas]... ainda está muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde” (MENDES, 2005, p.1). Ainda conforme Mendes (2005) vivemos, no Brasil, uma incoerência entre o que determina a Carta Magna e a realidade cotidiana. Essa situação coloca o país no dilema de ter de optar por um dos seguintes modelos de saúde:

1. público universal, orientado pelos princípios da democracia e da solidariedade social, como encontrado no Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia;
2. segmentado, alicerçado no culto ao individualismo e no mercado, que tem nos Estados Unidos sua melhor demonstração.

Nossa posição é de total apoio e defesa do primeiro modelo. Em termos de construção de conhecimento, este compromisso resulta que

no Mestrado Profissional o trabalho final precisa ultrapassar o mero exercício acadêmico e se constituir em real contribuição para a mudança das práticas. Por outro lado, o tempo disponível, tanto dos mestrandos durante o processo de pós-graduação, quanto os legalmente determinados para a conclusão do curso, são extremamente limitados. Não podemos negar esta realidade, mas ela deve ser interpretada como um desafio para buscarmos formas criativas de superação.

Referências

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.8, n.2, p. 569-84, 2003.

CAPES. Portaria nº 080, de 16 de dezembro de 1998 dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, v.2, seção I, p. 14, 11 de jan. 1999.

CARVALHO, Gilson. *O governo do PT e a desvinculação dos recursos da saúde e educação*. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 4 jul.2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília, *Anais Ministério da Saúde....* Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e as ciências da saúde. In: Fórum Catarinense de Escolas de Enfermagem Educação em enfermagem: entre as políticas e as práticas, 18, 2004. *Anais...* Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem seção Santa Catarina, 2004.

MORETTO, Eliane Flora Sobiesiak. *Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade*. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

KOIZUMI, Maria Sumie. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.26, n. especial, p.33-47, out. 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O dilema do SUS*. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 4 jul. 2005.

GUIMARÃES, Reinaldo. Pesquisa em saúde e reforma sanitária. *Boletim Abrasco*, a. 20, n. 89, out., 2003, p. 19-20.

TEIXEIRA, Carmem. Um pouco da história...reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Carmem (org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, 2002, p. 11-22.

TEIXEIRA, Carmem; PAIM, Jairnilson.S.; VILASBOAS, Ana.Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, Carmem (org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, 2002, p. 23-57.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais – pesquisa qualitativa em educação o positivismo a fenomenologia o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1994.