

## PANORAMA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL ENTRE 2008 E 2014

PANORAMA OF UNDERGRADUATE COLLECTIVE HEALTH COURSES IN BRAZIL BETWEEN 2008 AND 2014

PANORAMA DE LOS CURSOS DE PREGRADO EN SALUD COLECTIVA EN BRASIL ENTRE 2008 Y 2014

Jéssica Janai Santos Meneses<sup>1</sup>

Monaise Madalena Oliveira e Silva<sup>2</sup>

Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos<sup>3</sup>

Guilherme de Sousa Ribeiro<sup>4</sup>

**Resumo** A partir de 2008, criaram-se vários cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil. Publicações prévias descreveram processo de abertura, perfil dos alunos e experiências vivenciadas por esses cursos. Apresentamos aqui um perfil geral dos cursos abertos entre 2008 e 2014. As informações foram obtidas por meio da Coordenação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e das páginas eletrônicas institucionais dos cursos. No período estudado, houve expressiva expansão no número de cursos de graduação em saúde coletiva no país; a oferta de novas vagas cresceu seis vezes e formaram-se 285 bacharéis em saúde coletiva. No início de 2014, existiam 18 cursos em funcionamento (17 no setor público), totalizando 2.532 estudantes matriculados. Se a formação pós-graduada em saúde coletiva predomina no Sudeste, os cursos de graduação estão bem distribuídos no país, ainda que seja necessária maior expansão para responder às demandas do Sistema Único de Saúde. Embora as orientações formativas desses cursos sejam semelhantes, suas nomenclaturas exibem divergências. Entre os desafios para maior consolidação dos cursos de graduação em saúde coletiva como modalidade formativa estão as necessidades de diretrizes curriculares nacionais, manutenção da expansão dos cursos, reconhecimento profissional do egresso e maior incorporação do bacharel em saúde coletiva no mercado de trabalho.

**Palavras-chave** saúde coletiva; graduação; Sistema Único de Saúde.

**Abstract** Several undergraduate programs in public health have been created in Brazil since 2008. Previous publications have described the opening process, the student profile, and the experiences these courses have had. Here we present a general profile of courses that were opened between 2008 and 2014. The information was obtained from the Brazilian Association of Public Health's Undergraduate Forum in Public Health Coordination and from the courses' institutional homepages. During the study period, there was a significant increase in the number of undergraduate programs in public health in the country; new job openings grew sixfold, and 285 people got bachelors degrees in public health. In early 2014, there were 18 courses in operation (17 in the public sector), with a total of 2,532 students enrolled. While graduate-level training in public health predominates in the Southeast, undergraduate courses are well spread in the country, although there is a need for further expansion to meet the Unified Health System's demands. Although these courses' training guidelines are similar, there are differences in their nomenclatures. The challenges to be faced in the further consolidation of undergraduate courses in public health as a training modality include the needs of the national curriculum guidelines, the continued expansion of the courses, the professional recognition of the graduates, and their greater incorporation into public health in the labor market.

**Keywords** public health; undergraduate courses; Unified Health System.

## Introdução

As primeiras discussões sobre a possibilidade de criação de cursos de graduação em saúde coletiva (CGSCs) no Brasil foram iniciadas na década de 1990, apoiadas pelo reconhecimento da necessidade de se antecipar a formação de sanitaristas de modo a atender a um mercado de trabalho em reconfiguração, como consequência da reestruturação do modelo de atenção à saúde do país (Teixeira, 2003). A demanda por novos profissionais sanitaristas surgia, então, como resultado de processos sociais e políticos iniciados no país na década de 1970, como o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a institucionalização do campo da saúde coletiva, culminando com a universalização do acesso à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (Fleury, 2009; Paim, 2009; Fonseca, 2006; Paiva e Teixeira, 2014).

Ao longo desse período, a saúde coletiva ganhou relevo no Brasil como campo científico e âmbito de práticas (Paim e Almeida-Filho, 1998), tendo conquistado dois importantes espaços na formação de profissionais da saúde: um por meio da inserção de conteúdos específicos de saúde coletiva nas graduações da área da saúde, reafirmada em suas diretrizes curriculares mais recentes; e outro por meio do ensino pós-graduado em saúde coletiva. Não obstante a relevância da conquista desses dois espaços, alguns limites podem ser apontados. No primeiro caso, ainda se observa nos cursos de graduação na área da saúde uma carência de formação interdisciplinar, orientada para a saúde e para promoção da saúde, que se contraponha ao modelo biomédico, presente nas práticas profissionais e pedagógicas de muitos desses cursos. Tal situação fragiliza a formação em saúde coletiva, mantendo seu lugar marginal no perfil dos egressos das graduações da área da saúde. No segundo caso, observa-se uma formação longa e socialmente custosa (Teixeira, 2003), concentrada em algumas regiões do país e com número de egressos baixo em relação às demandas impostas pela expansão do SUS.

A criação de CGSCs representou, assim, a busca de superação de alguns desses limites, por meio da oferta de uma formação interdisciplinar, baseada centralmente nos saberes da saúde coletiva, com destaque para epidemiologia; ciências humanas e sociais; política, planejamento e gestão. As áreas de atuação dos profissionais formados nos CGSCs são diversas, envolvendo vigilância em saúde; promoção e educação em saúde; gestão do trabalho em saúde; planejamento, gestão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde; formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde; participação social em saúde; e produção de ciência e conhecimento em saúde (Brasil, 2015a; Koifman e Gomes, 2008).

Segundo Bosi e Paim (2010) e Castellanos e colaboradores (2013a), o debate sobre a criação dos cursos de graduação em saúde coletiva se consolidou a

partir dos anos 2000, por meio de uma série de oficinas, mesas-redondas e encontros dedicados ao tema. Destaca-se uma oficina realizada em 2002, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e diversas universidades, entre outros, intitulada *Graduação em saúde coletiva: pertinência e possibilidades*. Também merece destaque outra oficina realizada no ano seguinte, como atividade do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Brasília (Bosi e Paim, 2010; Belisário et al., 2013). Nessas oficinas, houve o reconhecimento da pertinência, necessidade e viabilidade da criação de cursos de graduação em saúde coletiva. Adicionalmente, avançou-se na percepção de que a abertura de CGSCs não implicaria um ‘esvaziamento’ do ensino da saúde coletiva nos demais cursos de graduação da área da saúde; ao contrário, representaria um processo de fortalecimento do ensino da saúde coletiva como um todo na área da saúde (Teixeira, 2003).

