

Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal

Social inequality, health policies and the training of physicians, nurses and dentists in Brazil and in Portugal

Isabel Maria Rodrigues Craveiro¹
Virginia Alonso Hortale²
Ana Paula Cavalcante de Oliveira¹
Gilles Dussault¹

Abstract *This study analyzes the production of scientific knowledge on Health Inequalities (HI) and its use in policies of education of dentists, nurses and physicians in Brazil and Portugal. Documents published between January 2000 and December 2001, in Portuguese, French, English and Spanish, were identified by means of a combination of a manual and intentional electronic database survey of the grey literature. Fifty-three documents were selected from a total of 1,652. The findings revealed that there is still little knowledge available to enable an assessment of policies for human resource training in healthcare in general and for those related to physicians, nurses and dentists in particular. In Brazil, few studies have thus far been made to understand how such training can contribute towards reducing these inequalities and, in the case of Portugal, no studies were found that established a direct relationship between human resource training and the future role that these could play in combating inequality. Despite a vast increase in scientific production, many lacunae still exist in this field. Knowledge production and its relationship with decision-making still seem to be separate processes in these two countries.*

Key words *Evidence-based policies, Social inequalities in health, Training, Human resources in health (HRH), Health policy*

Resumo *O estudo analisa a produção do conhecimento científico sobre desigualdades sociais em saúde e discute sua relação com as políticas de formação de dentistas, enfermeiros e médicos no Brasil e em Portugal. Foram identificados documentos publicados em Português, Francês, Inglês e Espanhol, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2012, por meio da combinação de levantamento em bases de dados eletrônicas, manual e intencional da literatura cinzenta. Foram selecionados 53 documentos de um total de 1652. Os resultados mostram escassez de conhecimento para permitir a avaliação das políticas de formação de recursos humanos em saúde em geral e aquelas relativas a médicos, enfermeiros e dentistas, em particular. No Brasil, ainda são poucos os estudos que procuram entender como essa formação pode contribuir para a diminuição das desigualdades e, para Portugal, não encontramos estudos que estabeleçam uma relação direta entre a formação de recursos humanos e um eventual papel que esses poderão desempenhar no combate às desigualdades. Apesar de um grande aumento na produção científica, muitas lacunas persistem nesse campo. A produção de conhecimento e sua relação com a tomada de decisão parecem ainda ser processos separados nos dois países.*

Palavras-chave *Políticas baseadas em evidência, Desigualdades sociais em saúde, Formação, Recursos humanos em saúde (RHS), Política de saúde*

¹ Global Health and Tropical Medicine, Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. R. Junqueira 100, Campolide. 1349-009 Lisboa Portugal. isabelc@ihmt.unl.pt
² Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

Apesar das melhorias nos determinantes de saúde, as desigualdades sociais persistem como um importante problema de saúde pública¹⁻³. Em muitos países da Europa, incluindo Portugal, vários indicadores de saúde, como esperança de vida e mortalidade infantil, apresentaram melhoras nas últimas décadas; no entanto, continuam desafios consideráveis relacionados com as variações geográficas, entre grupos sociais e minorias e os cuidados necessários para uma população envelhecida^{4,5}. Quanto ao Brasil, embora com a percepção de melhorias nos últimos anos, mantêm-se desigualdades regionais, geográficas e sociais, nas taxas de mortalidade e morbidade⁶. E, para poder dar respostas, os sistemas de saúde precisam de melhorias em termos de efetividade, eficiência e equidade⁷.

Para alcançar a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde, os sistemas de saúde devem estar organizados de forma a reduzir as barreiras de acesso a toda população⁸, e os Recursos Humanos em Saúde (RHS) são considerados um dos pilares essenciais para alcançar esse objetivo^{9,10}.

Assistimos a uma crescente produção científica na área das desigualdades sociais, o que coloca em pauta a questão da sua utilização na formulação de políticas de saúde e, em particular, na formação, empregabilidade e gestão dos RHS, tendo em vista sua contribuição para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para o acesso equitativo aos serviços¹¹. Em última análise, essa produção se voltaria para o alcance do objetivo de Cobertura Universal em Saúde adotado pelos países membros das Nações Unidas em 2012¹² e apoiado pelas suas agências, principalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹³.

Alguns autores constatarem a necessidade de empreender estudos sobre a evolução da produção do conhecimento, mas também sobre as formas de utilização e o impacto da integração desse conhecimento às políticas^{14,15}. Também reconhecem a pertinência de integrar a produção de conhecimentos sobre as desigualdades sociais e seus diferentes determinantes (sociais, econômicos, culturais) nas agendas de investigação e de formulação de políticas de saúde.

