

Artigos Originais

Perfil de dissertações e teses de uma Pós-Graduação em Saúde Coletiva: estudo descritivo entre 2010 e 2016.

Profile of dissertations and theses of a Public Health Postgraduate: descriptive study between 2010 and 2016.

Tatiana da Silva Oliveira Mariano

¹ Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo: A Pós-Graduação em Saúde Coletiva tem papel fundamental na formação de pessoas altamente qualificadas para gestão em saúde. Este estudo teve por objetivo descrever o perfil de dissertações e teses defendidas em um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva entre 2010 e 2016. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em bases de consulta de domínio público via internet. Este estudo descreveu 132 dissertações e 40 teses. Aproximadamente 80% das defesas ocorreram dentro do prazo estipulado, as principais palavras-chave corresponderam aos assuntos mais discutidos em Saúde Coletiva, e a Ciências Sociais permaneceu como a principal área temática abordada no período estudado.. Quase a metade das dissertações e teses adotaram a abordagem quantitativa em suas análises. As pesquisadoras foram autoras da maioria das dissertações e teses, assim como as orientadoras. Entre os concluintes, 26% eram graduados em Enfermagem. Estas informações podem ser utilizadas para um diagnóstico inicial das produções acadêmicas do programa contribuindo para a elaboração de parâmetros e medidas de acompanhamento do modelo atual de pesquisa.

Palavras-chaves: Programas de Pós-Graduação em Saúde; Saúde Pública; Comunicação Acadêmica

Abstract: The Public Health Postgraduate has a fundamental role training highly qualified people for health management. This study aimed to describe the profile of dissertations and theses defended in a Public Health Postgraduate Program between 2010 and 2016. This is a bibliographical research on data bases in public domain by Internet. This study described 132 dissertations and 40 theses. About 80% of the defenses occurred within the stipulated deadline, the main keywords corresponded to the subjects most discussed in Public Health, and the Social Sciences theme remained the main subject during the period studied.. Almost half of dissertations and theses adopted the quantitative approach. The female researchers were the authors of most dissertations and theses, as well as female counselors. Among the graduates, 26% were graduates in Nursing. This information can be used for an initial diagnosis of the academic productions of the program contributing to the elaboration of parameters and accompanying measures of the current research model.

Keywords: Health Postgraduate Programs; Public Health; Scholarly Communication.

1. Introdução

A Saúde Coletiva é um campo do conhecimento recente, e por isso, ainda há confusão quanto suas diferenças da Saúde Pública. Esta última trabalha com o conceito de saúde como ausência de doenças, focando em ações isoladas de vigilância epidemiológica, sanitária e programas especiais como o Programa Nacional de Imunização; enquanto a Saúde Coletiva tem por objeto as necessidades sociais em saúde para melhorar a qualidade de vida e "prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo, e a gestão democrática"¹.

Ao recordar o início da prática pedagógica em Saúde Coletiva no Brasil, observamos seu acelerado crescimento durante o século XX. Impulsionada pelas relações econômicas e ideológicas do Estado vigente, se institucionaliza a primeira manifestação do ensino formal da Saúde Pública brasileira, em 1918, quando foi criado o Departamento do Higiene junto à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1924, foi oficializado o Instituto de Higiene; e

sete anos depois, o reconhecimento do Instituto de Higiene e Saúde Pública. Em 1945, adota-se este instituto como faculdade em São Paulo; e em 1954, cria-se a Escola Nacional de Saúde Pública. Na década seguinte, inicia-se a Pós-Graduação em Saúde Pública no Brasil²⁻⁴. Este crescimento ocorreu concomitante às mudanças econômicas, políticas e ideológicas no mundo, que provocaram questionamentos sobre o contexto sócio-político-econômico das práticas sanitárias^{2,3}.

Para entender a Saúde Coletiva, é necessário discutir os movimentos da Medicina Preventiva e Saúde Comunitária, que surgiram em resposta à uma crise da prática médica. A Medicina Preventiva previu uma reforma na organização pedagógica do curso de medicina buscando a visão biopsicossocial do indivíduo; já a Saúde Comunitária visou atividades assistenciais em comunidades carentes contribuindo para a expansão da cobertura assistencial¹. Estes movimentos ocorreram nos países latino-americanos nos anos 1960 e 1970, e induziram uma reflexão crítica trazendo a questão social para o campo da saúde. No final da década de 1970, o primeiro Encontro Nacional de Cursos de Pós-Graduação de Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública adotou a expressão "Saúde Coletiva", e em 1979 fundou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva¹.

