

FORMAÇÃO PARA O SUS E AS INICIATIVAS INDUTORAS: O MESTRADO PROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA

Carla Pacheco Teixeira
Carinne Magnago
Tania França

Este capítulo⁹ tem como objetivo contextualizar o processo de reorientação da formação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) através das iniciativas indutoras implementadas ao longo dos anos, até chegar à incorporação do mestrado profissional (MP) como modelo de proposta formativa.

A institucionalização do SUS apresentou para as instituições de ensino superior (IES) o desafio de mudar a formação em saúde e as práticas dos profissionais, assumindo como foco a realidade local e as necessidades dos serviços de saúde. Isso porque, até então, a prática dos profissionais de saúde esteve marcada pela fragmentação das ações, dos procedimentos, do cuidado e das relações dos trabalhadores, cenário também incorporado pelas instituições formadoras.

No Brasil, o modelo biomédico – focalizado na doença, na hierarquia e na segmentação do trabalho – permeia os processos de formação dos trabalhadores que atuam na saúde desde o século XX. Esse formato tradicional de formação, com repercussões no trabalho em saúde, tem origem no modelo flexneriano, que está centrado em uma visão seccionada do corpo e da mente, reduzindo o indivíduo a um organismo biológico, desconsiderando os aspectos psicossociais, relacionais e ambientais que envolvem o processo de adoecimento (Araújo, Miranda & Brasil, 2007).

A prática médica e, conseqüentemente, de outros profissionais que atuam na saúde, foi impregnada pelo reducionismo positivista. Canguilhem (2010), nas suas conclusões sobre as relações entre o normal e o patológico, questiona a prática médica dentro dessa perspectiva reducionista e sua contribuição para

9 Este texto é capítulo de parte da tese de doutorado, apresentado como requisito obrigatório parcial no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

a fragmentação do indivíduo, excluindo aspectos importantes do adoecimento, como as relações sociais.

A hierarquia construída no interior das práticas de saúde, alimentadas pelo binômio saber e poder médico, segundo Foucault (1986), instituiu práticas regulatórias das relações e do espaço institucional por meio da superioridade médica, pela qual foram construídas todas as demais profissões, o que contribuiu para a hegemonia do modelo tradicional.

Assim, um ensino focado em conteúdos biomédicos marcou a história da formação, que organizou o conhecimento de maneira compartimentada e dividiu os indivíduos por especialidades da clínica, com uso excessivo de tecnologias e centralidade no hospital (Pinheiro & Ceccin, 2005). É fato que esse paradigma científico permeou a organização dos cursos e currículos na área da saúde.

O modelo biomédico tem influenciado a organização de currículos. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes interrelacionadas, e a doença representa um “desarranjo” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques (Araújo et al., 2007, p. 24).

De acordo com essa perspectiva, observam-se currículos organizados em disciplinas que não se comunicam entre si, objetos de estudos isolados do contexto social, com uma grade curricular preocupada principalmente com diagnósticos e tratamentos de doenças, em detrimento da integralidade do cuidado e da compreensão das determinantes sociais envolvidas no processo saúde-doença.

Desse modo, não há como negar o descompasso que ocorreu entre o modelo, até então hegemônico de formação, centrado no biomédico, e o processo de concretização dos princípios do SUS.

O descompasso entre a formação, sobretudo do médico, e as necessidades do sus se acentuava à medida que avançava o processo de concretização dos princípios e estratégias do novo sistema avançava (sic) – universalização, integralidade, ampliação do acesso e novas atribuições para os diferentes níveis do sistema – e, incorporação do conceito ampliado de saúde, humanização e saúde como direito do cidadão (Puccini & Andreazza, 2008, p. 74).

Urge, então, acelerar o processo de aproximação entre as mudanças no sistema de saúde e as mudanças no processo de formação, pois romper com esse modelo tem sido um grande desafio para a reorientação da formação profissional no Brasil. Ao longo das últimas décadas, discussões sobre o tema foram germinadas e fomentadas, e muitos avanços foram alcançados a partir da articulação entre instituições formadoras, serviços e movimentos sociais organizados no sentido de superar esse modelo e de construir uma proposta que atenda – e tenha como base – os princípios do SUS, principalmente, a integralidade.

É inconcebível transformar o processo formativo na saúde sem intervir nas práticas vigentes e, conseqüentemente, nos processos de trabalho nos serviços de saúde, nos seus trabalhadores e usuários. Assim,

É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre as ações, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existentes (Heckert & Neves, 2007, p. 146).