A oportunidade para a implantação e expansão dos CGSCs no Brasil se deu com o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo decreto n. 6.096/2007 (Brasil, 2007), que ampliou vagas para o ensino superior (Belisário et al., 2013; Paim e Pinto, 2013) e fomentou a abertura de novas graduações nas universidades públicas (Koifman e Gomes, 2008). Embora os primeiros CGSCs tenham sido abertos em 2008, foi a partir de 2009 que sua expansão se deu de modo mais intensivo. Ao fim da primeira metade de 2014, quase duas dezenas de cursos de graduação em saúde coletiva estavam em funcionamento no país, muitos dos quais em universidades de longa tradição acadêmica. A maior parte dos alunos que ingressaram nas primeiras turmas dos CGSCs já recebeu o grau de bacharel em saúde coletiva e começou a atuar como sanitarista.

Apesar de alguns autores já terem descrito o processo de planejamento e criação dos CGSCs no país (Teixeira, 2003; Castellanos et al., 2013a; Belisário et al., 2013), com o perfil dos alunos das primeiras turmas (Castellanos et al., 2013a), bem como relatado experiências vividas nos primeiros anos de funcionamento desses cursos (Castellanos et al., 2013b; Cardoso e Sousa, 2013; Santana et al., 2013; Sampaio e Santos, 2013), inexistem publicações que forneçam um panorama geral deles, tendo em perspectiva seu movimento de expansão, desde o momento da criação dos primeiros cursos. Além disso, há um desconhecimento sobre a graduação em saúde coletiva no âmbito acadêmico entre os profissionais de saúde e pela sociedade em geral.

O estudo apresentado neste artigo teve como objetivo descrever o processo de expansão dos CGSCs no Brasil entre 2008 e 2014 e caracterizar os cursos em funcionamento quanto à distribuição regional e aos números de

vagas ofertadas, alunos matriculados e bacharéis graduados. Espera-se que essas informações sejam úteis como um registro histórico dos primeiros anos de existência dos CGSCs no Brasil e que contribuam para melhor compreensão, visibilidade e reconhecimento desses cursos na comunidade acadêmica. Por fim, estão alguns dos desafios que os CGSCs ainda precisam enfrentar no processo de consolidação como nova modalidade de formação em saúde coletiva.

## Método

O trabalho aqui apresentado descreve a distribuição temporal e espacial dos CGSCs criados no Brasil entre 2008 e 2014 e traça um perfil desses cursos em relação às denominações existentes, ao número de vagas ofertadas e ocupadas e ao número de bacharéis em saúde coletiva titulados até 2014. Essas informações foram obtidas principalmente com a Coordenação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva FGSC-Abrasco, criado em 2010 (Abrasco, 2012) com o propósito de articular os cursos de graduação da área de saúde coletiva, promovendo integração e debate de temáticas relativas ao processo de reconhecimento e regulamentação dos CGSCs, bem como carreira, profissão e mercado de trabalho para o profissional sanitário. No primeiro semestre de 2014, o FGSC-Abrasco solicitou às coordenações dos cursos de graduação em saúde coletiva cadastrados no Ministério da Educação (MEC) o encaminhamento de seus respectivos projetos pedagógicos, juntamente com um formulário preenchido contendo as seguintes informações sobre os CGSCs: denominação do curso e título do graduado, ano de abertura da primeira turma do curso, ano de conclusão da primeira turma do curso, duração do curso em anos, número de alunos com matrículas ativas, número de turmas que concluíram a graduação, número de graduados por ano de formatura.

Além de consultar os projetos pedagógicos dos cursos e os formulários que a Coordenação do FGSC-Abrasco recebeu das coordenações dos CGSCs, os pesquisadores consultaram na internet as páginas eletrônicas institucionais dos cursos de graduação em saúde coletiva registrados no MEC, em busca de informações adicionais sobre o número de vagas ofertadas em cada curso em funcionamento no ano de 2014. As informações obtidas foram sistematizadas em tabelas e gráficos. O programa de acesso gratuito QGIS, versão 2.6, (<[www.qgis.org](http://www.qgis.org)>) foi usado para a confecção do mapa de distribuição dos CGSCs por estados e regiões do país.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. O CEP isentou os pesquisadores da necessidade do processo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que a pesquisa não envolvia a participação de seres

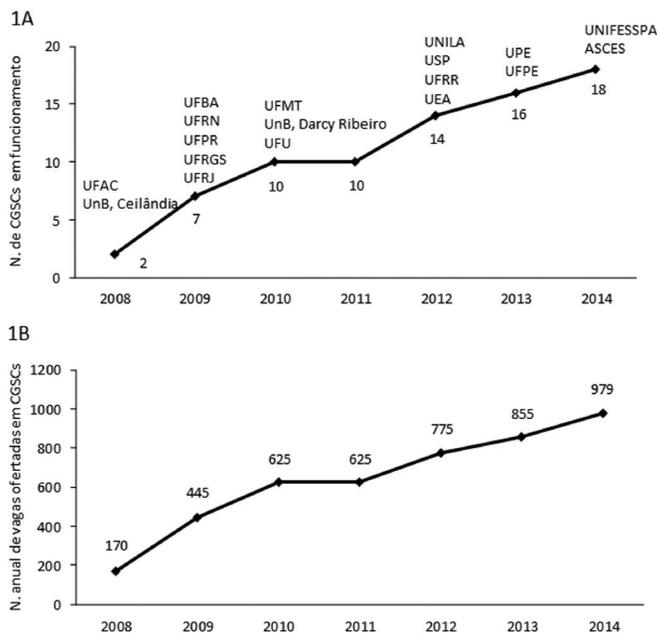
humanos. Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde coletiva são documentos de livre acesso. As informações sobre os cursos foram fornecidas pela Coordenação do FGSC-Abrasco. Nenhum estudante, docente ou coordenador de CGSC foi identificado neste artigo.