A Pós-Graduação em Saúde Coletiva tem papel fundamental na formação de pessoas altamente qualificadas para gestão em saúde. Estes profissionais agrupam tecnologias sociais, de informação, gestão, e formulação de políticas para valorizar os diferentes níveis de formação e assegurar o aperfeiçoamento dos projetos mais adequados às situações em saúde⁵. No Brasil, existem 149 Instituições de Ensino Superior (IES) ativas para Pós-Graduação *Lato Sensu* e 54 IES para Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Atualmente, estas últimas estão localizadas em 21 estados brasileiros, com 126 cursos e 91 programas de Saúde Coletiva⁶. Segundo Barata⁷, houve um amadurecimento da área com maior número de programas com avaliação "ótimo" e "excelente" pela CAPES, e estes se concentraram em universidades públicas⁷. Esta característica pode estar relacionada ao fato de a Saúde Coletiva ser eminentemente voltada às necessidades sociais em saúde e atuação do Estado, o que pode ser considerado de pouca relevância para instituições com fins lucrativos⁷.

Segundo a mesma autora, entre 1996 e 2006, o número de inscritos aumentou com crescimento anual de 13% para mestrado e 17% para doutorado⁷. Em 2006, existiam 593 grupos de pesquisa com pelo menos uma linha de pesquisa em Saúde Coletiva; já em 2016, a grande área de conhecimento Ciências da Saúde produziu 5.877 grupos de pesquisas (15,6% do total geral), e a sua área de conhecimento Saúde Coletiva 1.079 grupos de pesquisas (2,9% do total geral) ocupando o oitavo lugar entre as áreas mais produtivas em pesquisas no país^{7,8}.

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil das dissertações e teses defendidas em um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva entre 2010 e 2016.

2. Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, realizada através do procedimento técnico de levantamento de publicações em bases de consulta de domínio público via internet.

O período foi escolhido devido 2010 ser o primeiro ano de defesas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na instituição estudada; e 2016, o último ano com todas as dissertações e teses disponíveis no sistema institucional de domínio público⁹. As coletas foram realizadas durante o mês de julho de 2018.

Primeiro, foi extraída a lista de egressos de 2010 a 2016 do Sistema de Acompanhamento de Egressos¹⁰. Em seguida, identificadas as dissertações e teses no repositório institucional, e realizada a conferência dos nomes dos autores. Foi estendida a pesquisa até o ano de 2017 pela possibilidade de atrasos no registro das dissertações e teses defendidas no ano de 2016, o que foi comprovado posteriormente.

Foi observado um certo número de dissertações, do ano de 2010, computadas no antigo Programa de Saúde Pública - o qual foi extinto a partir de 2009 para dar lugar ao atual Programa

de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Isto ocorreu porque houve divergência de informações entre as bases de dados de ingressos/egressos e repositório. No sistema de egressos, os alunos ingressos/egressos em 2008/2010 foram registrados como Saúde Coletiva - porém, no repositório constavam como Saúde Pública. Assim, ampliou-se a verificação para ingressos de 2008 a 2015. Os alunos egressos do doutorado constavam como de Saúde Coletiva porque o curso de doutorado somente foi oferecido em Saúde Coletiva. Todas as listas (ingressos, egressos e repositório) foram confrontadas e realizada a conferência entre os nomes dos autores e suas monografias para confirmação da totalidade de dissertações e teses produzidas entre 2010 e 2016.

Para a coleta das variáveis, foram lidos os resumos das dissertações e teses, e extraídas as seguintes informações: curso (Mestrado e Doutorado), sexo do pesquisador e orientador (feminino e masculino), área temática (Ciências Sociais, Epidemiologia e Gestão), linhas de pesquisa (Saúde Mental; Bioética e Saúde Coletiva; Violência e Saúde Coletiva; Atenção Primária à Saúde e Práticas Integrativas e Complementares; Dependência Química álcool e outras drogas; Aspectos sociológicos do corpo, das relações de gênero e dos grupos sociais na área da saúde; Epidemiologia das doenças não transmissíveis; Desigualdades Sociais em Saúde; Epidemiologia do Envelhecimento; Epidemiologia das doenças transmissíveis; Epidemiologia da Saúde Bucal; Farmacoepidemiologia; e Avaliação em Saúde), até cinco palavras-chave do resumo, abordagem de pesquisa (qualitativo; quantitativo; e qualiquantitativo) e instrumentos (banco de dados; análise documental; entrevistas; revisão sistemática; questionário; observação e oficinas).

Posteriormente, foram acessados os Currículos Lattes dos autores e autoras das dissertações e teses, para busca da graduação dos mesmos, visto que é uma condição obrigatória para a realização de Pós-Graduação *Stricto Sensu*¹¹.