O cotidiano dos serviços é matéria-prima para a construção de processos formativos, pois, nesse papel de cuidar e gerir, compreende-se a multiplicidade que constitui e potencializa os movimentos de mudanças. Para produzir mudanças, é fundamental o diálogo com as práticas e as concepções vigentes, problematizando-as e construindo novos pactos de convivência e novas práticas (Ceccin, 2005). É na integração ensino-serviço que o aluno, o trabalhador, o usuário e o gestor incorporam ou mudam elementos de suas práticas e deslocam suas maneiras de pensar para dar conta das necessidades de saúde.

A reorientação profissional estabelece sua centralidade para mudar os processos formativos e criar estratégias indutoras de transformação. No Brasil, várias iniciativas foram organizadas no campo da formação profissional para dar respostas à realidade que era proposta para a formação para o SUS.

Um marco importante no cenário de crítica do modelo formativo até então predominante foram os movimentos de mudanças na formação do ensino superior na saúde, ocorridos no País no início dos anos 1990, após a constituição do SUS. O primeiro foi o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), iniciativa de integração ensino-

serviço-comunidade cujo objetivo era contribuir para a melhoria da formação das profissões de saúde, repensando a universidade e tornando-a relevante para a sociedade com ações na comunidade, abrindo “caminhos de mudança nas reformas curriculares” (Ceccin & Carvalho, 2005, p. 84). O segundo, na mesma época, foi a constituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que iniciou um processo sucessivo de avaliação de ensino médico no País. Na mesma década, a Rede UNIDA foi estruturada como um espaço de mobilização de instituições, pessoas e projetos com foco na mudança da formação (Ceccin & Carvalho, 2005; Garcia et al., 2007; Gonzalez & Almeida, 2010).

Todos esses movimentos, aliados às

[...] sucessivas avaliações das escolas médicas promovidas pelo Ministério da Educação e pela CINAEM ao longo dos anos, associados às demandas sociais e da produção científica, passaram a exigir a formulação e o desenvolvimento de novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação do país (Garcia et al., 2007, p. 148).

Tal conjuntura fomentou a promulgação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação nas áreas da medicina, enfermagem e nutrição, as quais apresentaram mudanças na educação superior: de um modelo biomédico curativo, de currículos rígidos e disciplinas fragmentas para outro, baseado no conceito ampliado de saúde, integralidade das ações, com disciplinas flexíveis e com perfil de profissional que atenda às necessidades dos serviços de saúde, considerando o SUS como cenário de prática (Stella & Puccini, 2008).

O contexto acima reforça a necessidade de adequação da formação dos futuros profissionais de saúde, apontando a necessária modificação nas graduações e a importância da integração ensino-serviço, colocando os serviços de saúde como ambientes de aprendizagem essenciais para a formação (Dias, Lima & Teixeira, 2013). Ressalta-se que foram estabelecidas as DCN das demais carreiras da área da Saúde, no período de 2002 a 2004.

Algumas mudanças necessárias na graduação tornaram-se destaques, tais como: a adequação dos perfis profissionais por meio da formação em serviço, a articulação de toda rede do cuidado do sistema de saúde, o ensino comprometido

institucionalmente com o SUS e a formação multiprofissional e interdisciplinar, de modo a proporcionar o encontro entre a formação para o trabalho e a realidade do próprio trabalho por meio dos serviços.

As DCN incluíram a educação permanente em saúde (EPS) como uma das competências gerais para os profissionais de saúde, sendo posteriormente implantada como política nacional, abrindo caminho para que as políticas públicas direcionadas à formação em saúde começassem a ser implantadas conforme um novo modelo de atenção à saúde (Moreira & Dias, 2015). Em seguida, iniciativas indutoras começaram a ser deflagradas para apoiar a implementação das mudanças propostas nas diretrizes.

Nesse contexto, destaca-se o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), lançado em 2002, cuja finalidade era alinhar a formação médica à realidade do sistema de saúde brasileiro, com mudanças curriculares e nos campos de prática. Para realizar tal tarefa, o programa, que ofereceu auxílio financeiro às escolas médicas, apoiava-se em três principais focos: “orientação teórica, cenários de prática e abordagem pedagógica” (Brasil, 2005a).

No Brasil, destacaram-se movimentos impulsionadores que deram fôlego à necessidade de articulação entre as IES e as necessidades de qualificação do SUS. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, foi uma dessas estratégias para aproximar educação e saúde. Ligada ao Ministério da Saúde, essa secretaria foi criada para responder, na gestão federal do SUS, pelo desenvolvimento “de ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS” (Brasil, 2011, p. 7).