## Resultados

Os primeiros CGSCs, abertos em 2008, foram os da Universidade Federal do Acre (UFAC) e da Universidade de Brasília (UnB), Campus Ceilândia. Nos anos seguintes, houve uma expansão contínua no número de instituições de ensino superior com oferta de CGSCs, alcançando 18 cursos em funcionamento no final do primeiro semestre de 2014 (Gráfico 1).

Gráfico 1

Número de instituições de ensino superior com cursos de graduação em saúde coletiva em funcionamento no Brasil (1A) e número de vagas anuais ofertadas (1B) entre 2008 e 2014



Fonte: Os autores.

Nota: UFAC - Universidade Federal do Acre; UNIFESSPA - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; UFRR - Universidade Federal de Roraima; UEA - Universidade do Estado do Amazonas; ASCES - Associação Caruaruense de Ensino Superior; UFBA - Universidade Federal da Bahia; UPE - Universidade de Pernambuco; UFPE - Universidade Federal de Pernambuco; UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; UFPR - Universidade Federal do Paraná; UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; UNILA - Universidade de Integração Latino-Americana; UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro; USP - Universidade de São Paulo; UFU - Universidade de Uberlândia; UnB - Universidade Federal de Brasília; UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso.

Desses cursos, 13 denominavam-se como graduação em saúde coletiva, um como graduação em saúde pública e quatro como cursos de gestão em saúde coletiva. Três destes últimos apresentavam ênfase em uma área específica: gestão em saúde coletiva indígena; gestão em sistemas e serviços de saúde; gestão em saúde ambiental (Tabela 1).

Tabela 1

Cursos de graduação em saúde coletiva em funcionamento no Brasil em 2014, de acordo com localização, nomenclatura, número anual de vagas para novos estudantes, número de estudantes matriculados, número de turmas formadas e número de bacharéis titulados

Instituição por região	Nomenclatura	Vagas anuais	Estudantes matriculados	Turmas formadas*	Bacharéis titulados*
		Número (%)			
<b>Norte</b>					
UFAC, AC	Saúde coletiva	50 (5,1)	138 (5,5)	2 (11,1)	25 (8,8)
UNIFESSPA, PA	Saúde coletiva	24 (2,5)	**	0 (0,0)	0 (0,0)
UFRR, RR	Gestão em saúde coletiva indígena	40 (4,1)	**	0 (0,0)	0 (0,0)
UEA, AM	Saúde coletiva	20 (2,0)	574 (22,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Total no Norte</i>		<i>134 (13,7)</i>	<i>712 (28,1)</i>	<i>2 (11,1)</i>	<i>25 (8,8)</i>
<b>Nordeste</b>					
UFBA, BA	Saúde coletiva	100 (10,2)	122 (4,8)	2 (11,1)	36 (12,6)
UPE, PE	Saúde coletiva	45 (4,6)	20 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
UFPE, PE	Saúde coletiva	20 (2,0)	76 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
UFRN, RN	Gestão em sistemas e serviços de saúde	60 (6,1)	163 (6,4)	2 (11,1)	65 (22,8)
ASCES, PE	Saúde coletiva	50 (5,1)	12 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Total no Nordeste</i>		<i>275 (28,0)</i>	<i>393 (15,5)</i>	<i>4 (22,2)</i>	<i>101 (35,4)</i>
<b>Centro-Oeste</b>					
UnB, Campus Ceilândia, DF	Saúde coletiva	80 (8,2)	364 (14,4)	3 (16,7)	88 (30,9)
UnB, Campus Darcy Ribeiro, DF	Gestão em saúde coletiva	60 (6,1)	225 (8,9)	1 (5,6)	2 (0,7)
UFMT, MT	Saúde coletiva	50 (5,1)	140 (5,5)	1 (5,6)	9 (3,2)
<i>Total no Centro-Oeste</i>		<i>190 (19,4)</i>	<i>729 (28,8)</i>	<i>5 (27,8)</i>	<i>99 (34,7)</i>
<b>Sudeste</b>					
UFRJ, RJ	Saúde coletiva	40 (4,1)	116 (4,6)	2 (11,1)	21 (7,4)
USP, SP	Saúde pública	40 (4,1)	110 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
UFU, MG	Gestão em saúde ambiental	20 (2,0)	70 (2,8)	1 (5,6)	1 (0,4)
<i>Total no Sudeste</i>		<i>100 (10,2)</i>	<i>296 (11,7)</i>	<i>3 (16,7)</i>	<i>22 (7,7)</i>
<b>Sul</b>					
UFRGS, RS	Saúde coletiva	120 (12,3)	262 (10,3)	3 (16,7)	26 (9,1)
UFPR, PR	Saúde coletiva	80 (8,2)	90 (3,6)	1 (5,6)	12 (4,2)
UNILA, PR	Saúde coletiva	80 (8,2)	50 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Total no Sul</i>		<i>280 (28,6)</i>	<i>402 (15,9)</i>	<i>4 (22,2)</i>	<i>38 (13,3)</i>
<b>TOTAL</b>		<b>979 (100)</b>	<b>2.532 (100)</b>	<b>18 (100)</b>	<b>285 (100)</b>

Fonte: Coordenação do FGSC-Abrasco.

Nota: UFAC - Universidade Federal do Acre; UNIFESSPA - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; UFRR - Universidade Federal de Roraima; UEA - Universidade do Estado do Amazonas; ASCES - Associação Caruaruense de Ensino Superior; UFBA - Universidade Federal da Bahia; UPE - Universidade de Pernambuco; UFPE - Universidade Federal de Pernambuco; UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; UFPR - Universidade Federal do Paraná; UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; UNILA - Universidade de Integração Latino-Americana; UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro; USP - Universidade de São Paulo; UFU - Universidade Federal de Uberlândia; UnB - Universidade Federal de Brasília; UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso.