Assim, é importante compreender se existiu avanço na utilização do conhecimento produzido para a definição das políticas de saúde¹⁶, considerando a necessidade crescente de que as decisões de gestores, clínicos e decisores políticos baseiem-se em conhecimentos científicos sólidos.

Admitimos que o processo de elaboração de políticas de saúde leve em conta os resultados da investigação^{17,18}, apesar das diferenças existentes entre investigadores e tomadores de decisão¹⁵, em termos de quadros teóricos de referência na abordagem das situações. Além disso, existe uma complexidade inerente à interação investigação-tomada de decisão política devido à natureza da informação científica, muitas vezes abundante, de qualidade diversificada e inacessível para os decisores¹⁹.

É conhecida a falta de estudos comparativos que se servem de revisões da literatura sobre a utilização do conhecimento produzido¹⁵. Compreender como a formulação de políticas de saúde pode se beneficiar de comparações entre países, torna pertinente realizar estudos transnacionais sobre a utilização dos resultados da investigação.

De maneira a empreendermos uma análise sobre temas de interesse comum a Portugal e ao Brasil, considerando suas semelhanças culturais e do idioma, utilizamos um quadro conceitual que permitiu facilitar a análise dos resultados encontrados nos dois países. Neste artigo apresentamos os resultados da primeira fase de um estudo cujo objetivo é analisar as barreiras e facilitadores para a utilização do conhecimento produzido, segundo investigadores e decisores políticos, potenciais utilizadores desse conhecimento. Fica evidente que estudos posteriores serão necessários para identificar fatores que mantêm as barreiras na divulgação do conhecimento sobre as desigualdades sociais e sua potencial utilização na formulação de políticas de formação de RHS que visem a redução das mesmas.

Assim, este estudo teve por objetivo analisar a produção do conhecimento científico sobre as desigualdades sociais em saúde e discutir sua relação com as políticas de formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal

Métodos

Entre outubro de 2012 e janeiro de 2013 realizamos, de acordo com Torracco²⁰, uma revisão integrativa da literatura sobre as desigualdades sociais em saúde e a formação de médicos, enfermeiros e dentistas para o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012, utilizando as bases de dados eletrônicas de livre acesso – *Pubmed/The National Library of Medicine/Washington*; *Organização Pan-Americana da Saúde*; *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* via Bireme (compreendem a *Literatura Latina e do Caribe - Lilacs*, *Wholis*,

The Cochrane Library, entre outras); Banco de Teses da Capes; Rede de observatórios de RHS do Brasil; Ministério da Saúde do Brasil; Direção Geral da Saúde de Portugal, Portal de Saúde de Portugal e *Google Scholar* - e de acesso restrito (e.g. livros, documentos não publicados).

Utilizamos os descritores “recursos humanos”, “saúde”, “profissionais de saúde”, “médicos”, “enfermeiros”, “dentistas”, “formação”, “política de formação”, “intervenção”, “desigualdade” e “iniquidade”, e os pesquisamos em combinação, separados, com o final da palavra alterada e em outra língua, conforme a especificidade de cada base. Para a análise dos documentos, dividimos os descritores em duas dimensões: *produção científica em desigualdades sociais em saúde e formação de RHS* e *políticas e intervenções na formação em saúde*.

Para a primeira dimensão, subdividimos os documentos da seguinte forma:

- *Contexto* – documentos relativos ao contexto institucional (do sistema de saúde) e ao contexto da produção das políticas de formação graduada, pós-graduada e continuada dos profissionais em estudo, e documentos que explicam o contexto social da produção do conhecimento e das políticas de formação de RHS;

- *Estudos empíricos* - correspondem às investigações realizadas com apresentação de resultados. Incluem a extensão do problema, possíveis intervenções e avaliação de políticas de formação dos profissionais em estudo;

- *Política*: documentos publicados em Diário Oficial e relatórios identificados como produção de apoio à política.

Para a segunda dimensão, subdividimos os documentos de acordo com o tipo de abordagem da formação de RHS:

A - o documento só menciona ou apresenta o problema das desigualdades sociais em saúde;

B - o documento menciona ou apresenta o problema, e o discute (ajustada, por exemplo, ao contexto do país, região, etc.);

C - o documento apresenta soluções ou estratégias ou intervenções em termos de formação;

D - o documento avalia as políticas de formação de RHS.

