

Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde

Post-graduation in Collective Health and the National Public Health System

Hillegonda Maria Dutilh Novaes ¹
Guilherme Loureiro Werneck ²
Eduarda Angela Pessoa Cesse ³
Moises Goldbaum ¹
Maria Cecília de Souza Minayo ⁴

Abstract *This article deals with a public policy in education, Post Graduation in Collective Health, to identify forms of dialogue of this policy, with the public health policy, the SUS, starting in 1990. The main product of PGSC policy is the training of masters and doctors, essential for teaching and research in the field. Bibliographic review and analysis of CAPES documents and databases based the analysis. Education policy was consistent over time and core to social development, alongside health policy, without presenting formal points of intercession, and its impacts occur mainly through the formation of good and committed professionals, teachers and researchers. In PGSC, professional masters programs are more relevant, for a more direct link of postgraduate programs with the SUS, and the initiatives of the Ministry of Health to finance priorities in research for the Health System. Even initiatives that explicitly seek to approximate the knowledge produced by PG with praxis in the SUS, the mechanisms involved in translating or impacting scientific knowledge into concrete practice are complex and must be context specific and thematic.*

Key words *Public policies, Post-graduation Collective Health, SUS*

Resumo *Este artigo trata de política pública em educação, a Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para identificar formas de diálogo dessa política, a partir de 1990, com a política pública em saúde, o SUS. Toma-se como produto principal da política de PGSC a formação de mestres e doutores, essenciais para a docência e a pesquisa na área. Foi realizada revisão bibliográfica e análise de documentos e bases de dados da CAPES. Concluiu-se que a política de educação foi consistente ao longo do tempo e nuclear para o desenvolvimento social, ao lado da política de saúde, sem apresentar pontos formais de intercessão, e seus impactos ocorrerão, principalmente, por meio de formação de bons e comprometidos profissionais, docentes e pesquisadores. Na PGSC mostram-se relevantes os mestrados profissionais, para vinculação mais direta das pós-graduações com o SUS, e os editais propostos pelo Ministério da Saúde para o financiamento de temas prioritários para o Sistema de Saúde. Os autores consideram que, mesmo nas iniciativas explícitas de aproximação do conhecimento produzido pela PG com a práxis no SUS, os mecanismos envolvidos na translação, tradução ou impacto do conhecimento científico para a prática concreta são complexos e devem ser analisados por meio de recortes por temas e contextos específicos.*

Palavras-chave *Políticas públicas, Pós-graduação Saúde Coletiva, SUS*

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP Brasil. hidutilh@usp.br

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Recife PE Brasil.

⁴ Claves, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Considerações gerais – A devastação causada pelas Grandes Guerras Mundiais, o crescente desenvolvimento econômico e social a partir dos anos 1950, a renovada confiança na possibilidade de construção de um mundo estável e justo por meio de ações e instâncias representativas, de responsabilidade do Estado, com o apoio da Ciência & Tecnologia, fizeram com que a proposição de políticas públicas em educação e em saúde passasse a ser considerada fundamental para a sustentação desse desenvolvimento, em conjunturas políticas as mais diversas¹.

No Brasil, também se identifica a presença dessas ideias nas décadas iniciais do pós-guerra. Mas apenas após a redemocratização, nos anos 1980, a Constituição Federal de 1988 estatuiu uma proposta de política em saúde de caráter nacional: a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, que modificou o acesso da população brasileira à saúde como direito de todos e dever do Estado².

Na Constituição Federal de 1988 também a educação é um direito de todos, dever do Estado e da família. As políticas públicas da área mobilizam a população como um todo. Mas apesar da diminuição do analfabetismo e do acesso à educação, nos três níveis, há consenso de que não foi dada prioridade a esta^{3,4}.

Estas breves considerações têm por objetivo introduzir alguns pressupostos que orientam este artigo. O primeiro é que as políticas públicas em saúde e em educação obedecem a trajetórias históricas distintas, mas têm a Constituição de 1988 como um marco e um contexto político comum que não pode ser desconsiderado nas análises de seu desenvolvimento. O segundo se refere à necessidade de circunscrever o objeto de análise, qual seja, a pós-graduação senso estrito no período 1990-2017, e em particular a Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) e seu diálogo com o SUS, sem descontextualizá-lo. O terceiro diz respeito à opção conceitual e metodológica de desenvolver a análise não na perspectiva da atuação do poder político, no qual se inserem as propostas, mas de considerar as políticas públicas como *processos complexos e multidimensionais que se desenvolvem em múltiplos níveis de ação e decisão – local, regional e transnacional, e envolvem diferentes atores – governantes, legisladores, eleitores, administradores públicos, grupos de interesse, públicos-alvo e organismos transnacionais –*, que agem em quadros institucionais e em contextos geográficos e políticos específicos, visando à reso-

lução de problemas públicos, mas também a distribuição de poder e de recursos⁵. Com base nessa compreensão se mostra possível a identificação de formas de diálogo e influências recíprocas entre a PGSC e o SUS.