\* O número de estudantes matriculados, turmas formadas e bacharéis titulados é referente ao primeiro semestre de 2014.

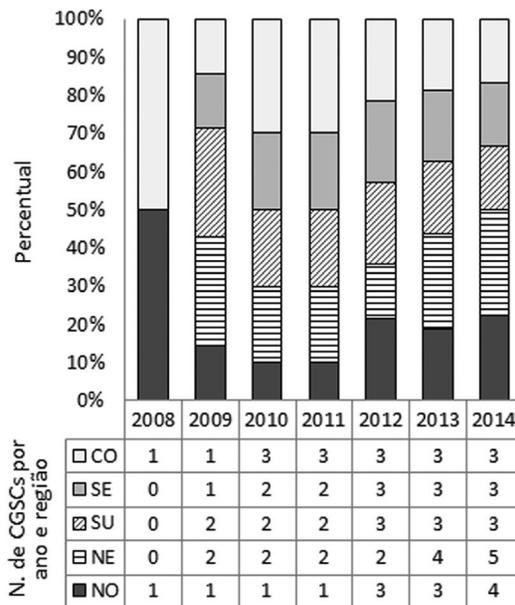
\*\* Informação não disponível.

De acordo com os projetos político-pedagógicos dos cursos analisados, aqueles denominados ‘saúde coletiva’ ou ‘saúde pública’ tem o objetivo de formar profissionais para atuar nos diversos níveis de gestão e de atenção à saúde (incluindo ações de vigilância e promoção à saúde) realizadas nos sistemas, programas e serviços de saúde, públicos ou privados, assim como em outros espaços sociais em que se desenvolvam práticas de saúde coletiva. Os cursos de ‘gestão em saúde coletiva’ ou ‘gestão em sistemas e serviços de saúde’ enfatizam uma formação mais direcionada para a gestão dos sistemas e serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde. O curso de ‘gestão em saúde ambiental’ tem o foco na interface entre a saúde e o meio ambiente. Já o curso de ‘gestão em saúde coletiva indígena’ tem a peculiaridade de ser ofertado apenas para estudantes de origem indígena e visa formar profissionais para atuar na proteção e promoção da saúde dos indígenas.

Em 2014, a região Nordeste sediava a maior parte dos CGSCs (5; 27,8%) (Gráfico 2).

**Gráfico 2**

Número e percentual de cursos de graduação em saúde coletiva em funcionamento no Brasil, por ano e por região, 2008-2014

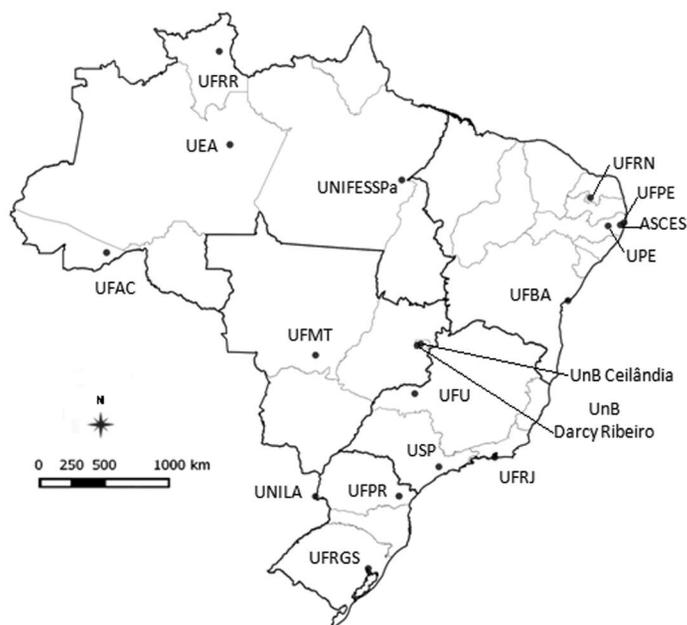


Fonte: Coordenação do FGSC-Abrasco.

No entanto, a distribuição dos CGSCs no Nordeste não se dá de forma equitativa entre os estados, já que Pernambuco concentra três dos cinco cursos de graduação em saúde coletiva em funcionamento na região, e seis dos nove estados do Nordeste não possuem um CGSC em funcionamento (Figura 1). Nas demais regiões do país, a maior parte dos estados já possuía pelo menos um CGSC em funcionamento em 2014. Dos 26 estados da federação, 13, além do Distrito Federal, sediavam pelo menos um desses cursos no ano de 2014 (Figura 1). Dentre os 18 CGSCs em funcionamento em 2014, 17 eram ofertados por instituições de ensino superior públicas (14 em instituições federais e três em instituições estaduais) e um por uma instituição privada (ASCES, Pernambuco).

**Figura 1**

Distribuição das instituições de ensino superior com cursos de graduação em saúde coletiva em funcionamento no Brasil em 2014, por estados e regiões



Fonte: Os autores.

Em 2014, os CGSCs ofertaram 979 vagas para novos estudantes (Tabela 1), número quase seis vezes maior do que aquele ofertado em 2008 (Gráfico 1B). O número de estudantes com matrículas ativas nesses cursos totalizou 2.532 no primeiro semestre de 2014. A maior parcela dos estudantes, de acordo

com a Tabela 1, frequentava cursos localizados nas regiões Centro-Oeste (729; 28,8%) e Norte (712; 28,1%). A instituição responsável pelo maior número de matrículas em 2014 foi a UEA, que totalizou 574 (22,7%) estudantes. Este curso tem uma característica singular, pois ocorre de forma descentralizada, em 18 municípios do Amazonas, e só houve um único momento de entrada de alunos e abertura de turma, no ano de 2012.