Na análise dos documentos, consideramos quatro tipos de desigualdade, a partir de Thernborn²¹:

- Econômica - inclui a distribuição de renda e de recursos materiais;

- Condições sociais ou de vida - inclui o gênero, a raça, a educação, a geografia, as populações vulneráveis (migrantes, imigrantes e indígenas);

- Institucional ou organização do sistema de saúde – inclui a desigualdade na distribuição regional dos RHS, o nível dos cuidados de saúde e o acesso aos cuidados de saúde e sua utilização;

- Em saúde abrangente – sempre que é apresentada de forma abrangente pelos autores, i.e., sem informação suficiente para podermos classificar, ou quando foram abordados todos os tipos de desigualdade referidos anteriormente.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2012; em Português, Inglês, Francês e Espanhol; sobre médicos, enfermeiros e dentistas; trabalhos empíricos e/ou conceituais/teóricos usando os termos “desigualdade/determinante social de saúde”, ou trabalho onde as intervenções na área da formação de médicos, enfermeiros e/ou dentistas, ou profissionais de saúde em geral, sejam enquadradas pelas políticas. Tendo em vista a sistematização dos estudos utilizamos os conceitos a seguir:

- Desigualdades sociais em saúde – são as diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais – *as desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e na utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social que representam iniquidades*⁸.

- Iniquidades - dizem respeito às desigualdades na saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias²²; entre elas encontram-se as desigualdades nas condições de vida e na distribuição de renda²³.

- Determinantes sociais de saúde (DSS) – são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”²⁴.

Em síntese, tanto desigualdades sociais em saúde como os DSS significam desigualdades entre grupos sociais com mais e menos vantagens, desfavorecendo os segundos. E a equidade não pode ser avaliada sem a inclusão desta componente comparativa entre grupos mais e menos favorecidos²⁵. As desigualdades sociais em saúde variam entre os países, de acordo com as formas de organização dos seus sistemas de saúde. Neste sentido, a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS)²⁶ considera que os sistemas de saúde representam um dos determinantes das desigualdades sociais nas condições de saúde, tendo mesmo um papel relevante para a sua redução; embora Travassos e Castro⁸ afirmem que as *modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais*

no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais.

A “Política de saúde” refere-se a decisões, planos e ações que são empreendidos por forma a alcançar um objetivo específico de saúde numa determinada sociedade e define a visão para o futuro, que ajuda a estabelecer metas a curto e médio prazo, estabelece prioridades e os papéis dos diferentes atores²⁷. Inclui leis, regulamentos, decretos-lei, mas também documentos técnicos de apoio à política¹⁹ e programas.

Pode ser entendida como *o lado formal da política - o legal (a Constituição Federal, as leis e atos executivos), o institucional (os Ministérios, as Secretarias e o Legislativo), o enunciado oficial (a política nacional de saúde) e a prática de um conjunto de indivíduos na sociedade que têm como atribuição principal elaborar leis e executar as políticas*²⁸.

Neste estudo não contemplamos as possibilidades “não formais da política”, nomeadamente a participação cidadã; e entendemos o termo “produção de conhecimento” como “produção científica de conhecimento”²⁹.

Resultados

De 1652 documentos encontrados nas bases de dados pesquisadas, selecionamos 53 documen-

tos. Destes, a maior parte (53%) são de “contexto”, seguidos por documentos “empíricos” (21%) e “política” (26%).

Em relação ao tipo de documento selecionado, para o Brasil, a maioria são artigos (25%), seguidos por dissertações de mestrado e teses de doutoramento e documentos de política. Os documentos sobre legislação e relatórios técnicos de apoio à política foram encontrados em igual número -19%. Para Portugal, a maioria são documentos de política, isto é, intervenções do Ministro da Saúde, PNS e legislação (41%), seguido dos relatórios de investigação (35%).

A maioria dos documentos selecionados tem como instituição promotora a universidade (46%), seguido por organismos nacionais (43%) e minoritariamente organismos internacionais (11%). Esta distribuição é diferente para ambos os países - o maior número de documentos para o Brasil refere-se às universidades e para Portugal aos organismos nacionais (Tabela 1).

Os documentos do Brasil focam sobretudo nas desigualdades sociais em saúde de forma abrangente (59%), e os relativos a Portugal referem-se majoritariamente (71%) às desigualdades nas condições sociais. O conjunto dos documentos selecionados, referidos ao profissional, ao tipo de desigualdade, à classificação do documento e ao tipo de abordagem na formação são apresentados no Quadro 1.

Tabela 1. Características da instituição promotora do estudo, do tipo de documento, conforme o país em estudo.

