



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Barradas Barata, Rita

A Pós-Graduação e o campo da Saúde Coletiva

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2008, pp. 189-214

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838217002>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A Pós-Graduação e o Campo da Saúde Coletiva

I¹ Rita Barradas Barata I

Resumo: O presente artigo descreve as principais características da pós-graduação senso estrito no campo da Saúde Coletiva, comparando tais características com aquelas observadas nas demais áreas que compõem a Grande Área da Saúde e com a totalidade das áreas do conhecimento. Além de descrever o crescimento dos programas, vários aspectos estruturais e ligados à avaliação são analisados. A maioria das informações foi construída a partir de dados disponíveis no *site* da CAPES na área destinada à avaliação dos programas, disponíveis no início de 2008. Para efeito de comparação, são apresentados dados relativos à capacidade instalada de pesquisa utilizando dados do censo 2006 do diretório de grupos de pesquisa do CNPq. Também são apresentados alguns dados sobre os periódicos científicos nacionais na área. Finalmente são comentados alguns dos desafios enfrentados pelo campo.

► **Palavras-chave:** Saúde Coletiva; programas de pós-graduação senso estrito; avaliação; produção intelectual.

¹ Professora adjunta,
Departamento de Medicina
Social da FCMSCSP e
Coordenadora da Área de
Saúde Coletiva da CAPES;
pesquisadora ID CNPq.
Endereço eletrônico:
rita.barradasbarata@gmail.com.

Recebido em: 15/05/2008.
Aprovado em: 16/06/2008.

A Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e práticas sobre o processo saúde/doença em sua dimensão coletiva, envolve um conjunto de ações relacionadas com a formação de profissionais de saúde e pesquisadores; produção e divulgação de conhecimentos científicos relativos a seu objeto; atuação no campo da política de saúde, política de educação superior e política científica e tecnológica (PAIM, 2000). Este artigo tratará principalmente da formação e da produção de conhecimentos no campo com especial ênfase para a formação pós-graduada estrito senso.

Nos últimos dez anos, o crescimento do número de programas credenciados foi maior em Saúde Coletiva do que no conjunto de todas as áreas do conhecimento (CAPES, 2008). Atualmente estão credenciados pela CAPES 47 programas, dos quais 12 são de mestrado profissional, 14 mestrados acadêmicos e 21 mestrados e doutorados acadêmicos (CAPES, 2008).

A distribuição entre mestrado e doutorado (67% para 33%) é semelhante à observada para o conjunto das áreas. Na Grande Área da Saúde, há uma proporção ligeiramente maior de doutorados (41%), refletindo a opção de várias especialidades médicas de não oferecer a formação em nível de mestrado (CAPES, 2008).

Distribuição regional

Um problema recorrente no desenvolvimento técnico-científico brasileiro é a forte concentração regional das instituições, recursos de fomento e pesquisadores (PONTES *et al.*, 2005). O mesmo aspecto pode ser observado na distribuição dos programas de pós-graduação. A tabela 1 mostra a distribuição regional para a totalidade dos programas, programas da Grande Área da Saúde e programas da Saúde Coletiva.

Tabela 1: Distribuição regional dos programas, Brasil, 2006

Região	Todos	Saúde	Saúde Coletiva
Norte	3,7%	1,2%	0,0%
Nordeste	15,9%	13,4%	26,5%
Sudeste	54,3%	66,3%	52,9%
Sul	19,5%	15,1%	17,6%
Centro-Oeste	6,6%	4,0%	2,9%

Fonte: Capes. Estatísticas (2008).

Os dados mostram que, comparativamente ao conjunto dos programas, a área de Saúde Coletiva apresenta maior desconcentração dos programas para a Região Nordeste e menor presença nas regiões Centro-Oeste e Norte. A área de saúde é ainda mais concentrada do que a totalidade dos programas.

Se por um lado, a presença proporcionalmente maior na Região Nordeste denota um movimento de desconcentração em relação à região Sul-Sudeste, a ausência de programas na Região Norte e a escassez dos mesmos na Região Centro-Oeste constituem um desafio para a área. Apesar dos enormes problemas de saúde enfrentados pelas populações dessas regiões, além da especificidade de seu perfil epidemiológico, não há nas instituições de ensino superior dessas regiões grupos de pesquisadores e docentes com formação em Saúde Coletiva em número suficiente para sustentar a realização de um programa.

A possibilidade de associações entre instituições de ensino e institutos de pesquisa pode ser uma alternativa para a nucleação de grupos de pesquisadores que no futuro possam vir a dar sustentação a programas nessas regiões. Essa alternativa, entretanto, esbarra na pouca disponibilidade real dos docentes de instituições públicas de ensino superior, dada a política recessiva de contratação praticada no país nos últimos 20 anos. Só recentemente o Ministério da Educação vem permitindo a abertura de concursos para recomposição do corpo docente das universidades federais. O aumento crescente das tarefas docentes e de pesquisa vem sobrecarregando o corpo docente, deixando pouca margem para o trabalho de solidariedade que seria necessário à expansão dos programas.

Neste ano terá início um programa em parceria entre a Fiocruz e a Universidade Federal do Acre, que deverá significar, em médio prazo, a criação de um programa independente na Região Norte. A Universidade Federal do Pará também está realizando contratações e apoiando o fortalecimento de grupos de pesquisadores, com o intuito de estabelecer um programa.

Outra iniciativa que pode resultar, em médio prazo, em fortalecimento de grupos nessas regiões é o programa pesquisa para o SUS desenvolvido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde em parceria com as fundações de apoio à pesquisa dos estados. Este programa, por ser dedicado ao financiamento à pesquisa em âmbito exclusivamente estadual, tem possibilitado a grupos ainda não consolidados obter apoio e desenvolver investigações que podem capacitá-los a nuclear um programa de pós-graduação. O programa tem uma

característica que o torna especialmente importante nessa direção: os seminários de avaliação dos produtos das pesquisas financiadas. Estes seminários dão ensejo à revisão da qualidade dos projetos e seus produtos. Seria interessante que o programa contemplasse, na fase de seleção das propostas, uma oficina para aprimoramento de projetos pré-selecionados, auxiliando assim o fortalecimento de grupos em formação.

As disparidades regionais também são visíveis na distribuição dos programas, segundo as notas recebidas na última avaliação trienal correspondente ao período 2004-2006. Sempre tendo como referência o conjunto dos programas, observa-se que a média de notas é mais alta na Região Sudeste (4,3) e mais baixa na Região Norte (3,3). No caso da Saúde Coletiva, a média mais alta é observada na Região Sul (4,5), refletindo a presença, nessa região, do único programa nota sete da área, e mais baixa na Região Centro-Oeste (3,0), com um único programa.