Dos 18 CGSCs em funcionamento no país, dez já titularam bacharéis em saúde coletiva, sendo que alguns dos cursos já formaram mais de uma turma de sanitaristas (Tabela 1). Até o primeiro semestre de 2014, 285 bacharéis em saúde coletiva já haviam sido titulados. A UnB (Campus Ceilândia) e a UFRN contribuíram em conjunto para mais da metade dos bacharéis em saúde coletiva titulados (Tabela 1). A Ufac, a UFBA, a UFRJ e a UFRGS são outras instituições que, no fim do primeiro semestre de 2014, já tinham graduado pelo menos vinte bacharéis em saúde coletiva.

## Discussão

Os resultados apresentados revelaram uma rápida expansão e consolidação dos CGSCs como nova modalidade formativa na área da saúde coletiva. Em apenas sete anos, 18 CGSCs foram criados. A título de comparação, os cursos de pós-graduação em saúde coletiva existem há cerca de quarenta anos (Nunes, Ferreto e Barros, 2010; Nunes, 2005). De acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes (2015), em 2015 os cursos funcionavam em 85 programas (37 mestrados profissionais e 48 programas acadêmicos – dentre os quais, 10 com mestrado isolado, 35 com mestrado e doutorado, 3 com doutorado isolado e um com doutorado em associação ampla, totalizando 121 cursos); 89,4% dos programas estavam concentrados nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste.

Sem dúvida, o Reuni impulsionou a rápida expansão dos CGSCs, resultando na forte concentração da oferta em instituições federais. A partir da segunda metade desta década, esse impulso se vê limitado pela intensificação das políticas de austeridade e pelas recentes perdas sofridas na luta pelo aumento dos recursos orçamentários destinados à educação pública. Porém, espera-se que a expansão dos CGSCs continue, de modo mais gradativo, para responder às demandas do SUS. Nesse sentido, as universidades públicas estaduais permanecem como um vasto campo para abertura de CGSCs, já que apenas três dos 18 cursos de graduação em saúde coletiva em funcionamento estão sediados em instituições estaduais de ensino superior. Além disso, se considerarmos que apenas 14 das 63 universidades federais existentes em 2014 possuíam CGSCs, percebe-se que há também no sistema público federal um grande espaço a se ocupar.

É bastante estimulante constatar que em seu curto período de existência os CGSCs já estão relativamente bem distribuídos nas cinco regiões do Brasil. Tal fato representa uma importante conquista diante da tradicional concentração na região Sudeste da formação graduada em saúde e da formação pós-graduada em saúde coletiva (Barata, 2008; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2015). Além disso, o fato de mais de dois terços dos CGSCs serem noturnos (Castellanos et al., 2013a) reforça sua potência para inverter tendências tradicionalmente existentes no ensino superior em saúde.

Quando comparamos o processo de abertura e expansão dos CGSCs com o de outros cursos da área da saúde criados no Brasil nos últimos cinquenta anos, a exemplo das graduações em fisioterapia e em fonoaudiologia, ressaltaram-se a velocidade de expansão, o caráter público e a distribuição equitativa dos CGSCs nas diferentes regiões do país. No caso da fisioterapia, foram necessários 15 anos para o número de cursos existentes passar de seis, em 1969 (ano da regulamentação da profissão), a 22, em 1984 (Bispo Júnior, 2009). A abertura de novos cursos prosseguiu de forma relativamente lenta, atingindo 63 cursos em funcionamento no país em 1995. A partir de então, iniciou-se um processo bastante intenso de expansão, ainda que verificado quase exclusivamente no setor privado. Em 2003, contabilizavam-se 298 cursos em funcionamento no Brasil, sendo que 80% deles estavam situados nas regiões Sul e Sudeste e cerca de 90% eram abrigados em instituições privadas de ensino. Esse acelerado processo de abertura de novos cursos de fisioterapia, a partir da segunda metade da década de 1990, foi um reflexo da resposta governamental à necessidade de expansão do ensino superior e da força do neoliberalismo, que vigora no país desde os anos 1990. Em 2008, já existiam 479 cursos de fisioterapia no Brasil, resultado da privatização do ensino superior sem regulação orientadora ou restritiva por parte do Estado.

No caso da fonoaudiologia, a expansão ocorreu de maneira mais rápida do que aquela vivenciada pela fisioterapia, mas também concentrada em instituições privadas. Assim, nos primeiros anos da década de 1990, havia cerca de trinta cursos no país (Crestani et al., 2014). Em 2002, já eram 85 cursos, número esse que mudou pouco até 2010. Durante todo o período, cerca de 80% dos cursos funcionavam em instituições de ensino privadas (Crestani et al., 2014).

Em 2014, o conjunto de CGSCs ofertou quase mil vagas para alunos ingressantes, o que significa que se todos os cursos já tivessem quatro anos de funcionamento, teriam, em termos ideais, cerca de quatro mil graduandos em saúde coletiva no Brasil. Entretanto, no ano de 2014, tínhamos pouco mais de 2.500 estudantes matriculados. Essa diferença pode ser, em parte, explicada pelo fato de que alguns CGSCs ainda não tinham completado quatro anos de funcionamento até 2014. Mas também podemos supor que o

menor número de alunos matriculados represente uma situação de ociosidade de vagas, o que tradicionalmente ocorre em cursos novos, pouco conhecidos ou valorizados pela sociedade e com espaço de atuação profissional ainda em constituição ou em processo de consolidação. Esse conjunto de características, provavelmente, diminui o potencial de atração de alunos.

Para efeito de comparação, em 2014 os cursos de fonoaudiologia e de fisioterapia tiveram, respectivamente, 57% e 67% das vagas ofertadas preenchidas por alunos ingressantes. Ambos os cursos apresentaram baixa concorrência (três candidatos para uma vaga) em sua entrada (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2016). Além disso, o curso de fonoaudiologia tradicionalmente tem alto índice de evasão escolar, com turmas de egressos bem menores do que as turmas de alunos ingressantes (Crestani et al., 2014). Infelizmente, não encontramos informações no sítio eletrônico do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep (2016) sobre o número de candidatos inscritos e o número de ingressantes nos cursos de graduação em saúde coletiva. Mas diante dos dados providos pelo FGSC-Abrasco, evidenciando menor número de alunos matriculados nos CGSCs do que seria esperado, é importante atentar para essa situação, de modo a evitar o não preenchimento sistemático das vagas ofertadas, haja vista a demanda de sanitaristas no país.