Segundo Jaeger, Ceccim e Machado (2004, p. 87), em 2003

o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil.

Destaca-se, em especial, o papel da SGTES na elaboração de políticas de formação e de desenvolvimento profissional, como também na promoção

da integração dos setores da Saúde e da Educação, no intuito de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área do SUS. Foi um cenário favorável para fortalecer a formação profissional no Brasil.

Nesse mesmo período, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), publicada em 2004, “foi instituída como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores” (Brasil, 2004a). Esta chegou como uma política transversal na articulação de estratégias de mudanças na reorientação profissional, pois, até então, a qualificação dos profissionais formados por cursos pontuais para capacitar ou especializar fora do ambiente de trabalho, com métodos transmissíveis de conhecimento descolocados das realidades de saúde e dos serviços, não se enquadrava na proposta da PNEPS.

Essa política propõe que “os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho [...]” (Cardoso et al., 2017, p. 1490). Nesse sentido, pode-se afirmar que:

[a] introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (Ceccin, 2005, p. 163).

Definem-se como principais eixos da política: a transformação e a qualificação das práticas na saúde, a articulação do ensino e serviço e mudanças curriculares, funcionando como um eixo estruturante e transversal de ações que vão desde a formação técnica, passando pela graduação, até chegar à pós-graduação, proporcionando a reflexão no e para o trabalho, com interação das redes de gestão e de serviços de saúde e de controle social.

Mudanças no modelo pedagógico hegemônico também foram salientadas nesse contexto da educação permanente. Uma educação bancária, centrada em quem ensina como mero transmissor de conhecimento, não daria conta do modelo

proposto na reorientação da formação profissional (Freire, 1987). Precisava-se avançar em concepções pedagógicas centradas no sujeito da aprendizagem, considerando sua realidade e sua prática efetiva. Isso pode ser corroborado pela proposta indicada na PNEPS como

[...] parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004b, p. 10).

Assim, é gerada a necessidade de currículos conectados com a realidade, associados a um método coerente com um processo de ensino-aprendizagem significativo, em que teoria e prática sejam indissociáveis, remetendo à integração ensino-serviço. Com isso, o aluno tem a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebe, traz e constrói, para entender e responder à realidade. Nesse sentido,

o conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores (interesses, enfoques ou pontos de vista) presentes nas questões humanas, científicas e sociais (Saippa-Oliveira, Koifman & Pinheiro, 2006, p. 210).

A EPS proporcionou um avanço no processo de ensino-aprendizagem, constituindo-se pilar no processo formativo dos profissionais da saúde. Além disso, a EPS se destaca pela sua transversalidade e pela influência que estabeleceu como política, nos diversos projetos desenvolvidos. Dessa forma, não se deve negar o impacto positivo trazido por essa concepção de educação crítica para o serviço e para universidade.

Partindo das experiências prévias de aproximação da educação e da saúde por meio de iniciativas que já estavam sendo desenvolvidas, considerando as mudanças nas DCN, destaca-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde (Pró-Saúde). Criado em 2005, sofreu influência do Promed, e teve como foco

[...] a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, sustentada na reorientação da formação profissional e na abordagem integral do processo saúde-doença a partir da atenção básica (Dias, Lima & Teixeira, 2013, p. 1.617).

Inicialmente direcionado para a medicina, enfermagem e odontologia, o programa promoveu, nos anos seguintes, a inclusão de todos os 14 cursos de graduação na área da saúde, buscando imprimir processos de reorientação da formação a partir dos três eixos já previstos pelo Promed: orientação teórica, cenários de práticas e orientação pedagógica (Brasil, 2011).

Segundo Dias, Lima e Teixeira (2013, p. 1.617)

com a implementação do Pró-Saúde, esperava-se a substituição do modelo de formação individual, de caráter fortemente especialista e hospitalocêntrico – para um processo formativo que levasse em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população.

E foi esse, de fato, o grande salto que o programa permitiu aos cursos de graduação.

Ainda em 2005, como iniciativa indutora, é preciso destacar a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como campo de educação em serviço e fomentador de mudanças de práticas. Apesar de experiências pioneiras em anos anteriores, a RMS constituiu-se como iniciativa institucional quando foi legalmente instituída nacionalmente pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que cria as Residências em Área Profissional da Saúde.

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, [2005b], n. p.).