Para a classificação das palavras-chave foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Este vocabulário serve como uma linguagem única na indexação de materiais científicos e são organizados de maneira hierárquica permitindo a execução de pesquisa em termos mais amplos ou específicos¹². Para a categoria Saúde Pública são organizados 3.527 descritores com atualização anual. As palavras-chave dos resumos de monografias e artigos científicos devem ser compatíveis com os DeCS para devida indexação do material científico. No presente estudo foram registradas 474 palavras-chave, e constatada a necessidade de reclassificação de algumas palavras-chave devido incompatibilidade com DeCS. Como exemplo, temos as palavras-chave "Atenção Básica" que foi reclassificada para "Atenção Primária à Saúde"; "Saúde Coletiva" para "Saúde Pública"; "desigualdades em saúde" e "desigualdades socioeconômicas" foram reclassificadas para "disparidades nos níveis de saúde"; "estudo de base populacional" e "estudo epidemiológico" para "estudos transversais"¹².

Foram realizadas análises descritivas com apresentação de percentuais e representação em gráficos com apoio do programa Microsoft Excel® 2010.

Segundo portaria específica, todas as dissertações e teses foram obrigatoriamente publicadas pela Biblioteca Universitária, tanto na versão impressa quanto digital, após assinatura do Termo de autorização para publicação digital/*on line* de dissertações e teses¹³. Os Currículos Lattes são de acesso ao público e neles constam informações fornecidas pelos pesquisadores sobre sua formação acadêmica e científica¹¹. O presente estudo dispensou parecer do Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar informações de acesso e domínio público¹⁴.

3. Resultados

Foram registradas 173 monografias (133 dissertações e 40 teses) defendidas por 169 pesquisadores (127 do sexo feminino e 42 do sexo masculino) de 2010 a 2016. Somente uma dissertação não estava disponível na base de dados e quatro alunos (três do sexo feminino e um do sexo masculino) realizaram mestrado e doutorado neste programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva durante o período de estudo, totalizando 172 monografias analisadas.

No ano de 2012 ocorreu o maior percentual de defesas de mestrado e no ano de 2013 as defesas de doutorado. No ano de 2013 também ocorreu o maior número total de defesas no período estudado (Tabela 1 e Figura 1). A maioria das defesas (83% das dissertações e 77% das

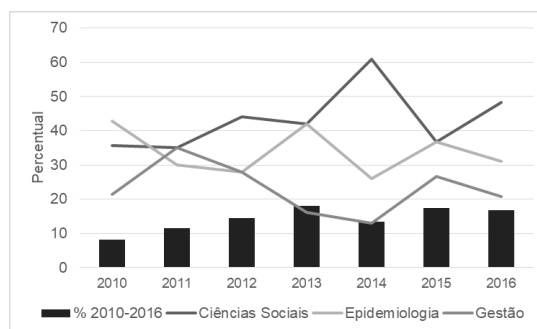
teses) ocorreu no período máximo estipulado de conclusão – 24 meses para mestrado e 48 meses para doutorado, conforme Tabela 1.

Tabela 1- Dissertações e teses segundo ano de ingresso e defesa entre 2008 e 2016.

ANO DE INGRESSO	ANO DE DEFESA							TOTAL (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	
MESTRADO								
2008	14 (73,68)	4 (21,05)	-	-	-	-	-	18 (13,64)
2009	-	16 (88,89)	2 (11,11)	-	-	-	-	18 (13,64)
2010	-	-	21 (84,00)	4 (16,00)	-	-	-	25 (18,94)
2011	-	-	-	17 (77,27)	5 (22,73)	-	-	22 (16,67)
2012	-	-	-	-	11 (64,71)	6 (35,29)	-	17 (12,88)
2013	-	-	-	-	-	13 (56,52)	10 (43,48)	23 (17,42)
2014	-	-	-	-	-	1 (11,11)	8 (88,89)	9 (6,82)
Subtotal	14 (10,61)	20 (15,15)	23 (17,42)	21 (15,91)	16 (12,12)	20 (15,15)	18 (13,64)	132 (100,00)
DOCTORADO								
2009	-	-	2 (16,67)	8 (66,67)	2 (16,67)	-	-	12 (30,00)
2010	-	-	-	2 (20,00)	4 (40,00)	3 (30,00)	1 (10,00)	10 (25,00)
2011	-	-	-	-	-	7 (87,50)	1 (12,50)	8 (20,00)
2012	-	-	-	-	1 (10,00)	-	9 (90,00)	10 (25,00)
Subtotal	-	-	2 (5,00)	10 (25,00)	7 (17,50)	10 (25,00)	11 (27,50)	40 (100,00)
TOTAL	14 (8,14)	20 (11,63)	25 (14,53)	31 (18,02)	23 (13,37)	30 (17,44)	29 (16,86)	172 (100,00)