Ainda assim, até 2014, 285 bacharéis em saúde coletiva haviam sido formados e mais de 2.500 estudantes estavam cursando uma graduação em saúde coletiva. Esses números são positivos, pois revelam que os CGSCs já contribuem com a provisão de profissionais de saúde coletiva para o SUS. Porém, estão longe de serem suficientes para suprir o déficit de sanitaristas nos municípios do país (Cardoso e Sousa, 2013). Ao se focar apenas os municípios brasileiros – portanto, sem considerar a alta demanda de sanitaristas nas secretarias estaduais e no Ministério da Saúde –, pode-se estimar que há vagas para pelo menos cinco mil sanitaristas nas secretarias municipais – se supormos que em cada secretaria municipal há necessidade de, ao menos, um sanitarista e que, na quase totalidade dos casos, esse profissional não está presente nos quadros municipais (com exceção das capitais e dos municípios de grande porte). Obviamente, o sistema público de saúde não representa a única possibilidade de inserção dos bacharéis em saúde coletiva. Diante das necessidades de saúde do país e da urgência do fortalecimento do SUS, é fundamental fomentar a expansão e a abertura de mais CGSCs, a fim de colaborar para o fortalecimento de práticas de planejamento de ações de saúde, vigilância em saúde, gestão em saúde e apoio institucional, entre outras.

A variedade de nomenclaturas de cursos, tradicionalmente existente nas pós-graduações da área de saúde coletiva (Nunes, Ferreto e Barros, 2010), também se faz presente nos CGSCs. Em alguns casos, essas variações respondem

a recortes específicos buscados no curso, seja no foco formativo (a exemplo dos cursos com ênfase em gestão), seja no perfil dos alunos (a exemplo do curso voltado à comunidade indígena). Ou ainda podem remeter à trajetória da instituição que os abriga (a exemplo do curso de graduação em saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

Essa diversidade de nomenclatura nos cursos de graduação e de pós-graduação remete à própria história do campo da saúde coletiva no Brasil, conformada mediante diferentes posições, projetos e conjunturas. Tal situação interroga a identidade daqueles que se inscrevem nesse campo, desafiando a busca de unidade na diversidade. Nesse contexto, o processo de especialização do campo da saúde coletiva, representado pela consolidação de áreas e subáreas de atuação profissional, assim como de saberes especializados, à medida que expressa um forte avanço do campo, reforça tensões na sua formação identitária (Castellanos, Loyola e Iriart, 2013).

Acredita-se que os CGSCs representam mais um passo no enfrentamento (e intensificação) do desafio aqui traçado. Em primeiro lugar, porque a formação graduada não deve consistir em uma formação especializada. Aliás, a crítica à especialização precoce nos cursos de graduação da área da saúde é uma das tônicas nos seus processos de reforma curricular. Assim, se é admissível maior diversidade na formação pós-graduada, uma vez que ela visa a um perfil especializado, na formação graduada, em contrapartida, a diversidade deve ser objeto de maior regulação, em favor da unidade. Essa regulação do escopo dos cursos de graduação é efetuada pelo Ministério da Educação e tem sido exercida, com maior ênfase, a partir da criação pactuada de diretrizes curriculares na área da saúde. Em segundo lugar, acredita-se que os CGSCs representam mais um passo no enfrentamento do desafio aqui apresentado porque, de acordo com a sociologia das profissões (Freidson, 2009), a existência de uma graduação é um dos elementos centrais no processo de consolidação de uma profissão. Nessa perspectiva, a formação graduada justifica-se por estar fundamentada nos saberes centrais e singulares (*expertise*) que habilitam seus egressos a um exercício profissional específico. Desse modo, a existência dos CGSCs exige, com maior intensidade, a delimitação dos núcleos de saberes da saúde coletiva, sem prejuízo para a diversidade de seus campos de atuação. Uma delimitação sempre passível de modificações, mas que pressupõe um bom nível de pactuação em torno de pontos mais consensuais.

Sem dúvida, o acúmulo e a maturidade do campo da saúde coletiva no Brasil já permitem a definição de diretrizes curriculares para os CGSCs. O FGSC-Abrasco consiste em um espaço importante de articulação e pactuação entre os cursos de graduação em saúde coletiva. Abrigado na Abrasco, tem atraído os diversos cursos existentes e se mantido aberto a eles, assim como vem sendo buscado por docentes e dirigentes de instituições de ensino in-

interessados na abertura de novos cursos. Em 2014, durante a VII Reunião do FGSC-Abrasco, realizada entre as atividades Pré-Congresso do IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia da Abrasco, em Vitória, Espírito Santo, o Fórum apresentou uma proposta unificada de diretrizes curriculares nacionais (DCNs) para os CGSCs. Essa proposição, elaborada a partir de um processo de discussão nacional e local, representando o resultado de ampla pactuação entre os CGSCs, foi consolidada após o encontro em Vitória e apresentada ao MEC. Espera-se que tais diretrizes contribuam para a consolidação da identidade da saúde coletiva, respeitadas diferenças e singularidades.

O processo de reconhecimento profissional do bacharel em saúde coletiva também tem sido desafiador. Alguns passos já foram dados, como a avaliação e o reconhecimento de vários cursos pelo MEC, com notas que refletem a excelência e a qualificação dos cursos, bem como a solicitação, feita em 2015, pelo Ministério da Saúde à equipe técnica da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) de inclusão da ocupação 'sanitarista' nessa classificação, de modo a contemplar os bacharéis em saúde coletiva e profissionais com pós-graduação (especialização/residência, mestrado ou doutorado) em saúde coletiva que atuam em várias atividades e níveis dos sistemas de serviços de saúde (Brasil, 2015b). A ampliação da absorção dos egressos dos CGSCs e sua maior legitimação requerem urgentemente a (re)estruturação da carreira de sanitaria em secretarias de saúde e passam pelo reconhecimento da saúde coletiva no Conselho Nacional de Saúde como mais uma profissão de saúde e pela inserção do sanitaria na CBO. Finalmente, a regulamentação da profissão de sanitaria também tem sido debatida como estratégia de organização e integração no mercado de trabalho dos egressos das diferentes modalidades formativas em saúde coletiva.