A residência em área profissional da saúde é modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* em regime de dedicação exclusiva. Até 2019, os programas somavam 2.239 entre uniprofissionais e multiprofissionais (Carvalho & Gutiérrez, 2021).

Em 2007, as diretrizes da PNEPS foram redefinidas e os dispositivos para sua implementação nos estados mudaram. Nesse cenário, outra iniciativa indutora para graduação foi criada pelo Ministério da Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), ainda hoje em funcionamento. Fruto de avanços alcançados pelo Pró-saúde, seu objetivo é fortalecer práticas acadêmicas que conectem as universidades a demandas da sociedade, tendo como princípios a integralidade e a humanização do cuidado.

Essa iniciativa inclui profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da saúde, a partir de uma parceria pactuada entre a universidade e as secretarias locais de saúde, pautando os serviços como espaços profícuos para o desenvolvimento de pesquisa e fontes de produção do conhecimento. Trata-se de uma ferramenta de viabilização de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágio e vivências dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS (Brasil, 2008).

Nessa mesma década, o Ministério da Saúde abriu um espaço de educação permanente no trabalho muito importante para a melhoria da qualidade do atendimento no SUS através do Programa Telessaúde – iniciativa de âmbito nacional, viabilizada pelo uso de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação. Nos anos seguintes, o programa foi redefinido e ampliado por meio da Portaria nº 2.546, de 27 de outubro 2011¹⁰.

Na trajetória de iniciativas criadas no campo da educação profissional para aproximar trabalho, educação e saúde, uma das principais estratégias de ordenamento dos recursos humanos para o SUS enfrentar a falta de profissionais de nível médio qualificados foi a instituição do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Criado pela Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009¹¹, o objetivo do programa foi ampliar a formação em áreas estratégicas para o SUS, mediante a realização de cursos técnicos e ações de aperfeiçoamento e capacitação de trabalhadores.

10 Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html

11 Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html

Os gestores indicaram as áreas em que há maior dificuldade para contratação de pessoal, levando em consideração os pontos de estrangulamento das suas redes e a carência de trabalhadores qualificados face à escassez de formação e às inovações tecnológicas, assim como à própria expansão dos serviços (Mathias, 2016, p. 2).

Para ordenar a formação dos recursos humanos por meio da formação e expansão de médicos especialistas, segundo as necessidades do SUS, o Ministério da Saúde, conjuntamente com o Ministério da Educação (MEC), criou, com a publicação da Portaria interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009¹², o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas; buscando, ao mesmo tempo, expandir a formação multiprofissional, criou, por meio da Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009¹³, o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Ambas as estratégias, com foco na pós-graduação *lato sensu*, foram denominadas pró-residências e tiveram um impacto importante na qualificação dos profissionais para o sistema de saúde.

Outra iniciativa direcionada à pós-graduação – de grande potencial indutor de mudança de práticas e de ampliação, em larga escala, do número de ações de qualificação profissional e, portanto, do número de trabalhadores qualificados no SUS – é a rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Criada pelo Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, com o intuito de oferecer cursos de especialização e módulos de ensino na modalidade de educação a distância (EaD) para profissionais de saúde que atuam no SUS, a iniciativa foi um marco importante na adoção da pós-graduação *lato sensu* na qualificação de profissional no SUS.

No ano seguinte, 2011, foi lançado o Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica (Provab), cujo objetivo era valorizar e estimular os profissionais de nível superior a compor as equipes multiprofissionais da atenção básica em municípios de maior vulnerabilidade. Os profissionais participantes deveriam cursar a especialização em Saúde da Família, cujo curso era ofertado pela UNA-SUS.

12 Recuperado de https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/23.10.09 /PORTARIA_INTERMINISTERIAL_1001_22102009.pdf

13 Recuperado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

Com o propósito de suprir déficits no número de médicos no SUS, em 2013 foi lançado o Programa Mais Médicos (PMM) (Brasil, 2013), sendo este alicerçado em três grandes eixos estratégicos: provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias do SUS, investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde e qualificação da formação médica, tanto no âmbito da graduação quanto no das residências médicas (Brasil, 2015). O eixo “formação” teve papel importante na indução da reorientação da formação médica, pois:

buscou reordenar o processo de abertura de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação entre vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática adequado à formação. A lei estabeleceu novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), condicionando a abertura e funcionamento de cursos à sua efetiva implantação (Oliveira et al., 2019, p. 3).