Tempo médio de titulação e fluxo de alunos

A questão do tempo médio de titulação foi considerada extremamente importante, a ponto de na segunda metade da década de 90 este ter sido o principal critério na avaliação. A distribuição das bolsas e das “taxas de bancada” era fortemente correlacionada ao tempo médio de titulação dos alunos do programa. Tal relevância concedida ao tempo médio de titulação foi decorrência da situação anterior, em que os tempos eram excessivamente longos e parte considerável dos alunos não concluía a formação, deixando de apresentar a tese ou dissertação.

Entre 1996 e 2006, o tempo médio de titulação para os alunos de mestrado em Saúde Coletiva caiu de 41 meses (praticamente três anos e meio) para 26 meses (praticamente dois anos); e, para os alunos de doutorado, de 63 meses (cinco anos) para 41 meses (menos de quatro anos)

Os tempos mais curtos, se por um lado contribuíram para aumentar a proporção dos alunos que concluem sua titulação, por outro geraram uma série de impactos não necessariamente desejáveis sobre a estrutura curricular e o grau de exigência em relação ao trabalho de conclusão. Se para algumas ciências o prazo de 24 meses para o mestrado e 48 meses para o doutorado parece suficiente e adequado, para outras, eles são claramente insuficientes. Os docentes das áreas de Ciências Sociais e Humanas constantemente apontam a dificuldade de cumprir o programa de créditos e desenvolver a pesquisa nesses prazos, considerados exíguos para a formação teórica e metodológica exigida.

A tendência atual é relativizar a questão do tempo de titulação, permitindo ajustes a diferentes situações sem, entretanto, retornar aos longos períodos observados anteriormente. Na atualidade, esse critério deixou de ter qualquer capacidade discriminatória na avaliação dos programas, uma vez que praticamente todos eles acabaram por se ajustar a esses valores médios.

O número de alunos novos vem crescendo de forma significativa nos últimos dez anos na área da Saúde Coletiva. No mestrado foram inscritos 261 alunos em 1996, passando em 2006 a 610 alunos, com crescimento de 13% ao ano. No doutorado, os números passaram de 80 em 1996, para 222 em 2006, indicando 17% de crescimento ao ano.

O número de alunos titulados apresentou crescimento acelerado no período, passando de 171 mestres em 1996, para 528 em 2006. No doutorado, dado o maior tempo médio de titulação, observa-se um patamar entre 1996 e 2000 em torno de 80 alunos titulados por ano, e um segundo patamar entre 2000 e 2006, em torno de 190 alunos titulados por ano. O número de titulados aumentou significativamente em todas as regiões brasileiras entre 1996 e 2006, mas os aumentos proporcionais foram maiores nas regiões Nordeste e Sul, acompanhando o crescimento no número de docentes permanentes incorporados aos programas nessas regiões.

Avaliação

O processo de avaliação e acompanhamento dos programas implementado pela CAPES atribui notas a cinco quesitos: proposta do programa, corpo docente, corpo discente, produção intelectual e inserção social. Para cada um dos quesitos existe um conjunto variável de itens e indicadores adotados pelas diferentes áreas do conhecimento.

Embora os itens utilizados na avaliação variem de 12 a 45, existem 17 itens que são utilizados por 40 das 45 áreas. Cada quesito recebe avaliação segundo os critérios: insuficiente, fraco, regular, bom ou muito bom, equivalentes às notas de 1 a 5. A média aritmética das notas atribuídas aos cinco quesitos produz a nota final do programa.

No último triênio, a distribuição dos programas segundo as notas mostra 30% dos programas com avaliação “regular”, 35% com avaliação “bom”, 23% com avaliação “ótimo”, 10% com avaliação “excepcional” (notas 6 e 7). Na Grande Área da Saúde e na Saúde Coletiva há proporcionalmente menos programas com avaliação regular e mais programas com avaliação “ótimo” do que para o conjunto

dos programas, refletindo a maturidade da área. No caso específico da Saúde Coletiva, a atuação da Abrasco, através do Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-graduação, teve papel primordial na equalização dos programas.

Tabela 2: Distribuição dos programas segundo a nota obtida na última avaliação trienal

Avaliação	Todos	Saúde	Saúde Coletiva
Regular	30%	22%	21%
Bom	35%	34%	34%
Ótimo	23%	33%	33%
Excelente (6)	7%	8%	10%
Excelente (7)	4%	2%	2%

Fonte: Capes. Estatísticas (2008).

A comparação da distribuição dos programas segundo a nota obtida no triênio 2001-2003 e no triênio 2004-2006 dá uma idéia da evolução dos programas.

Tabela 3: Progressão das notas do conjunto de programas credenciados pela CAPES

	2004-2006				
2001-2003	Regular	Bom	Ótimo	Excelente 6	Excelente 7
Regular	67,4	27,9	0,9	0,1	0,0
Bom	10,2	66,2	22,9	0,0	0,0
Ótimo	1,9	18,9	67,4	11,3	0,2
Excelente 6			16,6	63,4	20,0
Excelente 7			3,2	12,9	83,9

Fonte: Capes. Estatísticas (2008).

A linha diagonal destacada em negrito permite verificar uma grande estabilidade na avaliação entre os dois últimos triênios, visto que praticamente dois terços dos programas ficam com suas notas inalteradas. Mas os dados permitem verificar também que cerca de um quinto dos programas apresenta avanço na direção de níveis subseqüentes de avaliação, enquanto 15 a 20% dos programas apresentam regressão a níveis anteriores.

A mesma comparação para os programas da área da Saúde Coletiva é mostrada na tabela 4.

Tabela 4: Progressão das notas dos programas de Saúde Coletiva credenciados pela CAPES

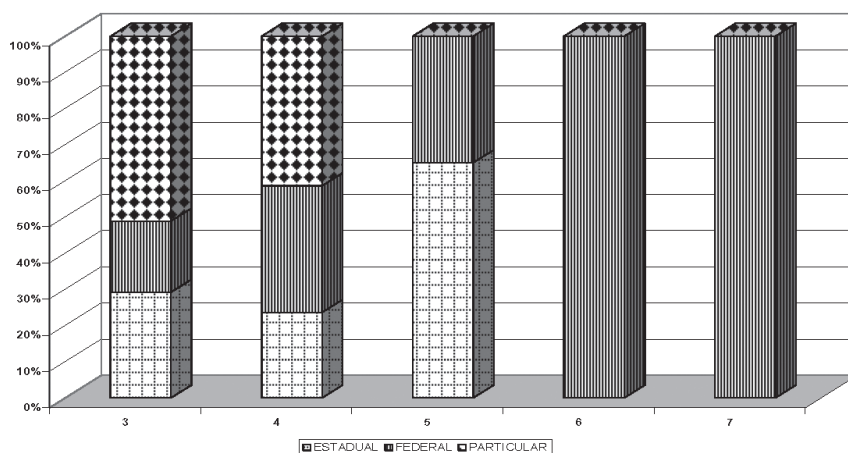
	2004-2006				
2001-2003	Regular	Bom	Ótimo	Excelente 6	Excelente 7
Regular	23,1	46,2	7,7		
Bom		66,7	33,3		
Ótimo			83,3	16,7	
Excelente 6				66,7	33,3
Excelente 7					

Fonte: Capes. Estatísticas (2008).