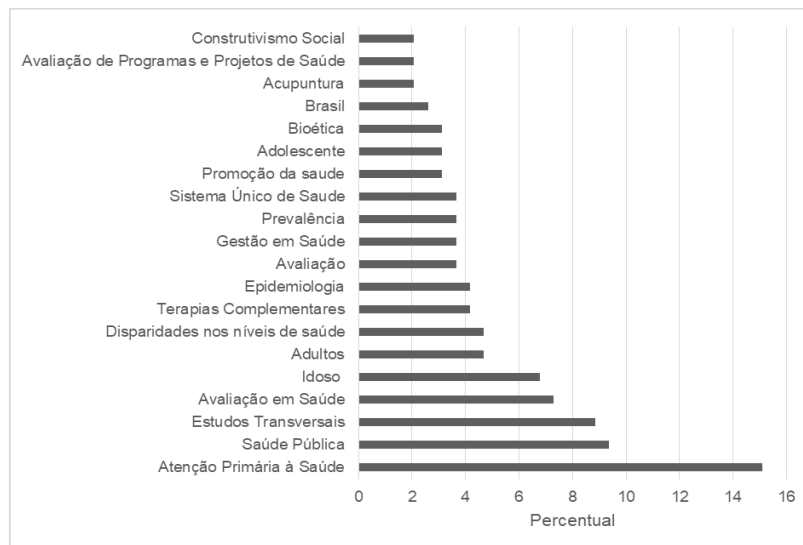
A área temática Ciências Sociais obteve o maior percentual de defesas durante o período, seguido por Epidemiologia e Gestão, como mostram a Figura 1, Tabelas 2 e 3.

Figura 1- Percentual de dissertações e teses segundo área temática e ano de publicação entre 2010 e 2016.



A Figura 2 mostra as vinte principais palavras-chave utilizadas nos estudos, os três maiores percentuais foram "Atenção Primária à Saúde", "Saúde Pública" e "Estudos Transversais", respectivamente.

Figura 2- Percentual proporcional entre as vinte palavras-chave mais utilizadas em dissertações e teses entre 2010 e 2016.



Os orientadores apresentaram a mesma composição de mulheres e homens (14 orientadoras e 14 orientadores) que orientaram 88 (51%) e 84 (49%) estudos, respectivamente. Entre as dissertações e teses de orientadoras, 80% foram de pesquisadoras, enquanto que entre orientadores 70% foram de pesquisadoras.

A Tabela 2 evidencia a proporção de defesas conforme linhas de pesquisa dentro de cada área temática. Na área de Ciências Sociais, as três linhas de pesquisa com maior percentual de dissertações e teses foram Saúde Mental (20%), Bioética (19%) e Violência (19%). Na seguinte, Epidemiologia, foram as linhas de Doenças não-transmissíveis (45%), Desigualdades Sociais em Saúde (22%) e Envelhecimento (15%). E por último, Gestão com a única linha de pesquisa Avaliação em Saúde representou 23% do total.

Tabela 2- Dissertações e teses segundo linhas de pesquisa entre 2010 e 2016.

LINHAS DE PESQUISA	MESTRADO	DOCTORADO	TOTAL	%	%
CIÊNCIAS SOCIAIS					
Saúde Mental	13	2	15	20,00	8,72
Bioética e Saúde Coletiva	12	2	14	18,67	8,14
Violência e Saúde Coletiva	9	5	14	18,67	8,14
Atenção Primária à Saúde e Práticas Integrativas e Complementares	9	2	11	14,67	6,40
Dependência Química álcool e outras drogas	8	3	11	14,67	6,40
Aspectos sociológicos do corpo, das relações de gênero e dos grupos sociais na área da saúde	8	2	10	13,33	5,81
Subtotal	59	16	75	100,0	43,60
EPIDEMIOLOGIA					
Epidemiologia das doenças não transmissíveis	20	6	26	44,83	15,12
Desigualdades Sociais em Saúde	11	2	13	22,41	7,56
Epidemiologia do Envelhecimento	6	3	9	15,52	5,23
Epidemiologia das doenças transmissíveis	5	1	6	10,34	3,49
Epidemiologia da Saúde Bucal	2	1	2	3,45	1,16
Farmacoepidemiologia	1	1	1	1,72	0,58
Subtotal	45	13	58	100,0	33,72
GESTÃO					
Avaliação em Saúde	28	11	39	22,67	22,67
TOTAL	132	40	172	100,0	100,0