Experiências recentes de regulamentação e reconhecimento de outras profissões no Brasil mostram que estas enfrentaram dificuldades e trilharam uma longa trajetória para obtenção da regulamentação. Porém, gradativamente, foram ocupando espaços e se expandindo. Como exemplo, podemos citar a fisioterapia, que iniciou seus primeiros cursos em 1929, começando nesse momento sua expansão, conquistando a regulamentação como profissão de nível superior apenas em 1969, no auge da ditadura militar no país, quando se agravaram as condições de saúde da população e as deficiências do sistema assistencial brasileiro ficaram mais aparentes (Bispo Júnior, 2009). Um longo período entre a abertura dos cursos de graduação e o reconhecimento profissional também se verificou no caso do curso de fonoaudiologia (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2017), ainda que em menor medida. Em 1960, surgiram as primeiras graduações de fonoaudiologia no Brasil. Na década de 70, iniciou-se a luta pelo reconhecimento profissional, culminando na sua regulamentação em 1981. Ressalte-se que essa regulamentação foi fruto de intensa mobilização dos profissionais da área e dos esforços da

Comissão Nacional para Regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, formada com essa finalidade (Crestani et al., 2014).

Situação semelhante também foi vivenciada pelo serviço social. Matos (2015) aponta que, na passagem dos anos 1950 para os anos 1960, duas décadas após a fundação da primeira escola, obteve-se a regulamentação da profissão de assistente social, assim como instituiu-se o conselho de classe profissional. Nas três experiências descritas, o reconhecimento dos cursos e a regulamentação da profissão estiveram fortemente associados à organização das diretrizes, consolidação dos cursos e expansão de espaços de atuação profissional, favorecendo frequentemente a valorização da inserção desses profissionais no sistema de saúde (Bispo Júnior, 2009; Sistema de Conselhos Federais e Regionais de Fonoaudiologia, 2011).

### **Considerações finais**

O estudo aqui apresentado descreveu e analisou a expansão dos CGSCs no Brasil, apontando conquistas e desafios que se colocam no caminho de consolidação e diversificação das modalidades formativas em saúde coletiva no país. Ainda que o ritmo acelerado de expansão dos CGSCs nos seus primeiros anos de existência não se mantenha, sem dúvida tais cursos representam um elemento importante de amplo processo de consolidação do campo da saúde coletiva e aparecem como um motor para um caminho de possíveis avanços e mudanças.

Nesse sentido, podemos destacar, primeiramente, o fortalecimento da interdisciplinaridade na formação em saúde e a expectativa de que haja um crescente interesse por maior presença da interdisciplinaridade nos processos formativos na área da saúde. Isso poderá ocorrer por meio tanto da interação dos alunos dos CGSCs com alunos de outras graduações dessa área quanto da articulação entre componentes curriculares de saúde coletiva ofertados nesses cursos e em outras graduações. A necessidade de se delimitar mais claramente a distinção entre a formação graduada e a pós-graduada em saúde coletiva representa outra mudança importante. Tal delimitação implica considerar não apenas os objetivos e núcleos de saberes e práticas desses dois níveis formativos, mas também diferenças nos seus perfis discentes e focos formativos (marcados por forte pluralidade, no caso da pós-graduação).

O reconhecimento dos CGSCs por parte do MEC, aliado à capacidade desses cursos e dos seus estudantes para se organizarem como atores sociais, por meio do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva e da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva, por exemplo, indica um cenário futuro de potencial avanço na regulamentação da atuação profissional. Essa regulamentação poderá se dar nos moldes tradicionalmente seguidos em

nosso país – por exemplo, por meio da abertura de conselhos de classe, da luta pela reserva de mercado, dentre outros elementos. Ou, de forma oposta, tal regulamentação poderá se dar por meio de formas inovadoras que procurem evitar alguns impasses e disputas que dificultam intercâmbios e integração entre diferentes profissões, seja no âmbito formativo, seja no âmbito de atuação profissional.

No estudo aqui apresentado, identificou-se baixa proporção de ocupação das vagas ofertadas nos CGSCs. Tal situação foi discutida, tendo sido cotejadas algumas explicações, ainda que não tenhamos dados para verificar sua adequação. Assim, novos estudos devem ser realizados para analisar com maior precisão essa situação.

Finalmente, espera-se que a pesquisa aqui apresentada colabore para formar uma linha de base para futuros estudos e análises sobre a trajetória dos CGSCs no Brasil – estudos esses que venham a monitorar as situações analisadas neste artigo e outras de interesse para reflexão sobre os rumos da formação superior no campo da saúde coletiva ou mesmo na grande área da saúde.

### **Colaboradores**

Jéssica Janai Santos Meneses, Monaise Madalena Oliveira e Silva e Guilherme de Sousa Ribeiro trabalharam na concepção e condução do estudo, bem como na análise de dados. Jéssica Janai Santos Meneses redigiu a primeira versão do manuscrito. Todos os autores participaram da interpretação dos resultados, realizaram a revisão crítica do manuscrito e aprovaram a versão a ser publicada.

### **Agradecimentos**

Os autores agradecem ao Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, pela disponibilização dos dados utilizados nesta pesquisa; aos colegas dos cursos de graduação em saúde coletiva, pela cessão de informações sobre seus cursos ao Fórum de Graduação; à professora Liliana Santos pelas sugestões durante a preparação deste trabalho deste artigo. Os autores também agradecem ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia pelo apoio técnico e logístico.