Instituição promotora e tipos de documento	Brasil				Portugal				Total geral
	Contexto	Empírico	Política	Total	Contexto	Empírico	Política	Total	
Instituição promotora do estudo/legislação									
Organização nacional	5	-	7	12	3	1	7	11	23
Organização internacional	2	-	-	2	3	1	-	4	6
Universidade	13	9	-	22	2	-	-	2	24
Tipo de documento									
Artigo	7	2	-	9	1	-	-	1	10
Dissertação de Mestrado	4	3	-	7	-	-	-	-	7
Intervenção do Ministro Saúde	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Legislação	-	-	3	3	-	-	3	3	6
Livro	1	-	-	1	1	-	-	1	2
Plano Nacional de Saúde	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Relatório de investigação	1	-	-	1	4	2	-	6	7
Relatório técnico de apoio a política	-	-	4	4	-	-	-	-	4
Relatório técnico institucional	3	-	-	3	2	-	-	2	5
Tese de Doutorado	3	4	-	7	-	-	-	-	7
TCC de especialização	1	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	20	9	7	36	8	2	7	17	53

Quadro 1. Resultado da revisão em relação ao profissional, tipo de desigualdade, classificação do documento e tipo de abordagem na formação dos profissionais de saúde.

Características	Referência	Profissional	Tipo de desigualdade	Classificação do documento	Tipo de abordagem da formação dos profissionais de saúde*
conhecimento produzido	Cruz KT. 2004 ³⁰	médicos	condições sociais/vida	contexto	D
	Santana JP, Christóforo MAC., 2001 ³¹	enfermeiros	condições sociais/vida (educação)	contexto	C
	Baganha MI et al. 2002 ³²	médicos e enfermeiros	desigualdade econômica	contexto	B
	Rigoli F, Dussault G. 2003 ³³	geral	desigualdade em saúde abrangente	contexto	C
	Negri B. 2002 ³⁴	médicos e enfermeiros	desigualdade em saúde abrangente	contexto	C
	Deluiz N. 2001 ³⁵	geral	desigualdade em saúde abrangente	contexto	A
	Fonseca CD et al. 2002 ³⁶	médicos e enfermeiros	desigualdade em saúde abrangente	contexto	D
	Pierantoni CR. 2000 ³⁷	todos	institucional/organização do sistema de saúde	contexto	A
	Gijón-Sánchez M et al. 2010 ³⁸	geral	condições sociais/vida (migrantes)	contexto	C
	Ceccim RB, Pinto LF. 2007 ³⁹	todos	condições sociais/vida	contexto	B
	International Organization for Migration (IOM), Gijón-Sánchez, MT. 2006 ⁴⁰	geral	condições sociais/vida (migrantes)	contexto	B
	International Organization for Migration (IOM). 2009 ⁴¹	geral	condições sociais/vida (migrantes)	contexto	C
	Portugal R et al. 2007 ⁴²	geral	condições sociais/vida (migrantes)	contexto	C
	Fernandes A, Pereira M (eds) Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2009 ⁴³	geral	condições sociais / vida (migrantes)	contexto	A
	WHO. 2011 ⁴⁴	geral	condições sociais/vida (migrantes)	contexto	A
	Modesto AA. 2010 ⁴⁵	dentistas	desigualdade em saúde abrangente	contexto	B
	Borde E et al. 2012 ⁴⁶	geral	desigualdade em saúde abrangente	contexto	A
	Canesqui AM. 2010 ⁴⁷	todos	desigualdade em saúde abrangente	contexto	A
	Casotti E. 2009 ⁴⁸	dentistas	desigualdade em saúde abrangente	contexto	B
	Conceição C. et al. 2001 ⁴⁹	todos	desigualdade em saúde abrangente	contexto	B
Garcia ACP. 2010 ⁵⁰	geral	desigualdade em saúde abrangente	contexto	D	
Ferreira MAL, Moura AAG. 2006 ⁵¹	geral	desigualdade em saúde abrangente	contexto	B	
Almeida DCS. 2008 ⁵²	todos	desigualdade em saúde abrangente	contexto	B	
Feuerwerker LCM. 2001 ⁵³	médicos	institucional/organização do sistema de saúde	contexto	A	
Petta HL. 2011 ⁵⁴	médicos	Institucional/organização do sistema de saúde	contexto	D	