As proporções das abordagens de pesquisa (qualitativa, quantitativa e quali quantitativa) foram registradas na Tabela 3 segundo parâmetros do estudo: curso, sexo do pesquisador e orientador, área temática, instrumento, ano de defesa e graduação do pesquisador. Houve maior representatividade da abordagem quantitativa em dissertações e teses. As pesquisadoras e orientadoras participaram em maior número de estudos e predomínio na abordagem quantitativa (48% em ambas). Entre os pesquisadores e orientadores, as abordagens qualitativa e quantitativa apresentaram quase a mesma proporcionalidade. Houve proporções diferentes entre as áreas temáticas: na Ciências Sociais, qualitativa (63%); na Epidemiologia, quantitativa (96%); e na Gestão, quali quantitativa (64%). Entre as abordagens qualitativa, quantitativa e quali quantitativa, se destacam os instrumentos entrevistas (81%), banco de dados (98%), e oficinas (71%), respectivamente. Nos anos de defesa 2011 e 2014, houve maior percentual de estudos qualitativos; nos anos 2010, 2013, 2015 e 2016, estudos quantitativos; e somente no ano 2012, predominaram as abordagens quali quantitativas.

Tabela 3- Dissertações e teses segundo abordagens de pesquisa de acordo com parâmetros selecionadas entre 2010 e 2016. Continua

PARÂMETROS	ABORDAGEM						TOTAL	%
	QUALI	%	QUANTI	%	QUALI QUANTI	%		
CURSO								
Mestrado	46	34,85	60	45,45	26	19,70	132	76,74
Doutorado	11	27,50	18	45,00	11	27,50	40	23,26
PESQUISADOR								
Feminino	41	31,54	62	47,69	27	20,77	130	75,58
Masculino	16	38,10	16	38,10	10	23,81	42	24,42
ORIENTADOR								
Feminino	22	25,00	42	47,73	24	27,27	88	51,16
Masculino	35	41,67	36	42,86	13	15,48	84	48,84
ÁREA TEMÁTICA								
Ciências Sociais	47	62,67	17	22,67	11	14,67	75	43,60
Epidemiologia	1	1,72	56	96,55	1	1,72	58	33,72
Gestão	9	23,08	5	12,82	25	64,10	39	22,67
INSTRUMENTO								
Banco de dados	-	0,00	54	98,18	1	1,82	55	31,98
Análise documental	16	47,06	3	8,82	15	44,12	34	19,77
Entrevistas	25	80,65	2	6,45	4	12,90	31	18,02
Revisão Sistemática	5	20,83	13	54,17	6	25,00	24	13,95
Questionário	3	25,00	5	41,67	4	33,33	12	6,98
Observação	7	77,78	-	0,00	2	22,22	9	5,23
Oficinas	1	14,29	1	14,29	5	71,43	7	4,07
ANO DE DEFESA								
2010	3	21,43	8	57,14	3	21,43	14	8,14
2011	9	45,00	7	35,00	4	20,00	20	11,63
2012	6	24,00	9	36,00	10	40,00	25	14,53
2013	11	35,48	15	48,39	5	16,13	31	18,02
2014	15	65,22	7	30,43	1	4,35	23	13,37
2015	4	13,33	16	53,33	10	33,33	30	17,44
2016	9	31,03	16	55,17	4	13,79	29	16,86
GRADUAÇÃO								
Enfermagem	16	35,56	24	53,33	5	11,11	45	26,16
Medicina	5	26,32	11	57,89	3	15,79	19	11,05
Nutrição	8	42,11	8	42,11	3	15,79	19	11,05
Odontologia	2	13,33	6	40,00	7	46,67	15	8,72
Psicologia	8	53,33	4	26,67	3	20,00	15	8,72
Farmácia	6	42,86	3	21,43	5	35,71	14	8,14
Fisioterapia	2	20,00	4	40,00	4	40,00	10	5,81
Educação Física	-	0,00	9	100,00	-	0,00	9	5,23
Não determinado	2	22,22	3	33,33	4	44,44	9	5,23
Naturologia	3	60,00	1	20,00	1	20,00	5	2,91
Ciências Biológicas	2	66,67	-	0,00	1	33,33	3	1,74
Serviço Social	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3	1,74
Bioquímica	-	0,00	2	100,00	-	0,00	2	1,16
Administração	1	100,00	-	0,00	-	0,00	1	0,58
Direito	1	100,00	-	0,00	-	0,00	1	0,58
Fonoaudiologia	-	0,00	1	100,00	-	0,00	1	0,58
Veterinária	-	0,00	1	100,00	-	0,00	1	0,58
TOTAL	57	33,14	78	45,35	37	21,51	172	100,00