**Resumen** A partir de 2008, se crearon diferentes cursos de graduación en salud colectiva en Brasil. Publicaciones previas describieron un proceso de apertura, perfil de los alumnos y experiencias vividas por estos cursos. Presentamos aquí un perfil general de los cursos abiertos entre 2008 y 2014. La información se obtuvo mediante la Coordinación del Foro de Pregrado en Salud Colectiva de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva y de las páginas electrónicas institucionales de los cursos. Durante el período estudiado, hubo una expresiva expansión en el número de cursos de pregrado en salud colectiva en el país, la oferta de nuevas vacantes se multiplicó por seis y se graduaron 285 bachilleres en salud colectiva. Al inicio de 2014, existían 18 cursos en funcionamiento (17 en el sector público), totalizando 2.532 estudiantes matriculados. Si la formación de posgrado en salud colectiva predomina en el Sudeste, los cursos de pregrado están bien distribuidos en el país, aun cuando se necesite una mayor expansión para responder a las demandas del Sistema Único de Salud. Aunque las orientaciones formativas de estos cursos sean similares, sus nomenclaturas exhiben divergencias. Entre los desafíos para una mayor consolidación de los cursos de pregrado en salud colectiva como modalidad formativa están las necesidades de directrices curriculares nacionales, mantenimiento de la expansión de los cursos, reconocimiento profesional del egresado y una mayor incorporación del bachiller en salud colectiva en el mercado de trabajo.

**Palabras clave** salud colectiva; pregrado; Sistema Único de Salud.

## Notas

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia, Brasil.  
<j.janay@gmail.com>

Correspondência: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Rua Basílio da Gama, s/n, Canela, CEP 40.110-040, Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Gonçalo Moniz, Salvador, Bahia, Brasil.

<monaisemadlena@hotmail.com>

<sup>3</sup> Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia, Brasil.  
<mcastellanos73@gmail.com>

<sup>4</sup> Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia, Brasil; e Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Gonçalo Moniz, Salvador, Bahia, Brasil.

<gsribeiro@ufba.br>

## Referências

- ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA). Reunião do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, 5. Porto Alegre, nov. 2012. Disponível em: <[www.abrasco.org.br/site/sites/graduacaoemsaude/wp-content/uploads/sites/3/2014/11/Relatorio-da-V-Reuniao-do-FGSC-Abrascao-POA.pdf](http://www.abrasco.org.br/site/sites/graduacaoemsaude/wp-content/uploads/sites/3/2014/11/Relatorio-da-V-Reuniao-do-FGSC-Abrascao-POA.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2014.
- BARATA, Rita B. A pós-graduação e o campo da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 189-214, 2008.
- BELISÁRIO, Soraya A. et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.625-1.634, 2013.
- BISPO-JÚNIOR, José P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, jul.-set. 2009.
- BOSI, Maria L. M.; PAIM, Jairnilson S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2.029-2.038, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2007. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm)>. Acesso em: 23 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. 2015a. Disponível em: <[www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/MINUTA-DE-RESOLUCAO-DCN-versao-10.04.pdf](http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/MINUTA-DE-RESOLUCAO-DCN-versao-10.04.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. MS encaminha inclusão de sanitário na CBO. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/noticias-sgtes/19969-ms-encaminha-pedido-de-inclusao-de-sanitarista-na-cbo>>. Acesso em: 7 out. 2015b.
- CARDOSO, Antônio J. C.; SOUSA, Maria F. Bacharel em saúde coletiva: um elo que faltava na rede. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 205-216, 2013.
- CASTELLANOS, Marcelo E. P.; LOYOLA, Maria A.; IRIART, Jorge A. B. Ciências sociais em saúde coletiva In: PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA-FILHO, Naomar. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 567-584.
- CASTELLANOS, Marcelo E. P. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.657-1.666, 2013a.
- CASTELLANOS, Marcelo E. P. et al. A implementação do curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 63-80, 2013b.
- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Histórico da fonoaudiologia. 2017. Disponível em: <[www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/historia-da-fonoaudiologia](http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/historia-da-fonoaudiologia)>. Acesso em: 23 de jan. 2017.
- COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). *Relatório Seminário de Acompanhamento*, 2015. 2017. Disponível em: <[www.capes.gov.br/images/documentos/Relatorios\\_seminario\\_acompanhamento\\_2015/22\\_SCOL\\_RelSem\\_2015.pdf](http://www.capes.gov.br/images/documentos/Relatorios_seminario_acompanhamento_2015/22_SCOL_RelSem_2015.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2017.
- CRESTANI, Anelise H. et al. Formação em fonoaudiologia: considerações acerca das realidades brasileira e chilena. *Distúrbio da*

- Comunicação*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 428-438, set. 2014.
- FLEURY, Sonia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FONSECA, Cristina M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia T; SANTANA, João P. (orgs.). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006. p. 21-41.
- FREIDSON, Eliot. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora Unesp, 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Sinopses estatísticas da educação superior: graduação. 2016. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 8 mar. 2016.
- KOIFMAN, Lilian; GOMES, Lina N. A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 417-418, 2008.
- MATOS, Maurílio C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out.-dez. 2015.
- NUNES, Everardo D. 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.
- NUNES, Everardo D.; FERRETO, Lirane E.; BARROS, Nelson F. A pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: trajetória. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1.923-1.934, 2010.
- PAIM, Jairnilson S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.
- PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA-FILHO, Nao-mar. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PAIM, Jairnilson S.; PINTO, Isabela C. M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.
- PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.
- SAMPAIO, João R. C.; SANTOS, Renan D. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 81-89, 2013.
- SANTANA, Paulo R. et al. Bacharelado em saúde coletiva: preenchendo lacunas e formando competências para o SUS. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 43-55, 2013.
- SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAIS E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA. *Comunicar: Revista do Sistema de Conselhos Federais e Regionais de Fonoaudiologia*, Brasília, ano 12, n. 51, out.-dez. 2011. Disponível em: <[www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cffa\\_ed51.pdf](http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cffa_ed51.pdf)>. Acessado em: 23 jan. 2017
- TEIXEIRA, Carmen F. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

Recebido em 28/10/2015

Aprovado em 30/07/2016