A grande diferença observada entre a Saúde Coletiva e o conjunto dos programas de todas as áreas é a proporção menor de programas classificados como regulares e a grande evolução desses programas entre o triênio anterior e o atual. Diferentemente do observado para o conjunto dos programas, na área da Saúde Coletiva não houve regressão dos programas na avaliação realizada pela Comissão de área, exceto para os programas classificados como regulares.

A distribuição das notas varia também com o regime jurídico das instituições de ensino, conforme pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição proporcional dos programas segundo nota e regime jurídico das IES



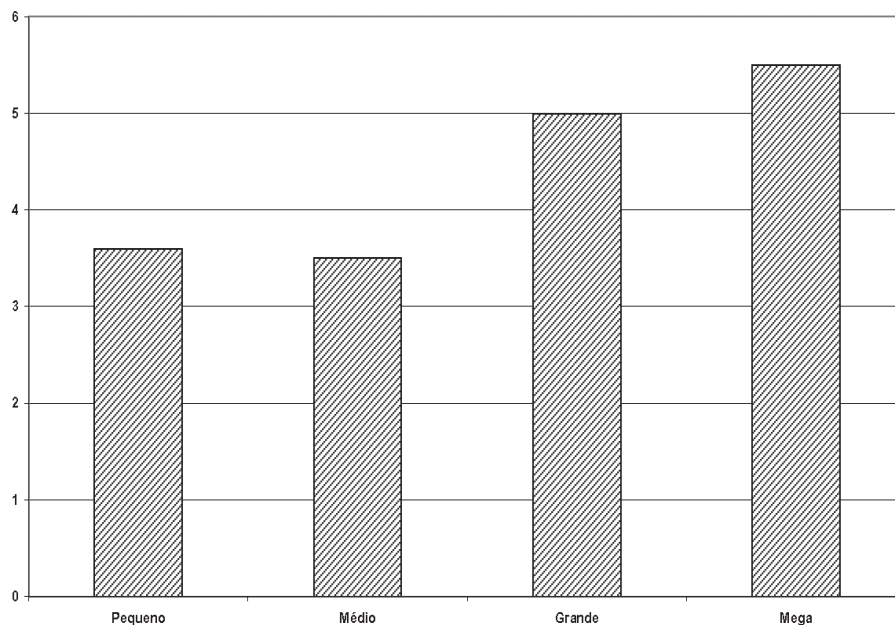
Os programas com avaliação “excelente” são todos oferecidos por universidades federais. Os programas com classificação “ótimo” se dividem entre universidades federais e estaduais. As IES privadas integram os programas com avaliação “bom” ou “regular” exclusivamente. Tal fato reflete a pouca tradição em pesquisa nessas instituições, assim como a dificuldade em fixar docentes pesquisadores, tendo em vista os regimes de trabalho baseados em contratações por hora-aula e a inexistência de mecanismos que possam favorecer a prática da investigação científica.

No caso particular da Saúde Coletiva, o próprio caráter da área fundamentalmente ligado à atuação do Estado pode ser também um fator relacionado com a pouca relevância dada a ela por instituições de ensino particular, com exceção daquelas consideradas como comunitárias, ou seja, efetivamente sem fins lucrativos, mantidas por instituições da sociedade civil, tais como as universidades católicas, embora essa característica extrapole a área (STEINER, 2005).

O tamanho dos programas, avaliado pela quantidade de docentes permanentes, é bastante variável. Na área da Saúde Coletiva, o menor programa é o da Universidade do Vale dos Sinos, com apenas nove docentes permanentes, e o maior é o programa da Fiocruz, com 184 docentes permanentes. Os programas podem ser classificados em pequenos, com 9 a 16 docentes permanentes (57%); médios, com 18 a 27 docentes permanentes (21%); grandes com 42 a 48 docentes permanentes (11%) e dois “mega” programas, com mais de 100 docentes permanentes.

Embora exista uma idéia bastante difundida na comunidade de que os programas muito grandes são prejudicados pelos critérios adotados na avaliação e que os cursos pequenos acabam apresentando desempenho melhor segundo esses mesmos critérios, existe uma correlação positiva entre o número de docentes permanentes e a nota do programa ($r=0,90$).

Gráfico 2: Nota média dos programas segundo número de docentes permanentes



Com base na impressão de que o número grande de docentes atrapalha o desempenho do programa, muitas instituições de ensino superior estão dividindo seus programas unitários e criando vários programas com menor número de docentes permanentes. Voltaremos a tratar da questão da subdivisão dos programas mais adiante.

Mestrado profissional

Desde sua criação, a Capes havia previsto a instalação de mestrados profissionais. Entretanto, apenas nos últimos anos essa intenção se concretizou. Existem atualmente 226 programas nas diversas áreas do conhecimento. A Grande Área da Saúde reúne 41 programas, dos quais 12 são em Saúde Coletiva. Destes, dez programas são oferecidos por instituições públicas estatais e dois por instituições particulares.

Esses programas estão proporcionando formação qualificada para profissionais das secretarias municipais, estaduais e para o Ministério da Saúde. Sua existência é ainda muito recente para uma avaliação mais precisa do impacto que esta formação

terá sobre as políticas públicas no país. Entretanto, avaliações preliminares apontam para melhorias significativas na atuação profissional dos egressos desses programas.

Produção intelectual

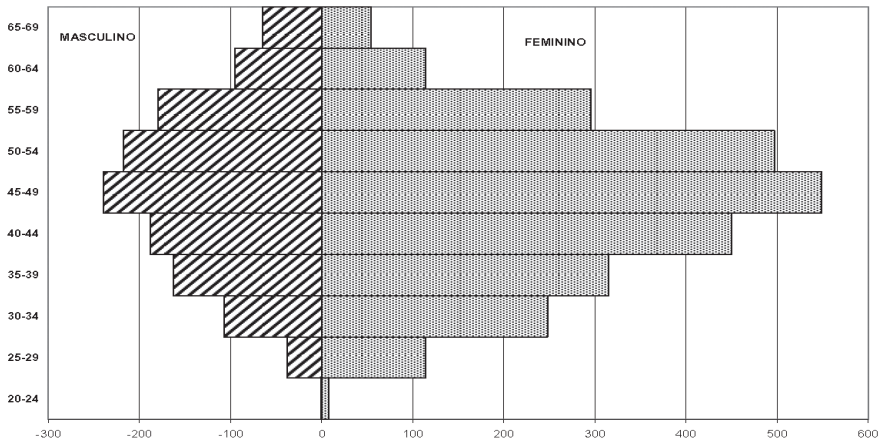
A produção intelectual dos docentes permanentes (artigos em periódicos, livros e capítulos de livros) somaram 3.588 produtos no triênio. O crescimento em relação ao triênio anterior foi de um pouco mais que 1,9 vezes. Essa produção foi divulgada principalmente em veículos de circulação internacional (83%).