O programa estabeleceu a universalização da residência médica com ênfase na Medicina de Família e Comunidade, buscando mudar a estrutura formativa até então vigente no âmbito das residências médicas no País (Brasil, 2015; Oliveira et al., 2019).

Nesse contexto, o aumento do número de vagas em cursos de graduação em medicina já existentes, a criação de novas escolas médicas e, principalmente, a expansão e universalização das residências fizeram com que o programa ampliasse as ações de qualificação de docentes e preceptores. Nesse bojo, destaca-se a criação do Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) como estratégia de formação de professores para os novos cursos de medicina criados no interior, direcionado principalmente para profissionais já atuantes no cenário na atenção básica (Oliveira et al., 2019). Trata-se de um marco no processo de investimento no modelo de MP para qualificação profissional na saúde.

No decorrer dessa trajetória apresentada até aqui, observa-se que vários programas e propostas, tanto na graduação como na pós-graduação *lato sensu*, foram deflagradas com objetivos em comum: transformar o perfil do futuro profissional da área da saúde e reorientar e qualificar os profissionais para o SUS. Com isso, ressalta-se o impulso nessa direção que o Ministério da Saúde deu,

através da SGTES, quando tomou para si a responsabilidade de orientar a formação em saúde de maneira articulada ao MEC, em que as iniciativas institucionais destacadas nesta seção (Figura 1) representaram parte do que foi implementado.

A pós-graduação *stricto sensu*, por meio dos MP, como modelo formativo, não ficou de fora do cenário, vide iniciativa citada do PMM com o PROFSAUDE.

Figura 1. Iniciativas indutoras



Fonte: a própria autora, 2022.

Vale destacar duas experiências nacionais de MP que antecederam o PROFSAÚDE e marcaram o potencial indutor das iniciativas criadas pelo Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional. A primeira foi com o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró-Ensino na Saúde), lançado em 2010, que visava desenvolver a formação em nível de pós-graduação e de pesquisa em ensino na saúde, constituindo-se como “um conjunto de estratégias com o objetivo de fortalecer a formação docente e a produção de conhecimento na área do ensino na Saúde” (Bahia et al., 2018, p. 1.427). A segunda experiência ocorreu no mesmo ano, com o MP em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), que tinha como finalidade “potencializar o ensino e fomentar a pesquisa no campo da Saúde da Família, visando melhorar o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde” (Monteiro & Vieira, 2016, p. 1).

Tais experiências indutoras validaram o protagonismo de iniciativas como essas na política pública de formação e trabalho em saúde, além de destacar o papel estratégico do MP na formação para o SUS e, conseqüentemente, na educação permanente dos profissionais de saúde. Acreditava-se que um novo perfil de profissional de saúde, altamente qualificado, como também um novo perfil de docente para gerar mudanças na reorientação da formação profissional em saúde, seriam gestados pelo MP.

Incorporação do mestrado profissional como proposta formativa

Enquanto modalidade *stricto sensu*, “o MP surge para atender às necessidades de formação de profissionais pós-graduados aptos a elaborar novas técnicas e processos de trabalho, focados em respostas às questões e problemas postos pelo trabalho” (Cesse & Veras, 2014, p. 7), e como “um meio de articulação entre as universidades e o mundo do trabalho, encurtando a distância entre a produção intelectual e os problemas da sociedade” (Brasil, 2019a, p. 15).

Considerava-se que o MP na área da saúde podia desempenhar seu papel de “prover quadros adaptados às novas necessidades encontradas no sistema de saúde brasileiro” (Goldbaum, 2006), além de fazer parte de um conjunto articulado de ações formativas oferecidas ao indivíduo em um eixo estruturante de formação — cursos profissionais, mestrado e doutorado profissional (Brasil, 2010).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde, em conjunto com o MEC, deu início à implantação da modalidade como política indutora no campo da reorientação da formação profissional com vários mestrados que seriam implantados, dos anos 2000 até os dias de hoje. Faz-se necessário indicar que esse processo de incorporação do MP na reorientação da formação profissional no SUS deu-se nas diversas áreas que compõem a grande área Ciências da Saúde; contudo, a área de conhecimento da Saúde Coletiva se destaca pelo papel desempenhado no SUS e nas iniciativas indutoras engendradas pela área.

Na área da saúde coletiva, “o debate sobre a possibilidade de implantação dos cursos de mestrado profissional iniciou-se durante uma oficina realizada no Congresso de Saúde Coletiva de 1998” (Dourado et al., 2006, p. 101) e, também, através do Fórum de Coordenadores, em que se iniciaram as discussões acerca dessa modalidade para que houvesse oferta de cursos em 2000 (Barata, 2006).