continua

Quadro 1. continuação

Características	Referência	Profissional	Tipo de desigualdade	Classificação do documento	Tipo de abordagem da formação dos profissionais de saúde*
conhecimento produzido	Haddad AE et al. 2010 ⁵⁵	todos	Institucional/organização do sistema de saúde	contexto	B
	Vieira ALS, Amâncio Filho A. 2006 ⁵⁶	todos	Institucional/organização do sistema de saúde	contexto	B
	Pires-Alves F et al. 2008 ⁵⁷	todos	Institucional/organização do sistema de saúde	contexto	D
	Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde - Portugal. 2005 ⁵⁸	geral	condições sociais/vida (gênero)	estudo empírico	A
	Lampert JB. 2002 ⁵⁹	médicos	Institucional/organização do sistema de saúde	estudo empírico	B
	Aguirre MBF. 2008 ⁶⁰	geral	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	C
	Armani TB. 2006 ⁶¹	todos	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	B
	Miyagima CH. 2009 ⁶²	geral	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	A
	Marin MJS et al. 2010 ⁶³	todos	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	B
	Dias HS. 2011 ⁶⁴	dentistas	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	B
	Santos R. 2007 ⁶⁵	geral	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	C
	WHO. 2010 ⁶⁶	enfermeiros	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	A
	Zilbovicius C. 2007 ⁶⁷	dentistas	desigualdade em saúde abrangente	estudo empírico	B
	Martins RJ et al. 2009 ⁶⁸	dentistas	Institucional/organização do sistema de saúde	estudo empírico	B

continua

1. Dimensões da produção científica em desigualdades sociais em saúde e formação de RHS

Considerando que em Portugal o primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS) foi implementado em 2004, e no Brasil foi criado em 2006 o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – PROGE-SUS, estabelecemos dois períodos para a análise: 2000-2005 e 2006-2012.

Verificamos que dos 39 documentos encontrados nos dois países, os de contexto publicados entre 2000 e 2005 têm um forte componente de diagnóstico de situação; somente com base em revisão de literatura e análise documental³⁰⁻³⁴ dois deles^{35,36} não descrevem a metodologia uti-

lizada. Apenas um estudo avaliou a implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde - SIG-RHS³⁷.

Nos documentos relativos aos anos entre 2006 e 2012 mantém-se a predominância de estudos teóricos ou de revisão de literatura³⁸⁻⁵⁶ (um não define a metodologia⁵⁷). A tendência de realizar diagnóstico de situação mantém-se nos estudos empíricos do primeiro período^{58,59}; e, nos documentos de anos posteriores⁶⁰⁻⁶⁸ não se identifica qualquer implementação ou avaliação na área de política de formação.

Dentre os documentos citados acima, o mais frequente foi o enfoque designado como “desigualdade em saúde abrangente”. Na maioria das vezes os autores não apresentam a definição do conceito de desigualdade e quando ele aparece,

Quadro 1. continuação

Características	Referência	Profissional	Tipo de desigualdade	Classificação do documento	Tipo de abordagem da formação dos profissionais de saúde*
documentos de política	Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 ⁶⁹	todos	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. 2004 ⁷⁰	todos	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Presidência do Conselho de Ministros. II Plano Nacional para a Igualdade 2003-2006. 2003 ⁷¹	geral	condições sociais/vida (gênero)	Política	--
	Presidência do Conselho de Ministros. II Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2003-2006). 2003 ⁷²	geral	condições sociais/vida (gênero)	Política	--
	Política Nacional de Educação Permanente dos Trabalhadores do Ministério da Saúde (PNEP-MS). Brasil. 2004 ⁷³	geral	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Presidência do Conselho de Ministros. IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013). 2010 ⁷⁴	geral	condições sociais/vida (gênero)	Política	--
	Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasil, Ministério da Saúde. 2006 ⁷⁵	geral	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2012 ⁷⁶	todos	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Ministro da Saúde de Portugal. 2012 ⁷⁷	geral	condições sociais/vida (gênero)	Política	--
	Ministro da Saúde de Portugal. 2007 ⁷⁸	geral	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília. 2006 ⁷⁹	médicos e enfermeiros	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2011 ⁸⁰	todos	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2007 ⁸¹	todos	desigualdade em saúde abrangente	Política	--
	Relatório Final da 14 ^a Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Ministério da Saúde. 2012 ⁸²	todos	desigualdade em saúde abrangente	Política	--

* Documento tipo A - só menciona ou apresenta o problema das desigualdades sociais em saúde; Documento tipo B - menciona ou apresenta o problema, e o discute; Documento tipo C - apresenta soluções ou estratégias ou intervenções em termos de formação; Documento tipo D - avalia as políticas de formação de RHS.

os autores usam o conceito da OMS^{40,43,46} ou uma referência específica⁴⁴, ou até mesmo não indicam referência para a respectiva definição^{38,42}. A maneira como os profissionais de saúde são estudados apresenta grande diversidade, mas a maior parte o faz de forma geral^{33,35,38,40-44,46,50,51,58,60,62,65}, enquanto outros abordam todos os profissionais considerados nesta revisão^{37,39,47,49,52,55-57,61,63}. Encontramos 11 documentos cujas categorias profissionais foram estudadas isoladamente (médicos, enfermeiros e dentistas)^{30,31,45,46,53,54,59,64,66-68} e ainda 3 outros documentos que abordaram em conjunto problemas relacionados a médicos e enfermeiros^{32,34,36}.