Utilizando os critérios estabelecidos pela Grande Área da Saúde para classificação dos periódicos, baseado atualmente no tipo de base de indexação e no fator de impacto, a produção intelectual se concentra em periódicos Qualis internacional A e C, garantindo assim ampla visibilidade para a produção científica nacional.

Grupos de pesquisa em Saúde Coletiva

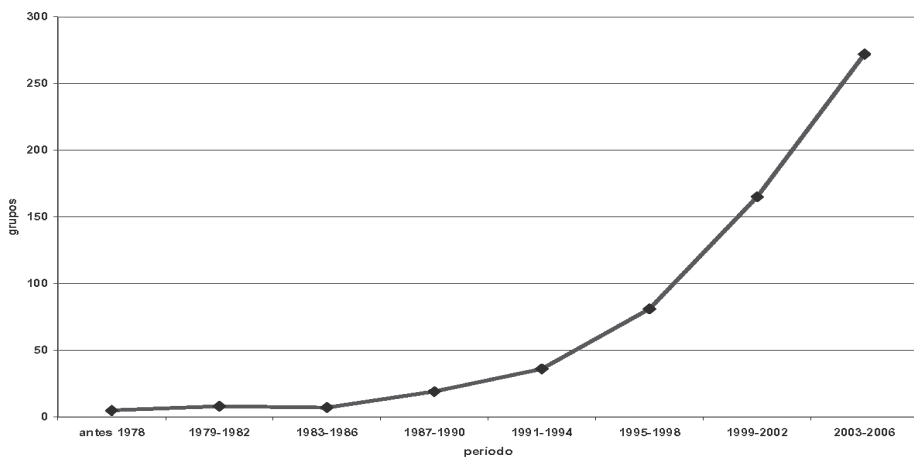
Segundo o censo de 2006 do CNPq, existem 593 grupos de pesquisa com pelo menos uma linha de pesquisa em Saúde Coletiva. Estes grupos desenvolvem 1.944 linhas de pesquisa e contam com 3.962 pesquisadores, 3.204 estudantes e 1.118 técnicos. Dentre os pesquisadores 58% (2.301) têm doutorado, 37% (1.147) mestrado, 8% apenas especialização e 4% só graduação.

A pirâmide etária dos pesquisadores é bastante assimétrica, havendo nítido predomínio de mulheres em todas as idades e concentração maior de pesquisadores entre os 45 e 54 anos.

Gráfico 3: Pirâmide etária dos pesquisadores brasileiros, 2006

Fonte: CNPq. Diretório de Grupos de Pesquisa (2006).

Quanto ao ano de constituição do grupo, observa-se número constante de grupos criados antes de 1978 até 1986, com crescimento acentuado após essa data, especialmente a partir de 1995, coincidindo com a ampliação dos cursos de pós-graduação sensu estrito.

Gráfico 4: Distribuição dos grupos de pesquisa em Saúde Coletiva, segundo período de constituição, Brasil

A distribuição regional dos grupos acompanha aquela observada para os programas de pós-graduação. Há menos de 50 grupos nas regiões Norte e Centro-Oeste, em torno de 100 grupos nas regiões Sul e Nordeste e aproximadamente 350 grupos na Região Sudeste.

No período entre 2003 e 2006, 97% dos doutores atuando em um desses grupos de pesquisa apresentaram alguma produção intelectual. No período foram publicados 11.058 artigos em português, correspondendo a 4,98 artigos *per capita*; 6.190 artigos em outras línguas, correspondendo a 2,79 artigos *per capita* e somando, portanto, 7,77 artigos *per capita* em quatro anos. Além de artigos em periódicos, foram produzidos 785 livros e 5.078 capítulos de livros, correspondendo, respectivamente, a 0,35 livros *per capita* e 2,29 capítulos de livro *per capita*.

No mesmo período, 79% dos doutores apresentaram atividades de orientação. Foram orientadas 1.247 teses de doutorado, 4.225 dissertações de mestrado, 4.587 monografias de especialização, 4.923 trabalhos de conclusão de curso e 3.908 trabalhos de iniciação científica. Todas as orientações somam 10,36 produtos *per capita*.

O CNPq classifica os grupos de pesquisa em grupos “em formação”, “em consolidação” ou “já consolidados”. Comparativamente à Grande Área da Saúde, em Saúde Coletiva há proporcionalmente mais grupos de pesquisa em formação (40%), praticamente o mesmo percentual de grupos consolidados (31%) e um pouco menos de grupos em consolidação (29%).

Divulgação da produção científica

A produção científica da área da Saúde Coletiva é divulgada em um grande número de periódicos nacionais e estrangeiros, além de livros e capítulos de livros, conforme indicado anteriormente.

No último triênio de avaliação, foram utilizados pelos docentes permanentes aproximadamente 283 periódicos diferentes para a divulgação da produção, porém cerca de 28 revistas concentraram 50% da publicação da área.

No país existem 17 revistas científicas que podem ser consideradas da área de Saúde Coletiva. A maioria delas está indexada em uma ou mais bases bibliográficas e praticamente todas permitem o acesso livre *on-line* ao texto completo dos artigos publicados.