A análise das políticas públicas pode ser sintetizada em quatro modelos teóricos: modelo sequencial ou do ciclo político (*policy cycle*); metáfora dos fluxos múltiplos (*multiple streams framework*); modelo do equilíbrio interrompido (*punctuated equilibrium theory*); e quadro teórico das coligações de causa ou de interesse (*advocacy coalition framework*)⁵. Esses arranjos se inserem num campo multidisciplinar em que se explicam as políticas públicas por meio da compreensão dos modos de funcionamento da ação pública, suas continuidades e rupturas e a multiplicidade de fatores e forças que conformam os processos reais. Para a análise aqui desenvolvida sobre a implementação da PGSC e discutir as possíveis articulações/influências/repercussões/impactos com outra política pública, o SUS, o modelo que se mostra mais promissor é o das “coligações de causa ou interesse”, cujo principal autor de referência é Paul Sabatier⁶.

Para esse autor, seis condições são necessárias para os processos de análise de implementação de políticas públicas: (1) objetivos claros e consistentes, que permitam sua avaliação; (2) adequada teoria causal para a mudança que a política pretende alcançar; (3) estrutura legal que favorece o compromisso entre os responsáveis pela política e os grupos alvo; (4) os responsáveis pela implementação são competentes tecnicamente e comprometidos; (5) há apoio político do executivo e legislativo; (6) a política objetiva o impacto social, sem que isso comprometa a teoria causal que a orienta^{5,7,8}. A análise da PGSC estará orientada por esses parâmetros e serão apresentados dados com base em revisão de literatura, análise documental, informações extraídas da base Geocapes⁹ que contém registros relativos aos programas de pós-graduação (PPG) senso estrito desde 1995.

O ensino superior no Brasil no período 1990-2017: esboço de um cenário

O ensino no Brasil tem sido descrito por meio de três recortes: ensino básico, médio e superior. Considera-se que no ensino básico consolidou-se, no período, a escolarização universal, mas persistem diferenças importantes na qualidade, principalmente nas regiões mais pobres e para grupos sociais desfavorecidos. O ensino médio

tem sido apresentado como o que apresenta pior desempenho ao longo do período, quantitativa e qualitativamente³. Embora nos anos 1990 tenha ocorrido expansão das matrículas, observa-se estabilização no ensino médio nos anos 2000. Em 2013 a proporção da população entre 18 e 29 anos com ensino médio completo era de 48% nas Regiões Norte e Nordeste e entre 60 a 65% nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Essa é a população que pode se candidatar ao ensino superior, e ela não acompanhou a expansão da oferta de vagas desse nível¹⁰.

Existem duas visões acerca da situação do ensino superior brasileiro. De um lado, quando comparado com outros países, mesmo com os que têm desenvolvimento econômico semelhante, considera-se que o Brasil apresenta uma taxa bruta de matrícula baixa, o que afeta o desenvolvimento social. Por outro, valoriza-se o grande investimento feito a partir dos anos 1960, com a criação das universidades federais em todos os estados, com vocação para ensino, pesquisa e extensão, o que foi acompanhado pela criação de um sistema de pós-graduação em todas as áreas de conhecimento. Tal investimento teria produzido impactos sociais e econômicos relevantes, devendo ser mantido e aperfeiçoado, ainda que seu custo seja elevado⁴.

Na década de 1990 houve importante expansão na oferta de vagas no ensino superior, principalmente no setor privado, ainda que o número de candidatos por vaga e o aproveitamento das vagas tenha sido maior no ensino público¹¹. Entre 1990 e 2005 o crescimento das matrículas em cursos presenciais foi de 106% no ensino público e 239% no privado, proporcionalmente maior nas Regiões Norte (489%), Centro-Oeste (329%) e Nordeste (198%)¹². Em 2010 ocorreram 5.450.000 matrículas em cursos de graduação presenciais, representando uma elevação de 100% em relação à 2000¹³. O incremento na oferta de vagas no ensino superior e o aumento do número de matrículas foram favorecidos por maior dotação orçamentária para o Ministério da Educação (MEC), esforços de melhoria de gestão nas universidades e criação de novas universidades federais. No ensino privado, houve ampliação de crédito para estudantes de baixa renda como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e o Programa Universidade Para Todos (Prouni), permitindo o aproveitamento de vagas ociosas.