Em um período de duas décadas (2001-2022), o número de programas de MP em Saúde Coletiva aumentou significativamente no País, de 2 para 42 cursos (Brasil, 2023). No documento da área de saúde coletiva, é possível identificar uma aceleração desse crescimento a partir de 2009:

o alto percentual de programas profissionais, se levarmos em conta a criação recente desta modalidade, certamente se associa às características da área que se constitui em um campo de produção de conhecimentos e práticas, onde a formação profissional é tão relevante quanto a de pesquisador e docente (Brasil, 2019, p. 3).

O período foi marcado por um processo de indução dos MP na Saúde Coletiva, tanto pelo movimento criado pelo Ministério da Saúde na formação dos profissionais do SUS, por meio dessa modalidade, quanto pelo próprio processo dentro do sistema de pós-graduação de incentivo aos MP como modalidade formativa *stricto sensu*. Para Cesse e Veras (2014, p. 17), essa modalidade “não poderia encontrar campo mais adequado para ser absorvida do que a Saúde Coletiva”.

Essa expansão está alinhada com o progressivo debate realizado pela área de Saúde Coletiva para aperfeiçoar de modo contínuo a modalidade, com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), como entidade representativa da área, estabelecendo espaço no Fórum de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

— conjunto de coordenadores de programas de pós-graduação da área — para discutir os processos de avaliação, seus instrumentos e as especificidades da área (Cesse & Veras, 2014).

É importante colocar em relevo duas importantes experiências nacionais indutoras organizadas na Saúde Coletiva, já citadas anteriormente: a RENASF e o PROFSAÚDE. O MP em Saúde da Família da RENASF foi criado em 2010 por iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz – Ceará (Fiocruz Ceará), com a participação de 23 instituições de nível superior, fruto do estímulo da SGTES e em sintonia com a política da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de estímulo a propostas de MP. O objetivo desse MP é formar lideranças para a Estratégia Saúde da Família (ESF) aptas a exercerem atividades de investigação e de ensino em serviço na/para a região Nordeste do Brasil.

O PROFSAÚDE, por sua vez, foi aprovado pela CAPES em 2016. Liderado pela Abrasco e pela Fiocruz, uma iniciativa do Ministério da Saúde e do MEC, teve sua proposição originalmente vinculada ao eixo educacional do PMM. Formado por 26 instituições de nível superior nas cinco regiões do País, sua proposta formativa tem a finalidade de formar profissionais de saúde para atuar como docentes em cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde e como preceptores na ESF (Guilam et al., 2020).

Ambos são programas em rede, de concentração na Saúde Coletiva, frutos de articulação interministerial, e que já formaram mais de 800 profissionais, validando o encontro entre a modalidade de MP e as demandas do SUS.

Fica claro que os programas de MP têm potencial para oferecer o desenvolvimento de pesquisas no âmbito do SUS, na resolução de problemas, qualificando os processos e produzindo conhecimentos aplicados à prática das organizações de serviços de saúde.

Segundo Barata (2006), o MP tem a produção de conhecimentos para a solução de problemas práticos em seus objetivos, preparando os indivíduos para que utilizem os conhecimentos científicos na elaboração dessas soluções. É, portanto, uma modalidade que qualifica o profissional para responder às demandas do seu campo de atuação com uso de conhecimento aplicado.

O MP constitui-se como espaço privilegiado na Saúde Coletiva, tanto “para o desenvolvimento e avaliação de novas organizações tecnológicas do trabalho em

saúde, nas diferentes dimensões de atuação que caracterizam o campo” (Barata, 2006, p. 271), como para a “produção de saberes e desenvolvimento tecnológico em áreas críticas para a consolidação do campo da saúde coletiva [...]” (Teixeira, 2006, p. 40).

Diante do exposto, fica eminente a aceitação e a incorporação da modalidade de MP como estratégia de formação em saúde e, nessa perspectiva, o mestrado tem se tornado uma estratégia de política pública de formação (Santos, Hortale & Arouca, 2012).

As características que envolvem a modalidade, na sua perspectiva de instrumentalizar técnica e cientificamente o profissional para solucionar problemas e aplicar resultados no campo profissional, têm estreita relação com o papel da área de Saúde Coletiva na formação no/para SUS.