4. Discussão

Este estudo descreveu 172 monografias (132 dissertações e 40 teses) entre 2010 e 2016. Durante o período, a maioria das defesas ocorreu dentro do prazo estipulado, as principais palavras-chave corresponderam aos assuntos mais discutidos em Saúde Coletiva, e Ciências Sociais permaneceu como a principal área temática abordada no período estudado, assim como as linhas de pesquisa Avaliação em Saúde, Epidemiologia das doenças não-transmissíveis e Saúde Mental, respectivamente. Quase a metade das dissertações e teses adotaram a abordagem quantitativa em suas análises. Para a Ciências Sociais, predominou a abordagem qualitativa que utilizou em maior proporção entrevistas e observações; para a Epidemiologia, predominou a abordagem quantitativa que priorizou em grande parte o uso de banco de dados; e na Gestão, predominou a abordagem qualiquantitativa que priorizou as oficinas. As pesquisadoras foram autoras da maioria das dissertações e teses, assim como as orientadoras. Entre os concluintes, mais de um quarto eram graduados em Enfermagem.

Entre 1996 e 2006, o tempo médio de titulação em Saúde Coletiva caiu de 41 meses para 26 meses no mestrado; e de 63 meses para 41 meses no doutorado⁷. Esta queda provocou aumento no número de alunos formados (de 171 mestres e 80 doutores em 1996 para 528 mestres e 190 doutores em 2006, anualmente), porém esta estratégia foi alvo de críticas pelo prazo considerado exíguo para a formação teórica e metodológica exigida⁷. Atualmente, se aplica uma exigência de tempo de defesa – mínimo de 12 e máximo de 24 meses para o mestrado; mínimo de 18 e máximo de 48 meses para o doutorado - no entanto, este prazo pode ser ajustado conforme solicitação do pesquisador e orientador ao colegiado do Programa de Pós-Graduação¹⁵. Em um estudo realizado por Hortale e Moreira¹⁶, sobre as auto avaliações nos programas de Saúde Coletiva, dos cinco programas que obtiveram conceito CAPES 4, dois destacaram a diminuição da duração média de titulação entre seus objetivos; e entre os 12 de conceito CAPES 3, cinco estipularam como metas o aumento no número de dissertações defendidas e diminuir o tempo de titulação. Segundo os autores, os programas adotaram as seguintes estratégias para reduzir o tempo de titulação: escolha precoce do orientador, apresentação da proposta de trabalho no processo de seleção, oficinas de publicação, e elaboração de artigos científicos como forma de avaliação das disciplinas¹⁶. No presente estudo, cerca de 83% das defesas de mestrado e 77% das defesas de doutorado ocorreram dentro do prazo máximo estipulado pelo programa. As estratégias verificadas no estudo anterior¹⁶, já são adotadas pelo programa atualmente.

Para melhor descrição das palavras-chave, houve necessidade de revisão das mesmas devido algumas não corresponderem aos DeCS previstos para indexação do material científico. Assim, "Saúde Coletiva" foi reclassificada para "Saúde Pública" (apesar de conceitualmente a última ser diferente da primeira), a primeira não é um descritor¹². O termo "Atenção Básica" foi reclassificado para "Atenção Primária à Saúde" por não ser um descritor¹². Atenção Primária à Saúde foi o tema mais abordado entre as produções acadêmicas do programa desde a sua criação até 2016. Isto vai ao encontro da origem e consolidação da Saúde Coletiva no Brasil. A Saúde Coletiva cresce, a partir do final dos anos 60, diante da insatisfação das explicações teórico-conceituais sobre o processo saúde-doença, deterioração das condições sanitárias da população, e um modelo de atenção à saúde seletivo que deixava à margem dos cuidados sanitários grande parte da população.

No processo de democratização do país, a reorganização dos serviços básicos se inscreveu no projeto de Reforma Sanitária que defendeu a unificação do Sistema Nacional de Saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (Atenção Primária à Saúde), representado pelas Unidades Básicas de Saúde. Assim, os sanitaristas atuantes na Saúde Coletiva participaram de forma decisiva no Movimento da Reforma Sanitária brasileiro e na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷. Nos anos 90, o foco passou ser o aprimoramento do SUS, que tem na Atenção Primária à Saúde a base do novo modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro e refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas¹⁸.