Quadro 1: Periódicos do campo da Saúde Coletiva e respectivas bases de indexação

Título do periódico	Base bibliográfica
Cadernos de Saúde Coletiva	Lilacs
Cadernos de Saúde Pública	JCR, Medline, Scopus, Lilacs, Scielo Saúde Pública, DOAJ
Ciência & Saúde Coletiva	Medline, Scopus, Lilacs, Scielo Saúde Pública, DOAJ
Epidemiologia e Serviços de Saúde	Lilacs, acesso eletrônico pela BVS
História, Ciência, Saúde, Manguinhos	Medline, Lilacs, Scopus, Scielo Coleção Brasil, DOAJ
Interface	Scielo Coleção Brasil, Lilacs, Scopus, DOAJ
Physis	Scielo Coleção Brasil, Lilacs, Scopus, DOAJ
Revista Baiana de Saúde Pública	Lilacs
Revista Brasileira de Epidemiologia	Lilacs, Scopus, Scielo Saúde Pública, DOAJ
Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil	Lilacs, Scopus, Scielo Coleção Brasil, DOAJ
Revista Brasileira de Vigilância Sanitária	Latindex, DOAJ
Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Latindex, DOAJ
Revista da Escola Mineira de Saúde Pública	Latindex, DOAJ
Revista de Atenção Primária em Saúde	Latindex, DOAJ
Revista de Saúde Pública	JCR, Medline, Lilacs, Scopus, Scielo Saúde Pública, DOAJ
Saúde e Sociedade	Lilacs
Saúde em Debate	Lilacs

Para os periódicos incluídos na coleção Brasil ou na coleção Saúde Pública do SciELO, é possível obter alguns indicadores cientométricos correspondentes ao número médio de citações por artigo, vida média e proporção de autocitações. É importante ter em mente que esses indicadores se referem exclusivamente a citações aparecidas em outros periódicos contidos na base, portanto, não significam a totalidade do impacto da publicação.

Em uma área como a Saúde Coletiva, em que parte considerável do impacto esperado não se traduz em citações bibliográficas, mas em ações no âmbito do sistema de saúde, o impacto avaliado através de mensurações bibliométricas deve ser visto com cautela.

Os indicadores considerados foram o número médio de citações recebidas por artigo publicado; a vida média, isto é, o período durante o qual um artigo continua a ser citado e a proporção de autocitação, isto é, dentre as citações recebidas por um

periódico, quantas foram obtidas no próprio periódico. Esta medida não deve ser confundida com a citação do autor por ele mesmo, também chamada de autocitação.

Tabela 5: Indicadores cienciométricos das revistas brasileiras de Saúde Pública e Epidemiologia na base SciELO, 1999 a 2007

Periódico	Citações por artigo	Vida média (a)	Citações auto recebidas (%)
Cadernos de Saúde Pública	1,78	3,92	58,0
Ciência & Saúde Coletiva	1,07	3,38	32,9
História, Ciência, Saúde, Manguinhos	0,52	3,49	52,3
Interface	0,38	3,29	28,9
Physis	2,87	7,04	3,7
Revista Brasileira de Epidemiologia	0,77	3,33	19,2
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	0,67	2,61	37,5
Revista de Saúde Pública	2,09	4,95	52,9

Fonte: SciELO (2007).

Com relação ao número médio de citações por artigo, os maiores valores foram observados para a revista *Physis*, *Revista de Saúde Pública*, *Cadernos de Saúde Pública* e *Ciência & Saúde Coletiva*, todas elas dedicadas ao campo como um todo. Os demais periódicos são dedicados a temáticas ou disciplinas específicas do campo, recebendo, conforme esperado, menor número de citações por artigo publicado.

A vida média é também bastante variável, com valores significativamente mais altos para os artigos publicados na revista *Physis*, provavelmente pelo fato de este periódico publicar sobretudo ensaios teóricos, enquanto os demais periódicos publicam principalmente pesquisas empíricas. De forma geral, os trabalhos teóricos e conceituais ficam sendo citados por um tempo maior, na medida em que não perdem atualidade tão rapidamente quanto as pesquisas empíricas.

A menor proporção de autocitação é observada para a revista *Physis*, sugerindo assim que os artigos publicados nela são principalmente citados nas demais publicações. *Revista de Saúde Pública*, *Cadernos de Saúde Pública* e *História, Ciência, Saúde, Manguinhos* são os periódicos com maior proporção de autocitação.

Desafios e perspectivas

O quadro geral anteriormente apresentado demonstra que o campo da Saúde Coletiva é um campo consolidado de formação de pesquisadores e produção de conhecimentos no país. Há, entretanto, um conjunto de desafios a serem enfrentados pelo campo, dentre os quais destacaremos sete: a delimitação mais precisa do campo; a unidade do campo; consolidação da área e movimento em direção ao topo da avaliação; distribuição regional; internacionalização; fortalecimento do mestrado profissional e a criação de novos cursos.

Delimitação do campo

Com a criação do Sistema Único da Saúde e o aumento do espaço político e de debate sobre a saúde no âmbito da sociedade, toda e qualquer ação que esteja relacionada com a saúde é vista como sendo do âmbito da saúde coletiva.

A definição ampliada de saúde, que extrapola em muito o espaço de atuação setorial, contribui para uma compreensão mais abrangente dos determinantes e de potenciais alvos de atuação, mas torna mais difícil a identificação de um campo de saberes constituído em torno de um objeto próprio de investigação científica. Além disso, muitos pesquisadores tendem a identificar um campo científico com base nos métodos de investigação utilizados nas pesquisas científicas, em vez de se basearem no objeto que caracteriza o campo.

Todos esses problemas têm determinado uma grande indefinição dos limites do campo, em termos teóricos e pragmáticos. Esses problemas têm sido apontados em relação a demandas por bolsas de pesquisadores junto às agências de fomento, submissão de manuscritos aos periódicos da área e apresentação de propostas de programas de pós-graduação (NUNES, 2005).

Por ser um campo de produção eminentemente inter e transdisciplinar, a Saúde Coletiva é confundida muitas vezes com um campo eclético, no qual todos os tipos de investigação em saúde ou com aplicação no setor saúde podem estar contidas.

A adoção do setor de aplicação dos conhecimentos como categoria de análise tem muito sentido no caso da avaliação dos impactos do conhecimento produzido, no âmbito das políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação. Entretanto, a definição de campos científicos a partir de seus objetos ainda é um recurso útil para orientar a formação de pesquisadores, a distribuição de bolsas e a organização de periódicos científicos, principalmente quando essa é a regra adotada pela maioria dos campos.

Caso a Saúde Coletiva pretendesse abrir seu campo de produção de conhecimentos e de formação de pesquisadores para todas as áreas e disciplinas cujos produtos possam ter aplicação potencial na saúde, tal atitude significaria de imediato o enfraquecimento do campo *vis à vis* os demais que se mantêm fechados atrás de limites disciplinares. Na prática, o que acaba ocorrendo é uma diluição dos limites e uma indefinição acerca de que “coisas” cabem ou não no campo.

Provisoriamente, podemos estabelecer os limites do campo em torno de um objeto de investigação que se caracteriza por sua historicidade, complexidade e caráter coletivo, e que tem como foco central o processo saúde-doença em suas dimensões materiais e simbólicas, bem como as respostas sociais organizadas para seu enfrentamento. Do ponto de vista prático, no que tange à proposição de cursos novos para a área, consideramos inaceitáveis propostas que resultam simplesmente da aglomeração de docentes oriundos das mais diferentes áreas de formação e que pretensamente têm como ponto comum de sua atuação a saúde humana ou ainda algum dos inúmeros determinantes dos processos de produção das doenças.