No período ocorreu importante expansão de vagas (638.700 em 2008) para cursos de graduação na área da saúde (biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia,

fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional). No entanto, o aproveitamento das vagas foi de apenas 50%, com grandes variações entre os cursos: a medicina teve menor número de vagas e 100% de aproveitamento; enfermagem e educação física ofertaram mais de 100.000 vagas com baixo aproveitamento. Esse cenário mostra-se importante para o SUS, bem como para a PGSC, que acolhe profissionais dessas áreas. Nos últimos cinco anos foi autorizada a abertura de muitas faculdades de medicina, como resposta a um diagnóstico do governo federal de insuficiência do número de médicos para atender a população, o que também o levou à criação do Programa Mais Médicos^{14,15}.

É necessário salientar que há uma importante atividade de pós-graduação *sensu lato* no país. Na área da saúde, com participação frequente de secretarias de saúde estaduais e municipais, são oferecidos cursos dos mais variados tipos e duração, incluindo residências médicas e multiprofissionais, cursos de especialização e outras modalidades. Também houve a expansão de cursos à distância que contribuem para a formação profissional e são instâncias de apoio ao SUS¹⁶.

A pós-graduação *sensu stricto* é considerado o programa mais bem-sucedido na educação brasileira. Desde seu início, foi formulado com o propósito específico de contribuir para o desenvolvimento nacional por meio da formação de docentes e pesquisadores com competências para a pesquisa. Uma série de medidas contribuiu para que esse propósito: a sólida articulação do MEC, por meio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), com o CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa) (criado em 1951) e outras instâncias de financiamento, e as universidades. Para dar sustentação ao aperfeiçoamento desses arranjos ao longo do tempo criaram-se os Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG). Como exemplo de medidas específicas que fortaleceram essa política, podemos citar o fato de que instituições de ensino superior (IES) só poderem se tornar universidades quando criam programas de pós-graduação *sensu stricto*, iniciando pelo mestrado. Outro exemplo encontra-se nas avaliações regulares, realizadas pela CAPES, com atribuição de notas para os programas. Ressalta-se que os mais bem avaliados e que se destacam na pesquisa são apoiados com um volume maior de recursos e representam um capital social importante para as universidades. O crescimento, quantitativo e

qualitativo da produção científica brasileira publicada em periódicos científicos no período foi, sem dúvida, resultado dessa política.

A partir dos anos 2000, passou a ser discutida a necessidade da ampliação da contribuição da pós-graduação para o desenvolvimento econômico e social de forma mais direta, além da produção de conhecimento científico^{17,18}. A criação do Mestrado Profissional (MP) ainda na década de 1990 faz parte dessa perspectiva, em que se buscam construir articulações entre formação, produção de conhecimento e sua transferência para setores produtivos e estratégicos para o desenvolvimento social.

Ao longo do período houve crescimento contínuo no número de PPG particularmente nas universidades públicas. Mas também houve aumento da participação do setor privado, principalmente no caso do MP. Entre 1999 e 2011, manteve-se o predomínio da Região Sudeste (com metade dos programas do país em 2011), embora a participação percentual das outras Regiões tenha aumentado sensivelmente¹⁹.

Os percentuais de crescimento das matrículas no mesmo período por curso de pós-graduação foram distintos: 138% para o doutorado (71.300 matrículas em 2011), 90% para o Mestrado (104.100 matrículas em 2011) e 1970% para o MP (12.100 matrículas em 2011). Em 2011 foram titulados 12.217 doutores, 39.220 mestres e 3.610 Mestres Profissionais. A Região Sudeste foi responsável por 29.009 titulados, e apresenta características diversas das outras regiões: os Doutorados representam 28% do total dos seus cursos (cerca de 17% no Sul e Nordeste) e concentra 63% dos MP, com 93% deles em instituições privadas (45% no Sul e 24% no Nordeste)¹⁹.

Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva 1990-2017

É no regime militar instituído em 1964 que ocorrem a sistematização e a institucionalização do sistema de pós-graduação estrito senso no Brasil, tendo como marcos o assim denominado Parecer Newton Sucupira (Parecer nº 977/65, Conselho Federal de Educação)²⁰ e a Reforma Universitária de 1968^{21,22}. O Parecer Newton Sucupira constituiu as bases do modelo de pós-graduação brasileiro²⁰. Ali são definidos e caracterizados os cursos em nível de mestrado e doutorado, estabelecidas as distinções entre pós-graduação lato e estrito senso, lançadas as bases do mestrado e doutorado profissionais e reforçada a ideia de que a pós-graduação estrito senso é parte essencial da

finalidade da universidade. A Reforma Universitária introduziu uma série de modificações nas IES, notadamente nas federais, criando a estrutura departamental e a valorização da carreira acadêmica, contribuindo para a articulação entre as atividades de ensino e pesquisa no ambiente universitário. Em 1965 estimava-se a existência de cerca de 27 cursos de mestrado e 11 de doutorado²³, em 1975 já eram 370 e 89, respectivamente.

O I Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG)²⁴ identifica que o processo de expansão da pós-graduação no país até então teria se dado de forma desarticulada e influenciada, principalmente, por fatores conjunturais que exigiam respostas às crescentes necessidades de escolarização da população²⁴. Tais respostas se deram por meio de iniciativas isoladas e com apoio insuficiente dos órgãos governamentais responsáveis pelas políticas científica e educacional, gerando instabilidades no sistema, baixo nível de desempenho em termos de titulação e prenúncio de uma expansão com concentração geográfica e em temas específicos²⁴. A partir desse diagnóstico, o I PNPG²⁴ estabeleceu como diretrizes principais para o período 1975-1979 a institucionalização do sistema de pós-graduação no âmbito universitário, melhoria dos níveis de seu desempenho e redução das disparidades regionais e entre áreas de conhecimento. Os mecanismos propostos para o alcance das metas foram a concessão de bolsas, a ampliação de programas de capacitação docente e a admissão de novos professores²⁴.

O II PNPG (1982-1985)²⁵ reforça as recomendações do I PNPG²⁴ além de buscar harmonizar o sistema de pós-graduação com o II Plano Nacional de Desenvolvimento e com o III Plano Brasileiro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Recomenda a realização de diagnósticos das áreas de conhecimento para que sejam estabelecidas prioridades de acordo com seu desenvolvimento nos campos científico e tecnológico e sua importância estratégica para o desenvolvimento do país. As diretrizes do II PNPG²⁵ enfatizam também a necessidade de institucionalização e aperfeiçoamento do sistema de avaliação criado em 1976 como meio de garantir a qualidade da pós-graduação²⁶. No III PNPG (1986-1989)²⁶, percebe-se uma preocupação com a integração da pós-graduação com o sistema nacional de ciência e tecnologia, visando o desenvolvimento econômico e social do país.

Os três primeiros PNPG²⁴⁻²⁶ têm influência decisiva no modo com que se deu a expansão da pós-graduação brasileira em seu estágio inicial. Até 1990, a expansão se deu basicamente em ins-

tituições públicas, ao contrário do que ocorreu com os cursos de graduação²⁷. A pós-graduação também cresceu de forma mais planejada, resultado de uma política de Estado expressa nos PNPG, tendo objetivos claros de qualificar os docentes e valorizar a carreira acadêmica, melhorar o desempenho do sistema e adequar a pesquisa na universidade às necessidades de desenvolvimento científico e tecnológico e atender às prioridades nacionais²⁷.

A pós-graduação estrito senso em Saúde Coletiva também passou por um processo de expansão nesse período. As primeiras turmas de mestrado na área foram abertas na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) nos anos de 1967 e 1968. No entanto, essa iniciativa foi interrompida²⁸. Na década de 1970, a pós-graduação na área de Saúde Coletiva inicia seu processo de institucionalização e em 1975 já contava com cinco cursos de mestrado (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP/1970, Faculdade de Medicina-FM/USP-RP/1971, Faculdade de Medicina-FM/USP/1973, Universidade Federal da Bahia/1973, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-IMS/UERJ/1974) e três de Doutorado (FSP/USP/1970, FM/USP-RP/1971, FM/USP/1973)²⁹.

De 1975 até 1990, a área teve um crescimento modesto se comparado ao restante do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG), contando em 1990 com nove programas de pós-graduação, sendo cinco combinando cursos de Mestrado e Doutorado, com aumento de 80% e 67% no número de cursos, respectivamente.