As orientadoras se destacaram pelo maior número de estudos sob sua orientação, apesar do programa ter apresentado o mesmo número de orientadores (14/14). A relação entre sexo dos pesquisadores e orientadores segundo proporcionalidade e adoção de abordagens de pesquisa

específicas é obscura, porém pode ter relação com a linha de pesquisa pleiteada pelos pesquisadores e pesquisadoras.

Segundo Barata⁷, as áreas de Ciências Sociais e Gestão em Saúde são prejudicadas pelo baixo número de indicadores bibliométricos indexados comparados aos da Epidemiologia, o que reflete na maior facilidade de divulgação em periódicos com fatores de impacto mais altos. Esta informação pode ser corroborada pelo estudo de Carvalho *et al*¹⁹ que realizaram uma análise comparativa do perfil de produção entre os dois periódicos científicos brasileiros mais importantes da área de Saúde Coletiva – Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública- e evidenciou que de 1996 a 2003 a Epidemiologia, Gestão e Ciências Sociais representaram 45%, 19% e 6% na primeira; e, 57%, 8%, 3%, na segunda, respectivamente. Apesar desta dificuldade de publicação, de 2010 a 2016, a área temática da Ciências Sociais permaneceu com maior proporção de defesas – e, desde 2012 o segundo lugar passou a ser ocupado pela Epidemiologia. Este fato pode estar ligado ao número elevado de linhas de pesquisa na Ciências Sociais comparado às outras áreas temáticas, e assim, maior disponibilidade de vagas.

Cada área temática apresenta diferentes tradições de produção científica, bem como instrumentos utilizados. Foi evidenciado que na Ciências Sociais, a abordagem qualitativa predominou (63%) e as monografias classificadas nesta abordagem utilizaram entrevistas em 81% das defesas; na Epidemiologia, a quantitativa se destacou (96%) e as monografias quantitativas utilizaram banco de dados em 98%; e na Gestão, a abordagem qualiquantitativa foi a mais utilizada (64%) e oficina (71%) foi o seu instrumento de destaque. A Saúde Coletiva “ampliou sua prática discursiva e comunicativa do modo a promover maior diálogo entre as disciplinas mestras”⁵. Assim, a transdisciplinaridade tão valorizada na Saúde Coletiva ganha espaço e consolidação. Porém, sua maior virtude acaba sendo um desafio para a avaliação dos programas com o objetivo final de valorizar todas as formas de produção existentes no campo, respeitando as tradições de cada área⁷.

Segundo Ribeiro e Cunha²⁰, as principais motivações para ingressar em um programa de Saúde Coletiva foram: iniciar a docência no ensino superior, ampliar os conhecimentos em pesquisa e ampliar os conhecimentos em Saúde Coletiva. Estas podem ser possíveis justificativas para o maior número de defesas terem ocorrido no ano de 2013, devido a maior divulgação do programa e aumento no número de vagas em comparação aos anos anteriores.

Apesar da dificuldade de dimensionar a diversidade de profissionais que demandam aos cursos de Saúde Coletiva, levantamentos localizados mostram que profissionais da grande área da Saúde ocupam os primeiros lugares como médicos, enfermeiros, psicólogos e odontólogos; mas também há economistas, advogados e educadores - “administrar essa ampla porta de entrada sem perder a história e a cultura do campo sempre foi um grande desafio para a Saúde Coletiva”⁵. Num estudo sobre o perfil de egressos da área de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Gomes e Goldenberg²¹ – obtiveram dados de 5.327 egressos de 29 programas, e evidenciaram que em 2007, cerca de 61% tinham graduação na grande área da Ciências da Saúde. No programa em estudo, houve mais de um quarto de graduados em Enfermagem entre seus pesquisadores e pesquisadoras, seguidos pela Medicina, Nutrição e Odontologia.

Apesar da Saúde Coletiva ser um campo consolidado de formação de pesquisadores, ainda enfrenta desafios como a delimitação mais precisa do campo, internacionalização, distribuição regional, criação de novos cursos, entre outros⁷. A delimitação do campo é um grande problema porque muitos pesquisadores tendem a definir o campo científico pelo método de investigação e não pelo objeto investigado⁷. Como a Saúde Coletiva adota como um dos principais pilares o estudo da historicidade e complexidade dos determinantes sociais em saúde e suas respostas sociais na coletividade, a transdisciplinaridade acaba “diluindo” os limites de atuação do campo; e assim, confundida com um campo eclético⁷. Este problema acaba refletindo a pequena proporção de programas com nota sete pela CAPES – apesar do evidente crescimento nos últimos anos – que usa como um dos parâmetros a publicação em periódicos internacionais. A produção científica de países periféricos, incluindo Portugal e Espanha, encontram barreiras de divulgação seja pelo idioma ou preconceito de editores e revisores⁷. Contudo, entre 2001 e 2004, houve aumento de 51% na produção veiculada em periódicos Qualis Internacional A/B e sugere aumento em todas as demais categorias na área de Saúde Coletiva²².