Muitos docentes e pesquisadores sem nenhuma formação ou familiaridade com o campo têm enorme dificuldade em compreender as diferenças entre abordagens exclusivamente clínicas, isto é, do processo saúde-doença na dimensão individual, e abordagens populacionais, isto é, na dimensão coletiva. Propostas de novos cursos, portanto, só serão consideradas como sendo do campo de parte expressiva dos docentes se tiverem formação ou produção consistente no campo, se a estrutura curricular refletir as disciplinas e conteúdos metodológicos necessários e se os objetivos forem compatíveis com a área.

Unidade do campo

Com a institucionalização da avaliação dos programas de pós-graduação e adoção de indicadores de produção estabelecidos a partir do referencial da ciência biomédica, passou a existir e se aprofundar no campo a cisão entre suas principais disciplinas: Epidemiologia, Ciências Sociais e Planejamento, Gestão e Política de Saúde.

Cada uma dessas disciplinas, embora aninhada no campo da Saúde Coletiva, apresenta diferentes tradições de produção científica. O modo de produção da investigação científica é bastante diverso em cada uma delas, bem como os meios e veículos de divulgação utilizados. Com o predomínio da visão biomédica, apenas a Epidemiologia passou a ter sua produção adequadamente avaliada, enquanto os

pesquisadores de Ciências Sociais em Saúde e de Planejamento e Gestão viram sua produção constantemente desvalorizada (CAPONI; REBELO, 2005).

Embora a avaliação fosse externa ao campo, a cisão foi interiorizada e passou a haver, com muita frequência, em todos os programas, contendas entre, de um lado, os docentes e pesquisadores dedicados à Epidemiologia e de outro os cientistas sociais e docentes dedicados à área do Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde. A disputa interna traduziu-se, na maioria das vezes, em maior isolamento entre os campos disciplinares, resultando em empobrecimento da produção para o campo como um todo. Não há nenhum benefício para o desenvolvimento do campo, na existência de uma cisão entre seus principais constituintes. Assim, hoje um dos maiores desafios para a avaliação está justamente em desenvolver critérios de avaliação que realmente possam valorizar todas as formas de produção existentes no campo, respeitando as tradições de cada uma sem tentar impor ao conjunto critérios que podem ser apropriados apenas para a epidemiologia.

A valorização desproporcional da publicação em periódicos de circulação internacional, preferencialmente editados por editoras comerciais fortes, instaladas nos países de Primeiro Mundo, a negação da produção em livros e a desconsideração de outras formas de produção intelectual expressa em produtos técnicos provocou alguns efeitos positivos, mas uma quantidade significativamente maior de efeitos negativos. (HORTALE, 2003). Se, por um lado, os docentes foram forçados a publicar mais do que vinham fazendo anteriormente, por outro, muitos passaram a se sentir rejeitados e “improdutivos”, na medida em que sua forma tradicional de produção e divulgação de conhecimentos deixava de ser valorizada.

Houve uma série de equívocos da classificação da produção intelectual, uma vez que os critérios foram estabelecidos sem que se procurasse levar em conta os objetivos primordiais da publicação de novos conhecimentos.

Na Grande Área da Saúde, a classificação dos periódicos científicos foi feita tomando como referência as bases de indexação e o fator de impacto. *A priori*, pode-se considerar adequada a adoção de um critério de padrões mínimos de qualidade exigidos pelas bases de indexação e possibilidade de circulação do conhecimento indexado, entretanto, ao privilegiar uma base comercial bastante seletiva e um indicador calculado por ela como indicador do impacto do conhecimento produzido, a classificação passou a ser dominada por interesses estranhos à própria ciência.

Não há como justificar de maneira lógica a prioridade concedida ao Thomson Institute (JCR) contra por exemplo, o Medline. Nenhuma base de indexação bibliográfica é mais utilizada do que o PubMed em todas as partes do mundo. Se o que se está buscando é dar maior visibilidade à produção nacional e fazer a ciência brasileira participar da construção da ciência no mundo, então limitar os periódicos considerados de excelência apenas àqueles incluídos na base do Thomson Institute é estreitar muito o campo.

Quanto ao fator de impacto utilizado como indicador de qualidade dos periódicos, muito já foi dito. Apenas recentemente, editores de diversas revistas científicas passaram a atacar a “ditadura” do fator de impacto, demonstrando claramente que o cálculo é obscuro, havendo ampla margem para manipulação conforme os interesses comerciais em jogo (ROSSNER *et al.*, 2007).

A produção epidemiológica nacional, embora encontrando maior facilidade para ser divulgada em periódicos indexados nessas bases e com fatores de impacto mais altos, também encontra muitos empecilhos. Toda a produção dos países mais periféricos, aí incluídos inclusive países europeus como Portugal e Espanha, encontra barreiras à sua divulgação, seja pela língua, seja pelo preconceito dos editores e revisores.

Na área das Ciências Sociais em Saúde, boa parte dos periódicos não se encontra indexado em nenhuma base bibliográfica e não conta com indicadores bibliométricos. Este fato certamente não significa que os mesmos não tenham qualidade. O mesmo se verifica com a área de planejamento e gestão. A valorização da produção em livros, em igualdade de condições com a publicação de artigos em periódicos, vem solucionar em parte o problema da oposição Epidemiologia x Ciências Sociais em Saúde, mas não equaciona totalmente as questões próprias à área do Planejamento de Gestão, cuja tradição maior é a produção técnica.

Portanto, mais um desafio se coloca para a avaliação: definir critérios objetivos para a qualificação da produção técnica dos programas, incluindo assim, na produção intelectual, os produtos gerados pelos docentes e pesquisadores do campo do planejamento e gestão que não se expressam sob a forma de artigos científicos. Em parte como consequência da cisão interna ao campo e em parte como consequência da idéia equivocada de que programas grandes tendiam a ser mais mal avaliados, os maiores programas do campo da Saúde Coletiva passaram a se dividir em programas menores. Houve dois tipos de movimentos nesse sentido: a organização

de programas temáticos, concebidos em torno de questões específicas do campo da Saúde Coletiva, tais como Nutrição em Saúde Pública, Saúde Materno-Infantil, Saúde e Ambiente, Vigilância em Saúde e outros; e a criação de programas disciplinares, como Epidemiologia.

O recorte disciplinar, a meu ver, só se justifica quando o grupo proponente não conta com docentes e pesquisadores das outras áreas do campo da Saúde Coletiva, necessitando assim, ficar restrito a uma das disciplinas nucleares do campo. Quando a divisão é motivada mais pela tradição de pesquisa do que pela necessidade, considero que pode ser perniciosa para o desenvolvimento do campo.