Predominam os documentos dos tipos A - o documento só menciona ou apresenta o problema das desigualdades sociais em saúde (10); e B - o documento menciona ou apresenta o problema, e o discute (16). E um número menor de documentos em C - o documento apresenta soluções ou estratégias ou intervenções em termos de formação (8); e em D - o documento avalia as políticas de formação de RHS (5). Com este resultado, podemos antever uma escassez de conhecimento produzido, que contenha a dimensão avaliativa das políticas de formação de RHS em geral e relativas aos profissionais em estudo.

2. Articulação entre a formação de RHS e as desigualdades sociais em saúde na produção científica

Aspectos relacionados, direta ou indiretamente, com a formação de RHS são foco principal de 30 em 37 documentos. Os demais têm como foco as desigualdades sociais em saúde e abordam simultaneamente algumas questões relacionadas com a formação.

Ao analisar a forma como a desigualdade é considerada nos 30 documentos cujo foco principal está relacionado com a formação dos profissionais de saúde, identificamos os seguintes cinco gradientes: desigualdade *residual*, com uma única menção à palavra “desigualdade” e sem relação com a problemática da formação abordada^{31,35,47,67}; desigualdade *indireta*, na medida em que a discussão das questões da formação dos profissionais de saúde considera apenas indiretamente as desigualdades e sem discutir a sua relação com as políticas e intervenções de formação de RHS, relacionadas, ora com os objetivos de equidade do SUS^{34,36,45,48,51,57,61,63-65,68} e da sua contribuição para o combate às desigualdades regionais, ora como parte da compreensão do contexto^{30,39,49,59}, ou ainda o registro da formação

de RHS no âmbito da PNCTIS, desenhada também como “instrumento de redução de desigualdade em saúde”; desigualdade *latente* (sem integração em intervenções) porque as desigualdades são reconhecidas como um dos maiores desafios à prática da enfermagem, mas sem que se apresente alguma relação com as questões da formação e o seu papel, por exemplo, no reforço das competências destes profissionais para lidar com populações vulneráveis⁶⁶; desigualdade *ajustada* com os desafios colocados, quer em termos de formação de RHS voltados às desigualdades nacionais e regionais existentes⁵⁰, às desigualdades sociais nacionais³², aos problemas da formação de médicos especialistas e às desigualdades na distribuição regional^{53,54}, quer em termos das políticas de RHS voltadas às desigualdades do país³⁷, ou ainda a evolução dos cursos ajustados às Conferências Nacionais de RHS e articulados com os movimentos sociais no Brasil⁵²; desigualdade *estratégica* aparece em documentos nos quais a formação é apresentada como estratégia para o alcance da equidade³³ ou para a redução das desigualdades³⁸; ou ainda como estratégia para diminuir a desigualdade de RHS, com a distribuição de cursos^{55,56}.

Os 7 documentos restantes^{40-44,46,58} focam sobretudo nas desigualdades das populações migrantes, e são heterogêneos na forma como abordam as questões da formação. Isso nos leva a supor que existe uma relação indireta da problemática das desigualdades com a formação de “técnicos de saúde”, quando realçam a importância de alertá-los para estas questões e de poderem constituir-se como “agentes na redução das desigualdades”.

3. Políticas e intervenções na formação de RHS e as desigualdades sociais em saúde

Fazem parte dos 14 documentos selecionados relativos às *Políticas* os documentos legais, as intervenções de Ministro da Saúde, o PNS e os relatórios de apoio à política. Estes documentos incluem apenas as desigualdades de condições sociais (6) e abrangentes (8), e em nenhum deles foi definido o conceito de desigualdade utilizado. Para o primeiro período (2000-2005) consta um menor número de textos, sendo apenas documentos legais, em que os Planos Nacionais de Saúde, tanto em Portugal⁶⁹ como no Brasil⁷⁰, consideram os médicos, enfermeiros e dentistas, o que revela uma abordagem mais específica em relação aos Planos restantes, onde os profissionais de saúde são abordados de forma geral⁷¹⁻⁷³.