Ao contrário do período de consolidação e expansão inicial da pós-graduação brasileira, marcado por três PNPG, o III PNPG (1986-1989)²⁶ não foi imediatamente seguido por outro plano. A partir de 1996 iniciam-se discussões com vistas ao desenvolvimento do IV PNPG³⁰. Apesar de não terem sido promulgadas, suas diretrizes foram adotadas pela CAPES e incluíam a necessidade de diversificação e flexibilização nas formas de organização da pós-graduação, aperfeiçoamento dos mecanismos de avaliação e maior inserção internacional³¹⁻³³. O V PNPG (2005-2010) reforça as diretrizes do IV PNPG quanto à necessidade de diversificação e combate às assimetrias do sistema e recomenda a incorporação de aspectos qualitativos no processo de avaliação, em particular, quanto ao impacto da pós-graduação na sociedade³⁰. No final de 2010, em parceria com o CNPq e outras agências de fomento, a CAPES apresentou o VI PNPG³³, elabo-

rado concomitantemente ao Plano Nacional de Educação/PNE do MEC com vigência para 2011 a 2020. Nele se afirma: “pela primeira vez um plano nacional de educação contempla as propostas de diretrizes e políticas de ensino de pós-graduação, isso porque o PNPG é parte integrante do PNE³⁴. São definidas como áreas estratégicas as da Saúde, Ciências Biológicas e Engenharias.

A partir de 1990, no âmbito das diretrizes do IV e V PNPG^{30,33}, o crescimento da PGSC é superior à média do SNPG. Em 2010, a área contava com 38 programas acadêmicos (16 de Mestrado, um de Doutorado e 21 de Mestrado e Doutorado), representando um aumento de mais de quatro vezes em 20 anos. Para o SNPG como um todo, no mesmo período o crescimento de cursos de Mestrado e Doutorado acadêmicos foi de 2,8 e 3,5 vezes, respectivamente.

A área de saúde coletiva alcançou um grau de descentralização geográfica maior do que o observado em todo o SNPG e na grande área da saúde. Em 2016, por exemplo, quase 40% dos PPG acadêmicos da área de Saúde Coletiva se localizavam fora do eixo Sul-Sudeste, enquanto esse percentual era de 35% e 28% em todo o SNPG e na grande área da saúde, respectivamente. Vale observar, no entanto, que essa desconcentração se deu mais amplamente em direção à região Nordeste do que às regiões Norte e Centro-Oeste. Nessas últimas, a área mantinha, em 2016, 12% de seus PPG contra 14% em todo o SNPG. Em 2000 a área já tinha 33% de seus PPG acadêmicos fora do eixo Sul-Sudeste, enquanto esse percentual era de 22% e 14% em todo o SNPG e na grande área da saúde, respectivamente. Entre 2000 e 2016, a desconcentração foi menos veloz na Saúde Coletiva, com um incremento de 17% fora do eixo Sul-Sudeste em comparação a 57% e 99% em todo o SNPG e na grande área da saúde, respectivamente.

O número de titulações após 1990 aumentou, particularmente de doutores. No ano de 2016, em todo o SNPG, foram formados cerca 50 mil mestres e 20 mil doutores, um incremento de 4,7 e 6,9 vezes os números de 1996, respectivamente^{9,34}. Na área de Saúde Coletiva observa-se situação similar, porém com menor incremento relativo no número de titulações de doutorado no período. No ano de 2016 na área de Saúde Coletiva foram titulados em programas acadêmicos 690 mestres e 321 doutores, um crescimento de quatro vezes em relação aos números de 1996^{9,35}. A razão doutores/mestres titulados em programas acadêmicos aumentou ao longo do tempo, sendo de 0,42 e 0,47 em 2016 para todo o SNPG e na área de Saúde Coletiva, respectivamente.

Na década de 1990 o incentivo à criação de Mestrados Profissionais (MP) em áreas aplicadas passou a fazer parte da agenda do Conselho Técnico-Científico do Ensino Superior da CAPES (CTC-ES). Os MP se destinam à capacitação operacional e ao desenvolvimento e inovação aplicáveis, de modo direto e efetivo, ao campo de atuação do profissional em formação³⁶. Em 1995, a Portaria CAPES nº47³⁷ determinou a implantação na CAPES de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação desses cursos, o que foi complementado em 1998 pela Portaria CAPES nº80³⁸. Em 2009 foi lançada pela CAPES a Portaria Normativa nº17³⁹, que se tornou o marco regulatório dessa modalidade de formação.