Isolar uma das disciplinas nucleares pode levar a um efeito totalmente adverso de desconectar tal disciplina do seu campo principal, esterilizando a investigação teórica e metodologicamente, pelo afastamento das demais correntes de pensamento, e comprometer sua relevância por distorção das próprias questões de investigação. Um exemplo concreto desses efeitos pode ser observado na tendência individualizante da epidemiologia praticada nos países onde a disciplina não está inserida no campo da Saúde Pública, mantendo-se mais como uma especialidade médica.

Consolidação da área

Embora a área já apresente maturidade para ser considerada consolidada no universo da pós-graduação brasileira, existem ainda alguns aspectos que merecem consideração. Há necessidade de expandir a base, estimulando a criação de novos cursos, principalmente naquelas regiões e unidades da federação onde eles ainda não existe. Em termos regionais, conforme já assinalado, há escassez de cursos no Centro-Oeste e falta completa na Região Norte.

Dentre as unidades da federação, em 15 não existem cursos na área da Saúde Coletiva. Destas, sete pertencem à Região Norte, três à Região Centro-Oeste e 5 à Região Nordeste. Apenas os estados da região Sul e Sudeste apresentam pelo menos um curso em Saúde Coletiva, embora alguns sejam ainda bastante incipientes.

O fortalecimento dos cursos nota três e sua progressão para a nota quatro, bem como a progressão dos demais para patamares superiores da avaliação, também devem ser vistos como desafios para a consolidação da área. No conjunto dos cursos de todas as áreas do conhecimento apenas 4% têm nota sete, reservada para cursos com padrão internacional. Dentre as grandes áreas do conhecimento, observa-se variação de 0 a 11% de cursos com avaliação sete.

Tabela 6: Proporção dos cursos por nota segundo as grandes áreas do conhecimento, 2004-2006

Grande Área	7	6	5	4	3
Ciências Agrárias	4,06	6,77	26,86	42,21	20,09
Ciências Biológicas	7,80	14,48	26,18	35,65	15,88
Ciências da Saúde	2,32	8,12	33,19	34,35	22,03
Ciências Exatas	11,25	9,78	20,78	35,45	22,74
Ciências Humanas	4,70	7,41	25,68	37,25	24,95
Ciências Sociais Aplicadas	0,00	7,36	23,91	35,17	34,02
Engenharias	6,28	10,14	19,08	33,33	31,16
Linguística, letras e artes	1,88	6,57	32,86	36,15	22,54
Multidisciplinar	0,00	0,60	13,77	41,02	44,61
TOTAL	4,26	8,03	25,14	36,52	26,05

Fonte: CAPES. Estatísticas (2008).

A Grande Área da Saúde apresenta uma das menores proporções de cursos nota sete observada para o total dos cursos. A pequena proporção de cursos nota sete pode indicar tanto menor maturidade do campo científico quanto maior rigor no estabelecimento de critérios de avaliação. Este parece ser o caso, uma vez que a produção em ciências médicas é a mais numerosa dentre aquelas indexadas pelo Thomson Institute.

Os programas nota seis seguem a proporção observada para o total, enquanto os cursos nota cinco são mais freqüentes na Grande Área da Saúde do que no total. Os cursos nota quatro têm freqüência equivalente àquela observada para o total e os cursos nota três são um pouco menos freqüentes. A maior discrepância, portanto, está mesmo na proporção de cursos nota sete, inferior ao que seria esperado.

No interior da Grande Área da Saúde, as áreas também apresentam comportamentos diferenciados. De maneira geral, os cursos da área de Medicina I, que congrega os programas das áreas clínicas, apresentam maior proporção de notas seis e sete e menor proporção de notas três. Os cursos da área da Medicina II, que reúne os programas de Pediatria, Patologia, Psiquiatria e Doenças Infecciosas, apresentam a mais alta concentração de notas cinco e menor proporção de notas três.

Tabela 7: Proporção de cursos por nota segundo áreas do conhecimento na Grande Área das Ciências da Saúde, 2004-2006

Área	7	6	5	4	3
Educação Física	0,00	3,92	31,37	31,37	33,33
Enfermagem	0,00	4,44	24,44	35,56	35,56
Farmácia	0,00	17,39	17,39	34,78	30,43
Medicina I	4,96	12,40	32,23	33,88	16,53
Medicina II	2,70	10,14	45,27	29,73	12,16
Medicina III	2,56	2,56	32,05	39,74	23,08
Odontologia	1,46	4,38	30,66	37,23	26,28
Saúde Coletiva	3,13	9,38	32,81	34,38	20,31
Total	2,32	8,12	33,19	34,35	22,03

Fonte: CAPES. Estatísticas (2008).

A área da Saúde Coletiva apresenta distribuição dos programas bastante semelhante à distribuição total na grande área. Estas discrepâncias, como comentado anteriormente, podem refletir diferentes graus de maturidade das áreas, mas também podem ser o reflexo da inadequação dos critérios adotados para determinadas áreas.

Internacionalização

Outro desafio que se coloca para o campo da Saúde Coletiva é o processo de internacionalização dos cursos, principalmente em direção aos países africanos de língua portuguesa e países da América Latina e do Caribe. Algumas instituições já vêm desenvolvendo parcerias ou instituições latino-americanas e os programas têm recebido de forma crescente alunos oriundos dos países vizinhos, especialmente Argentina e Colômbia.

A Fiocruz já está trabalhando em Angola e Moçambique, e o programa da Universidade Federal de Pelotas tem um dos seus cursos voltados especificamente para alunos estrangeiros com financiamento do Welcome Trust, para a formação de pesquisadores em investigações sobre a trajetória de vida e seus impactos sobre a saúde (WHO, 2007; LEAL, 2008). Mas ainda há muito a fazer no sentido da internacionalização, tanto nas relações sul-sul quanto nas relações sul-norte.

A área da Saúde Coletiva ainda utiliza maneira discreta as bolsas para doutorados sanduíche e não têm uma formulação clara da posição com relação ao doutorado pleno no exterior. Embora todos considerem vantajoso para o país e para as instituições de ensino superior o intercâmbio com instituições estrangeiras, os custos e os problemas decorrentes dessa modalidade de formação exigem maior reflexão por parte dos programas e das áreas.

O crescimento da participação dos docentes e pesquisadores da Saúde Coletiva em eventos científicos no exterior tem aumentado a visibilidade da produção nacional e propiciado contatos importantes entre pesquisadores de diversos países. Neste aspecto, também a intensa participação da Abrasco e a internacionalização de seus congressos têm auxiliado a divulgação da produção nacional e posto pesquisadores brasileiros em contato com pesquisadores das melhores instituições de ensino e pesquisa no exterior.