No que diz respeito às desigualdades, elas são consideradas sobretudo na sua tipologia de desigualdade de condições sociais.

No segundo período (2006-2012), encontramos maior número (9) e diversidade no tipo de documentos, pois além dos documentos legais⁷⁴⁻⁷⁶ existiam as intervenções do Ministro da Saúde^{77,78} e os relatórios técnicos de apoio à política⁷⁹⁻⁸². Quanto aos últimos, referentes ao Brasil, três mencionam médicos, enfermeiros e dentistas e um trata especificamente de médicos e enfermeiros, nos quais a desigualdade é apresentada de forma abrangente. Esta tendência continua, na medida em que o único documento legal do Brasil⁷⁵ faz menção ao mesmo tipo de desigualdade.

Os documentos relativos a Portugal^{74,77,78} abordam os profissionais de forma geral, com exceção do PNS⁷⁶, cuja abordagem aos profissionais de saúde é efetuada por categoria profissional.

Discussão

Os achados desta revisão indicam a predominância de estudos teóricos e de revisão de literatura, o que possibilitaria a contribuição da evidência científica somente para a introdução e suporte da problemática na agenda política.

Os resultados de uma pesquisa podem contribuir com pelo menos três fases da elaboração de políticas: definição da agenda, formulação das políticas e implementação¹⁴. Esse processo inclui a elaboração de recomendações dos formuladores de políticas, o que exigiria evidências sobre a eficácia das intervenções, assim como muitas outras formas de evidência⁹. Um componente fundamental desse processo refere-se à avaliação dos tipos de evidências disponíveis sobre as intervenções nos sistemas de saúde⁸³.

Assim, com o presente estudo, concluímos que é reduzido o conhecimento produzido que aborde a componente avaliativa das políticas de formação de RHS em geral e relativas aos profissionais em estudo, não existindo assim o suporte científico propício para que as políticas sejam baseadas em evidências.

A identificação de fatores considerados vitais para a formulação de políticas de combate às desigualdades sociais em saúde baseadas em evidências^{84,85} pode acontecer de duas formas: 1) os políticos recorrerem a dados científicos sobre desigualdades sociais em saúde para manter este tema na agenda das políticas públicas, pois sem dados os problemas permanecem invisíveis. Mesmo assim, a evidência científica deveria ser

apresentada em linguagem não técnica; 2) os decisores políticos, cientistas, profissionais de saúde, organizações não-governamentais e o público unirem esforços para inserir as desigualdades sociais em saúde na agenda pública. Neste caso, a comunidade científica poderia fornecer evidências relevantes para a adoção de estratégias orientadas à equidade, cabendo aos decisores políticos e profissionais de saúde garantir que essas estratégias sejam implementadas^{86,87}.

Em ambos os casos os resultados das pesquisas deveriam ser apresentados em uma linguagem não técnica ao seu público. Igualmente, para fortalecer o uso dos resultados da investigação seria necessário trabalhar a capacidade tanto dos tomadores de decisão como de suas equipes para avaliar a aplicabilidade, pertinência dos resultados e qualidade dos estudos^{88,89}.

Para utilizar os resultados de pesquisa na formulação e implementação de políticas seriam necessários estudos para identificar e avaliar as intervenções na redução da desigualdade social por meio da formação dos profissionais. A presente revisão antevê que a escassez de estudos espelha a insuficiência de políticas que reconheçam a formação dos profissionais como estratégia para a redução das desigualdades. Adicionalmente, identificamos que apesar do aumento da produção científica no período estudado, ainda existem muitas lacunas, e que o processo de produção de conhecimento e a sua relação com a tomada de decisão poderão ainda ser processos separados, em ambos países. Esta é precisamente uma questão que procuraremos responder na segunda fase do trabalho.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que procuram entender, mesmo que de forma indireta, como a formação de RHS contribui para a diminuição das desigualdades sociais e de saúde. É o caso de Bosi e Paim⁹⁰ que discutiram as principais características da formação do profissional de saúde pública em nível de graduação; e Dias et al.⁹¹, que analisaram os antecedentes da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos últimos anos foram instituídos no Brasil mecanismos voltados para a diminuição das desigualdades nem sempre relacionados com a produção científica, principalmente os localizados na distribuição dos profissionais da atenção primária, i.e., Estratégia de Saúde da Família. Estudo de Borde et al.⁴⁶ mostrou que até à década de 90, apesar do predomínio da pesquisa teórica ou conceitual sobre os determinantes de saúde,

ela contribuiu para posicionar a pesquisa brasileira no centro do debate político e acadêmico na América Latina. E mesmo assim: *o alcance e o impacto dos determinantes sociais de saúde e das pesquisas sobre as iniquidades em saúde continuam restritos à comunidade acadêmica, com fortes repercussões, mas ainda insuficientes, na formulação de políticas e nos indicadores de saúde*⁴⁶.