Enquanto modalidade, o MP preconiza, nos seus requisitos e aspectos normativos, elementos que dão identidade a esse tipo de formação, estabelecendo princípios norteadores capazes de caracterizar de forma distinta e específica os cursos de MP em uma trajetória que percorre os mais de 20 anos da sua regulamentação. Ressaltem-se os esforços acadêmicos e normativos empreendidos pela pós-graduação brasileira na tentativa de melhor caracterizar a modalidade.

Apesar do debate em torno da legitimidade do MP na pós-graduação – por causa da hipervalorização do mestrado acadêmico, da rejeição inicial ao modelo de MP e, para alguns, da semelhança entre essas duas modalidades –, sem a intenção de adentrar questões de polarização e similaridade, pode-se afirmar que o MP vem estabelecendo seu papel na formação para o mundo profissional. Proporcionando formação científica e profissional, através da imersão na pesquisa aplicada, levando os profissionais a se tornarem criativos, aptos a adotar novas técnicas e processos para atender às demandas da sociedade (Fischer, 2005; Lopes et al., 2005; APCN, 2005; Santos et al., 2019). O MP é campo de especialização do trabalhador e de produção de conhecimento fundamental para os serviços e sistemas de saúde.

Referências

APCN: Mestrado Profissional 2005 (2005, julho). Revista Brasileira de Pós-Graduação, 2(4), 162-165. Recuperado de <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2005.v2.91>.

Araújo, D., Miranda, M. C. G. & Brasil, S. L. (2007, julho). Formação de profissionais de saúde na

- perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(Suppl. 1), 20-31. Recuperado de <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2007.v31.n0.a1421>
- Bahia, S. H. A., Haddad, A. E., Batista, N. A. & Batista, S. H. S. (2018). Ensino na saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl. 1), 1425-1442. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0192>.
- Barata, R. B. (2006). Avanços e desafios do mestrado profissionalizante. In: Leal, M. C. & Freitas, C. M. (Orgs.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva* (pp. 267-282). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/sp/pdf/leal-9788575412855.pdf>.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental. (2007). *Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura*. Brasília, DF. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/indag3.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. (2005a). Portaria interministerial no 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.semesp.org.br/legislacao/migrado1954>
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. (2005b). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2011). *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf
- Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (2023). *Quantitativo de programas na área de saúde coletiva*. Brasília, DF. Recuperado de <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/index.xhtml>
- Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (2019). *Documento de área: área 22: saúde coletiva*. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/saude-coletiva-pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ano 116, n. 32, p. 37-41, 16 fev. 2004a. Recuperado de <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/02/2004&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=72>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: MS, 2004b. Recuperado de https://bvsm.sau.br/acoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 1. abr. 2021.
- Brasil. (2013). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera

- as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/10/2013&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=112>. Acesso em: 13 abr. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2015). Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: MS. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. (2008). Portaria interministerial nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. Brasília, DF: MS/MEC. Recuperado de [mhttps://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)
- Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (2010). VI Plano nacional de pós-graduação (PNPG): 2011-2020. Brasília, DF: MEC/CAPES. Recuperado de <https://uab.Capes.gov.br/images/stories/download/Livros-PNPG-Volume-I-Mont.pdf>
- Canguilhem, G. (2010). O normal e o patológico (6a ed. Rev.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Carvalho, M. A. P. & Gutiérrez, A. C. (2021). Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>.
- Cardoso, M. L. M., Costa, P. P., Costa, D. M., Xavier & Souza. (2017). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1489-1500. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>
- Cesse, E. A. P. & Veras, M. A. S. M. (2014). Mestrado profissional em saúde coletiva: uma modalidade de formação para o sistema de saúde brasileiro. *Boletim do Instituto de Saúde*, 15(Suppl.), 5-12. Recuperado de <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/37338>
- Ceccim, R. B. (2005, fevereiro). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 9(16), 161-177. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>
- Ceccim, R. B. & Carvalho, Y. M. (2005). Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, R., Ceccim, R. B. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (pp. 69-92). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO. Recuperado de <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Sa%C3%BAde-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-gradua%C3%A7%C3%A3o-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>
- Dourado, M. I. C., Teixeira, C. A., Silva, E. M. M. L. L., Paim, L. M. V., Silva, J & Almeida, N. M., Filho. (2006). A Experiência do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA 2001-2004. In: Leal, M.C. & Freitas, C.M. (Orgs.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva* (pp. 101-121). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Dias, H. S., Lima, I. D. & Teixeira, M. (2013). A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), pp. 1613-1624. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>

- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido* (18ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Foucault, M. (1986). *Microfísica do poder* (6a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Fischer, T. (2005, julho). Mestrado profissional como prática acadêmica. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, 2(4), pp. 24-29. Recuperado de <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2005.v2.74>
- Garcia, M. A. A., Pinto, A. T. B. C. S., Odoni, A. P. C., Longhi, B. S., Machado, L. I., Linek, M.D.S. & Costa, N. A. (2007). A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), pp. 147-155. recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200005>
- Gonzalez, A. D. & Almeida, M. J. (2010). Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), pp. 551-570. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>
- Guilam, M. C. R., Teixeira, C. P., Machado, M. F. A. S., Fassa, A. G. & Fassa, M. E. G. (2020). Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 24(Suppl. 1), pp. 1-15. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/JHBXSLpx4Y9zzkfTvXtXXwx/?format=pdf&lang=pt>
- Goldbaum, M. (2006). Mestrado profissionalizante em saúde coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (org.). . In: Leal, M.C. & Freitas, C.M. (Orgs.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva* (pp. 27-32). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/sp/pdf/leal-9788575412855.pdf>
- Heckert, A. L. C. & Neves, C. A. B. (2007). Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pnheiro, R., Barros, M. E. B. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp. 145-160). Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO. Recuperado de <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Trabalho-em-Equipe-sob-o-eixo-da-Integralidade-Valores-Saberes-e-Pr%C3%A1ticas.pdf>
- Jaeger, M. L., Ceccim, R. B. & Machado, M. H. (2004, abril). Gestão do trabalho e da educação na saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 5(7), pp. 86-103. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia7.pdf
- Lopes, S. J., Neto, Bevilaqua, L., Fischer, T., Marcovitch, J., Almeida, V. A. F., Nunes, E. O. & Dillenburger, D. (2005, julho). Mestrado no Brasil – a situação e uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, 2(4), pp. 139-144. Recuperada de <https://rbpg.Capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/85/81>
- Monteiro, C. F. S. & Vieira, A. P. G. F. (2016, outubro/dezembro). Qualificação profissional em saúde da família na região Nordeste: o modelo RENASF. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 5(4), pp. 1-6. Recuperado de <https://doi.org/10.26694/reufpi.v5i4.5733>
- Moreira, C. O. F. & Dias, M. S. A. (2015). Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sciences*, 3, pp. 300-305. Recuperado de <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>
- Mathias, M. (2016). *Profaps. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/profaps>
- Oliveira, F. P., Pinto, H. A., Figueiredo, A. M., Cyrino, E. G., Oliveira, A. V., Neto & Rocha, V. X.

- M. (2019). Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo formação de 2013 a 2015. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 23(Suppl. 1), pp. 1-17. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/Interface.170949>
- Pinheiro, R. & Ceccim, R. B. (2005). Experientação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro, R., Ceccim, R. B. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na área da saúde* (pp. 13-35). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Puccini, R. F. & Andrezza, R. (2008). O Promed e o Pró-Saúde na Unifesp: contribuições para o aprimoramento do projeto pedagógico. In: Puccini, R. F., Sampaio, L. O. & Batista, N. A. (Orgs.). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* (pp. 71-99). São Paulo, SP: Ed. Unifesp. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-05.pdf>
- Santos, G. B., Hortale, V. A., Souza, K. M. & Vieira-Meyer, A. P. G. F. (2019, março). Similaridades e diferenças entre o mestrado acadêmico e o mestrado profissional enquanto política pública de formação no campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), pp. 941-952. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.30922016>
- Santos, G. B., Hortale, V. A. & Arouca, R. (2012). *Mestrado profissional em saúde pública: caminhos e identidade*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz.
- Stella, R. C. R. & Puccini, R. F. (2008). A formação profissional no contexto das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina. In: Puccini, R. F., Sampaio, L. O. & Batista, N. A. (Orgs.). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* (pp. 53-69). São Paulo, SP: Ed. Unifesp. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-04.pdf>
- Saippa-Oliveira, G., Koifman, L. & Pinheiro, R. (2006). Seleção de conteúdo, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro, R., Ceccim, R. B. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (pp. 205-227). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO. Recuperado de <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Sa%C3%BAde-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-gradua%C3%A7%C3%A3o-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>
- Teixeira, C. P. (2022). *Análise do mestrado profissional enquanto modalidade stricto sensu de formação de profissionais do SUS: um estudo de caso do PROFSAUDE* (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Teixeira, C. Significado estratégico do mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: Leal, M. C. & Freitas, C. M. (Orgs.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva* (pp. 33-47). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/sp/pdf/leal-9788575412855.pdf>