Distribuição regional

O esforço para desconcentrar a formação pós-graduada em Saúde Coletiva teve início no *lato sensu* com os cursos descentralizados de Saúde Pública promovidos pela Escola Nacional de Saúde Pública em parceria com escolas de Saúde Pública das Secretarias estaduais de Saúde e instituições de ensino de vários estados da federação.

O Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde também promoveu inúmeros cursos de especialização em todo o país, através de parcerias com a Comissão de Epidemiologia da Abrasco, assim como a Secretaria de Assistência à Saúde promoveu cursos de especialização e capacitação de gestores para serviços e sistemas de saúde, também em parceria com a Abrasco e suas instituições afiliadas.

No campo da pós-graduação *sensu estrito*, vários mestrados e doutorados interinstitucionais foram realizados, visando a fortalecer grupos em formação para posteriormente permitir a criação de programas em unidades da federação com pequena tradição de pesquisa no campo. Paulatinamente têm sido instalados programas em novas unidades da federação, de modo a desconcentrar a formação

Mestrado profissional

O mestrado profissional é a modalidade mais nova de formação pós-graduada. Inicialmente os cursos só foram aprovados em instituições que já realizavam as

modalidades acadêmicas, buscando-se com esta medida evitar que cursos de especialização pudessem ser apresentados como mestrado.

A experiência com esses cursos ainda é relativamente pequena, mas o incentivo dado a essa modalidade tem sido grande por parte da Capes. Algumas instituições de ensino ainda apresentam restrições a esta modalidade, reduzindo assim a possibilidade de expansão. Os critérios de avaliação ainda não estão totalmente ajustados às necessidades dessa nova modalidade e os docentes acostumados aos modelos acadêmicos têm alguma dificuldade na orientação e avaliação dos trabalhos de conclusão nesses cursos.

A inexistência de veículos apropriados para a divulgação dos produtos finais e de critérios de qualificação da produção tecnológica também se mostram como desafios para a consolidação desses programas. Entretanto, o maior desafio para o mestrado profissional está na sua própria estruturação. Corre-se o risco de confundir o mestrado profissional com cursos de especialização ou de não diferenciá-los suficientemente dos programas acadêmicos, principalmente em uma área aplicada como a Saúde Coletiva, na qual boa parte da produção dos programas acadêmicos é constituída por pesquisas estratégicas visando à aplicação imediata pelos serviços de saúde e grande parte dos alunos é constituída por profissionais dos serviços que não pretendem se tornar docentes ou pesquisadores (BARATA, 2006).

Criação de cursos novos

Há um paradoxo em relação à criação de cursos novos. Como a área está relativamente consolidada, as exigências em relação aos programas novos tendem a se tornar cada vez mais seletivas, tornando mais difícil para grupos em consolidação ou em formação conseguirem a aprovação para abertura de cursos novos.

Outro aspecto que torna mais difícil a abertura de novos cursos é o curto espaço de tempo existente entre a abertura e o momento da avaliação. É relativamente pouco provável que um grupo em formação ou consolidação possa apresentar resultados bons em apenas três anos.

Finalmente, há uma idéia bastante difundida entre os docentes de instituições com pouca tradição em pesquisa, de que a forma de introduzir a pesquisa na instituição é criar um programa de pós-graduação. Este equívoco está na base do fraco desempenho de muitos dos programas existentes. Neste caso, a ordem dos fatores altera o produto e é muito mais provável que um programa apresente bom

desempenho se ele for elaborado e executado por um grupo no qual a investigação científica já está presente do que em grupos que pretendem se tornar investigadores com a criação da pós-graduação.

Conclusão

A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil, embora seja relativamente recente por comparação com outras áreas do conhecimento, apresenta nível de desenvolvimento compatível com o conjunto das áreas do conhecimento, em especial com as áreas que compõem a Grande Área da Saúde. Apesar disso, ainda enfrenta diversos problemas que necessitam da cooperação entre todos os interessados: docentes, pesquisadores e alunos, para aprimorar-se e poder efetivamente responder às necessidades do país e de sua população.

O sistema intensamente participativo instaurado pelo Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação, sob a coordenação da Abrasco, confere à Saúde Coletiva um diferencial na proposição de critérios e instrumentos de avaliação com os quais muitas áreas do conhecimento não contam. O melhor aproveitamento dessa capacidade certamente resultará na superação de muitos dos desafios aqui comentados.

Referências

BARATA, RB. Avanços e desafios do mestrado profissionalizante. In: LEAL, M.C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DO PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. (CAPES). *Cadernos de indicadores*. 2008. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DO PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. (CAPES). *Estatísticas*. 2008. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>.

CAPONI, Sandra; REBELO, Fernanda. Sobre juízes e profissões: a avaliação de um campo disciplinar complexo. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 59-82, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). *Diretório de grupos de pesquisa*. 2006. Disponível em: <<http://www.cnpq.gov.br>>.

KERR-PONTES, Lígia Regina Sansigolo; PONTES, Ricardo José Soares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; RIGOTTO, Raquel Maria; SILVA, Raimunda Magalhães da; BEZERRA FILHO,

José Gomes; KERR, Warwick Estevam. Uma reflexão sobre o processo de avaliação das pós-graduações brasileiras com ênfase na área de Saúde Coletiva. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 83-94, 2005.

HORTALE, Virgínia Alonso. Modelo de avaliação CAPES: desejável e necessário porém incompleto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1837-1840, 2003.

LEAL, Maria do Carmo. Ciência e ensino: desafios e oportunidades. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v.78, Suplemento 1, p. 90-97, 2008.

NUNES, Everardo Duarte. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 13-38, 2005.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar M. *A crise da saúde pública*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ROSSNER, Mike; EPPS, Heather Van; HILL, Emma. Show me the data. *The Journal of Experimental Medicine*, v.204, n.13, p. 3052-3053, 2007.

STEINER, João E. Qualidade e diversidade institucional na pós-graduação brasileira. *Estudos Avançados*, v.19, n.54, p. 341-365, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Bulletin of the World Health Organization*, v.85, n.12, p. 912-913, 2007

Abstract

Postgraduate Programs and the Field of Public Health

This paper presents the main characteristics of the postgraduate programs in Public Health comparing them to other areas that are part of the Larger Health Area and to the whole ensemble of domains of knowledge as defined by the Brazilian research and higher education agencies. In addition to the description of the growth of the programs, several structural and evaluation-connected aspects are analyzed. The majority of the information was assembled with data from the Capes website in its area dedicated to the evaluation of programs, after they were made available at the beginning of 2008. For comparative purposes data relative to the established research capabilities, abstracted from the 2006 census of the CNPq research groups, are presented. Some data on the area's periodicals is also presented. Finally, some of the challenges faced by the field are commented.

► **Key words:** Public Health; postgraduate programs; evaluation; intellectual production.