Os objetivos do MP definidos pela Portaria nº17³⁹ são: capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando a atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho; transferir conhecimento para a sociedade com vistas ao desenvolvimento nacional, regional ou local; e promover a articulação integrada da formação profissional, visando a melhorar a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação apropriados; e, por fim, contribuir para agregar competitividade e aumentar a produtividade das empresas, organizações públicas e privadas.

Os MP formaram seus primeiros egressos no final da década de 1990, e nos últimos anos houve crescimento e destaque dessa modalidade de formação. A primeira proposta na área da Saúde Coletiva foi a da UERJ, aprovada pela CAPES em 1999 e com início de funcionamento em 2000. Em 2013 o CTC-ES criou o cargo de Coordenador Adjunto de Área para MP e uma agenda de criação de programas profissionais e de incentivo de sua articulação em rede. Os programas em rede foram, no primeiro momento, criados para qualificar a formação de professores do ensino médio, por meio dos chamados “Prof’s”: ProfLetras, ProfMat, ProfFísica, dentre outros. Posteriormente, entrou em funcionamento a rede para a formação profissional em outros setores, tais como a Rede Nordeste de Biotecnologia, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), MP em Rede em Saúde da Família (ProfSaúde) e MP em Administração Pública (ProfIAP).

Em 2016, o SNPG contava com 786 MP e as áreas de avaliação com mais MP são: interdisci-

plinar (96 programas), ensino (82), administração (75), educação (47), saúde coletiva (40) e ciências ambientais (32). Proporcionalmente, a área de Saúde Coletiva é a segunda, com 44% dos seus PPG nessa modalidade.

O crescimento dos cursos de MP na área de Saúde Coletiva se deu de forma mais veloz entre 2008 e 2012, passando de 12 para 30 cursos, alcançando 40 em 2016. O número de titulados aumentou de 193 em 2012 para 503 em 2016, sendo 126 (25%) oriundos do MP em Saúde da Família da RENASF. Deve-se destacar o papel da Fiocruz no que tange aos MP. Sem considerar sua participação na RENASF, que envolve outras oito instituições, os MP da Fiocruz titularam 387 mestres no quadriênio 2013-2016, 25% do total dos formados no período. A capilaridade da Fiocruz e sua vinculação ao Ministério da Saúde contribuem para que a instituição tenha um papel proeminente na formação estrito senso em Saúde Coletiva, em especial no MP, com oferta de turmas em diferentes UF.

A discussão do momento gira em torno da criação do doutorado profissional, previsto no Plano Nacional de Pós-graduação. No início de 2017 foi lançada a Portaria CAPES nº389⁴⁰ do MEC que instituiu, no âmbito da pós-graduação estrito senso, as modalidades Mestrado Profissional e Doutorado Profissional. No mesmo ano foi publicada a Portaria CAPES nº131 que dispõe, de forma ainda genérica, sobre a apresentação de propostas de cursos novos nessas modalidades, procedimentos de acompanhamento e avaliação e validade dos títulos⁴¹.

Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o SUS

A análise da Pós-Graduação senso estrito no Brasil, em particular, da Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva, permite considerar que estiveram presentes as condições necessárias para sua implementação enquanto política pública no período 1990-2017: objetivos claros e consistentes (PNPG), uma teoria causal para a mudança (formar competentes professores e excelentes pesquisadores), estrutura legal estável e comprometida com o diálogo entre os órgãos oficiais e os programas; e coordenadores responsáveis pela implementação da proposta; apoio político do executivo, legislativo e das universidades.

Ainda que em todos os PNPG estivesse referido como objetivo o impacto social de forma cada vez mais explícita, é a criação e regulamentação progressiva dos MP que sinaliza mais claramente

essa direção. Não houve uma mudança no arcabouço nuclear da PG senso estrito em geral e nem na de Saúde Coletiva, como resposta direta às outras políticas públicas implementadas no período, especificamente o SUS.

Quando da análise das políticas públicas em saúde no período, da qual o SUS é parte nuclear, também ficam evidentes as dimensões macropolíticas, a complexidade das determinações sociais, com desdobramentos e questões inerentes a essa política específica, e não se detectam articulações diretas com a política em educação⁴². No que se refere à relação do SUS com a política de educação, é importante reconhecer que além da formação de profissionais, docentes e pesquisadores, o sistema de saúde é impactado também pelo nível de escolarização da população, pela formação de seus quadros técnicos e especializados, entre outras dimensões.