5. Conclusão

A Saúde Coletiva fundamenta-se na transdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde. Entre seus desafios temos a dificuldade em harmonizar as abordagens qualitativas, quantitativas e quali quantitativas quando espaço, tempo e pessoa são partes integrantes dos processos históricos e sociais de cada coletividade.

Nesta pesquisa sobre as dissertações e teses defendidas, a maioria dos alunos cumpriu seu prazo de titulação. Houve divergências entre palavras-chave e os DeCS nos resumos das dissertações e teses, e estes foram reclassificados pela autora da pesquisa. As principais palavras-chave corresponderam aos assuntos mais abordados em Saúde Coletiva: Atenção Primária à Saúde e Saúde Pública. Houve predominância de estudos quantitativos, no entanto, a área temática Ciências Sociais apresentou-se como a principal área pesquisada no período analisado. Apesar da dificuldade de publicação em periódicos da grande área da Saúde, estudos em Ciências Sociais se encontram em crescimento e valorização no meio científico.

Estas informações podem ser utilizadas para um diagnóstico inicial das produções acadêmicas do programa contribuindo para elaboração de parâmetros e medidas de acompanhamento do modelo atual de pesquisa do programa.

6. Referências Bibliográficas

1. Souza, LEPF. Saúde Pública ou Saúde Coletiva?. Revista Espaço para a Saúde 2014; 5(4):07-21.
2. Nunes ED. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. Cien Saude Colet 1996; 1(1):55-69.
3. Nunes, ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2005; 15(1):13-38.
4. Ferreira, J; Cunha, CLF; Bastos, LL. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2015; 6(2):1254-66.
5. Minayo, MCS. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. Cien Saude Colet 2010; 15(4):1897-1907.
6. Brasil. Ministério da Educação. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em 20.06.2018.
7. Barata, RB. A pós-graduação e o campo da Saúde Coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2008;18(2):189-214.
8. Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil Lattes. Censo 2016. <http://lattes.cnpq.br/web/dgp>. Acesso em 02.07.2018.
9. Universidade Federal de Santa Catarina. Repositório Institucional. Biblioteca Universitária. Teses e Dissertações. <http://repositorio.ufsc.br>. Acesso em 20.06.2018.
10. Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Ensino de Graduação. Sistema de Acompanhamento de Egressos. <http://egressos.sistemas.ufsc.br>. Acesso em 20.06.2018.
11. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Plataforma Lattes. <http://lattes.cnpq.br>. Acesso em 07.07.2018.
12. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual. Descritores em Ciências da Saúde. <http://decs.bvs.br>. Acesso em 02.07.2018.
13. Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Portaria Normativa nº 01, de 09 de março de 2018. Dispõe sobre os procedimentos para a elaboração e a entrega de dissertação ou tese na Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina. Boletim Oficial da Universidade Federal de Santa Catarina, Gabinete da Reitoria, Florianópolis, SC, 14 mar. 2018.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os

- existentes na vida cotidiana. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016.
15. Universidade Federal de Santa Catarina. Conselho Universitário. Resolução nº 95, de 04 de abril de 2017. Dispõe sobre a pós-graduação stricto sensu na Universidade Federal de Santa Catarina. Boletim Oficial da Universidade Federal de Santa Catarina, Gabinete da Reitoria, Florianópolis, SC, 03 maio. 2017.
 16. Hortale, VA; Moreira, COF. Auto avaliação nos programas de pós-graduação na área da saúde coletiva: características e limitações. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):223-33.
 17. Nunes, ED; Ferreto, LE; Barros, NF. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1934-2010.
 18. Giovanella, L; Mendonça, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
 19. Carvalho, L et al. *Cad Saude Publica* 2007; 23(12):3023-30.
 20. Ribeiro, ML; Cunha, MI. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* 2010; 14(32):55-68.
 21. Gomes, MHA; Goldenberg, P. Retrato quase sem retoques dos egressos dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1998-2007. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1989-2005.
 22. Barros, A. Produção científica em Saúde Coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. *Rev Saude Publica* 2006; 40:43-49.

Artigo Recebido: 10.01.2019

Aprovado para publicação: 11.12.2019

Tatiana da Silva Oliveira Mariano

Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Medicina.

Campus Universitário, Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade,
88036800 - Florianópolis, SC - Brasil

Telefone: (48) 37219536

Email: t.s.oliveira@ufsc.br