No recorte de análise aqui proposto – os PPG em geral e da Saúde Coletiva em particular – foram tomados como objeto de análise seus produtos mais imediatos, a formação de alunos nos mestrados acadêmico e profissional e doutorado, e não o conhecimento produzido pelos programas, e menos ainda os possíveis impactos sobre o SUS e a saúde da população, o que exige análises adicionais que têm se mostrado desafiadoras, tanto conceitual quanto metodologicamente.

Ainda que o impacto social seja sempre o objetivo maior a ser alcançado, e tenham sido desenvolvidas iniciativas que buscam aproximar

o conhecimento produzido nos programas com os serviços de saúde (como os editais do DECIT/SCTIE/MS) os mecanismos de produção de impacto pela translação ou tradução do conhecimento científico são complexos e sua compreensão pode se dar de forma mais aprofundada quando se toma um tema específico. Não se mostra viável estudar o impacto da área da Saúde Coletiva como um todo^{43,44}.

O crescimento da área da pós-graduação senso estrito em Saúde Coletiva a partir de 1990 no que se refere ao número de programas foi intenso, e de forma menos concentrada geograficamente do que o conjunto dos programas, com destaque para Região Nordeste. Quanto ao número de titulados nos mestrados e doutorados acadêmicos, e sua proporcionalidade, a área acompanhou a tendência geral. A Saúde Coletiva teve posição destacada na criação de MP, com volume importante de formados na Região Nordeste, por meio de MP em rede e os coordenados pela Fiocruz. A presença crescente e destacada de um instituto de pesquisa em saúde como a Fiocruz como proponente de PPG em Saúde Coletiva pode ser considerada como uma relevante forma de aproximação da política pública de pós-graduação senso estrito com o SUS, pouco frequente em outras áreas. Entretanto, ainda que existam sinais de reconhecimento da política pública de saúde na PG em Saúde Coletiva no período analisado, a sua dinâmica foi dominada pela política pública de PG senso estrito.

Colaboradores

O artigo foi proposto por HMD Novaes e MCS Minayo. HMD Novaes, GL Werneck e EAP Cesse elaboraram o texto, revisado por M Goldbaum e MCS Minayo.

Referências

- Muller P. *Les politiques publiques*. 9ª ed. Paris: Presses Universitaires de France; 2011.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian Health System: history, advances and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1779.
- Ghiraldelli Júnior P. *História da educação brasileira*. São Paulo: Cortez Editora; 2006
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Educação no Brasil: atrasos, conquistas e desafios. In: Tafner P, editor. *Brasil: o estado de uma nação*. IPEA, Brasília; 2006. p. 121-227.
- Araujo L, Rodrigues ML. Modelos de análise de políticas públicas. *Sociologia, Problemas e Práticas* 2017; 83:11-35.
- Sabatier PA. The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe, *Journal of European Public Policy* 1998; 5(1):98-130.
- Lima LL, D'Ascenzi L. Public policy implementation: analytical perspectives. *Rev. Sociol. Polit* 2013; 21(48):101-110.
- Sabatier PA, Weible W. The Advocacy Coalition Framework. Innovations and Clarifications. In: Sabatier PA, editor. *Theory of Policy Process*. Boulder, Colorado: Westview Press; 2007.p. 189-220.
- GeoCapes. Sistema e informação georreferencial. [aplicativo na Internet]. [acessado 2017 Dez 30]; Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Boletim Políticas Sociais* 2015; (23):204- 205.
- Corbucci PR. *O ensino superior brasileiro na década de 90: políticas sociais. acompanhamento e análise*. Brasília: IPEA; 2000.
- Corbucci PR. *Desafios da educação superior e desenvolvimento no Brasil*. Brasília: IPEA; 2007. (Texto para discussão, n. 1287).
- Corbucci PR. *Evolução do acesso de jovens à educação superior no Brasil*. Brasília: IPEA; 2014. (Texto para discussão, n. 1950)
- Haddad AE, Morira MC, Perantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: na analysis from 1991 to 2008. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3):383-393.
- Girardi SN, van Stralen ACS, Cella JN, Maas, CDW, Carvalho, CL, Faria EO. O impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos na Atenção Primária em Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2675-2684.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Educação no Brasil: atrasos, conquistas e desafios. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Brasil: o estado de uma nação*. Brasília: IPEA; 2006. p. 144-228.
- Dantas F. Responsabilidade social e pós-graduação no Brasil: ideias para (avali)ação. *RBPG* 2004; 1(2):160-172.
- Balbachevsky E. A pós-graduação no Brasil: novos desafios para uma política bem-sucedida. In: Schwartzman S, Brock C. *Os desafios da educação no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005. p. 285-314.
- Cirani CBS, Campanario MA, Silva HHM. A evolução do ensino de pós-graduação senso estrito no Brasil: análise explanatória e proposições para a pesquisa. *Avaliação* 2015; 20(1):163-187.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). Parecer nº 977/65. Aprovado em 03 de dezembro de 1965 [documento na Internet]. Brasília: MEC/CEF; 1965.[acessado 2017 Dez 30]; [cerca de 3 p]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Parecer_CESU_977_1965.pdf.
- Cury CRJ. Quadragésimo ano do parecer CFE nº 977/65. *Revista Brasileira de Educação* 2005; 30:7-20.
- Martins CB. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educação & Sociedade* 2009; 30(106):15-35.
- Velloso J. Introdução. In: Velloso J, organizador. *A Pós-Graduação no Brasil: Formação e Trabalho de Mestres e Doutores no País*. Brasília: Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; 2002. Vol. I.
- Brasil. I Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979). Brasília: MEC/CEF; 1975. [Documento na Internet]. [acessado 2017 Dez 30]; [cerca de 57 p]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). II Plano Nacional de Pós-Graduação (1982-1986). [documento na Internet]. Brasília: MEC/CEF; 1982. [acessado 2017 Dez 30]; [cerca de 16 p]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II_PNPG.pdf.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). III Plano Nacional de Pós-Graduação (1986-1989) [documento na Internet]. Brasília: MEC/CEF; 1986. [acessado 2017 Dez 30]; [cerca de 24 p]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III_PNPG.pdf.
- Martins CB. O ensino superior Brasileiro nos anos 90. *São Paulo em Perspectiva* 2000; 14(1):41-60,
- Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis* 2005; 15(1):13-38.
- Nunes ED. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Cien Saude Colet* 1996; 1(1):55-69.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). Plano Nacional de Pós-Graduação (2005-2010) [documento na Internet]. Brasília: MEC/CEF; 2004. [acessado 2017 Dez 30]; [cerca de 91 p]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG_2005_2010.pdf.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). *Discussão da Pós-Graduação Brasileira* Vol. I. Brasília: CAPES/MEC; 1996.
- França IA. A gestão da pós-graduação no Brasil através de seus planos nacionais: os desafios dos gestores de cursos. *Revista GUAL* 2012; 5(Ed. Esp):43-67.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). VI Plano Nacional de Pós-Graduação (2011-2020) [documento na Internet]. Brasília: MEC; 2010. [acessado 2017 Dez 30]; [cerca de 309 p]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/Livros-PNPG-Volume-I-Mont.pdf>.

34. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Comissão Especial de Acompanhamento do PNPG-2011-2020 - Relatório final 2016, Sumário Executivo. [acessado 2017 Dez 30]; Brasília: MEC; 2010 [cerca de 43 p]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/relatorios/231117-Relatorio-PNPG-Final-2016-CS.pdf>.
35. Barata RB, Goldbaum M. Perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área de saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 2003; 19(6):1863-1876.
36. Quelhas OLG, Faria Filho JR, França SLB. O mestrado profissional no contexto do sistema de pós-graduação brasileiro. *RBPG* 2005; 2(4):97-104.
37. Neves AFB. Portaria 47, de 17 de outubro de 1995. Determina a implantação na Capes de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional. *RBPG* 1995; 2(4):147-148.
38. Brasil. Portaria 80, de 16 dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 11 jan.
39. Brasil. Portaria Normativa 17, de 28 dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. *Diário Oficial da União* 2009; 29 dez.
40. Brasil. Portaria 389, de 23 de março de 2017. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu. *Diário Oficial da União* 2017; 24 mar.
41. Brasil. Portaria 131, de 28 de junho de 2017. Dispõe sobre mestrado e doutorado profissionais. *Diário Oficial da União* 2017; 30 jun.
42. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica* 2017; 33 (Supl.2):e00129616.
43. Ottoson JM. Knowledge-for-action theories in evaluation. Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer and translation. *New Directions for Evaluation* 2009; 124:7-20.
44. Ângulo-Tuesta A, Santos LMP, Iturri JA. Processos e desafios da interação entre pesquisa e políticas na perspectiva dos pesquisadores. *Cien Saude Colet* 2018; 23(1):7-15.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 05/03/2018