Do ponto de vista da formação em saúde, estudos mais recentes sobre os cursos de graduação em saúde coletiva^{92,93} discutem o processo de sua criação e implementação, considerando-os uma realidade irreversível no campo da formação interdisciplinar em saúde no Brasil, embora tensionados pelos modelos tradicionais de formação disciplinar.

Em Portugal não se encontraram estudos que estabeleçam uma relação direta entre os RHS e um eventual papel que poderão desempenhar no combate às desigualdades sociais em saúde que persistem⁹⁴. Porém, os organismos que financiam a investigação não definiram o tema como prioritário.

Para a Europa, a OMS⁹⁵ apresentou em 2013 seis objetivos gerais para a Saúde 2020: reduzir a mortalidade prematura até 2020, aumentar a esperança de vida, reduzir as desigualdades em saúde, melhorar o bem-estar da população europeia, proporcionar cobertura universal de saúde e estabelecer metas nacionais para todos os estados membros. Ou seja, o combate às desigualdades sociais em saúde continuará entre as prioridades no espaço da União Europeia (UE), incluindo Portugal, mas este objetivo não se encontra relacionado com linhas de ação mais específicas, incluindo o que deveria ser o papel dos RHS e a formação dos mesmos.

Todos os países precisam de sistemas de investigação consolidados de forma a contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar das suas populações⁹⁶. Porém, em Portugal continua a não existir *um sistema de investigação em saúde que garanta um conhecimento científico equilibrado sobre a realidade nacional*⁶⁹. No Brasil, somente a partir de 2006 implementou-se a “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde”, cuja ação mais importante é a legitimação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) no país, em consonância com os princípios do SUS. Tal perfil difere do que acontece com outros países onde já está consolidada a tendência de apoio das agências financiadoras para a integração dos resultados da evidência nas decisões políticas⁹⁷.

O Brasil, nos últimos anos, ao definir uma agenda de prioridades de pesquisa, insere-se na perspectiva de integrar os diversos atores no processo de produção do conhecimento. Assim, os resultados desta revisão confirmam para o Brasil, e também para Portugal, as fragilidades na relação entre ciência e outros setores da sociedade, nomeadamente a saúde¹⁶.

Esta revisão também mostra que o conhecimento produzido com foco na formação dos profissionais de saúde voltado às desigualdades sociais em saúde, tem baixa integração entre ambas. Ou seja, a desigualdade social em saúde tende a ser tratada nos estudos que analisamos de forma residual, indireta e latente, podendo refletir um baixo aproveitamento do conjunto de evidência na área das desigualdades sociais, com uma eventual consequência em termos de integração da problemática na agenda política. O fato de haver no Brasil baixa prioridade das agências financiadoras para pesquisas voltadas à formação poderia explicar a predominância de estudos sobre a gestão de RHS sem relação com a formação.

Observamos que, nos últimos dois anos, essa tendência se reverte, quando as principais agências financiadoras incluem estudos sobre a formação em suas agendas de pesquisa. Entretanto, ainda são agendas separadas e fragmentadas.

A atual agenda estratégica de pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) inclui os seguintes componentes: formação, mas voltada para estudos sobre a satisfação dos usuários; educação continuada; análise do mercado de trabalho; dimensionamento da força de trabalho em Saúde; regulação; trabalhadores e gestores de programas nacionais de formação como Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde); além de pesquisas sobre demografia médica, migração, retenção e fixação de médicos residentes no país⁹⁸.

Essas iniciativas poderão fazer com que as prioridades definidas em seus programas sejam reflexo dos resultados das pesquisas desenvolvidas.

Considerações Finais

Em suma, no que se refere a Portugal, a relação entre desigualdades em saúde e formação de pro-

fissionais de saúde se faz, sobretudo, com as questões dos migrantes, o que pode refletir as preocupações mais gerais da UE com esta temática⁴⁹.

No Brasil, a relação entre os profissionais de saúde e as desigualdades sociais em saúde, em especial, as desigualdades na distribuição desses profissionais, expressa-se com a atuação dos profissionais junto a grupos vulneráveis³⁹, com a precarização e segmentação das relações de trabalho desses profissionais no sistema público de saúde⁹⁹ e com a fragilidade da regulação do mercado de trabalho em saúde¹⁰⁰.

É importante esclarecer que a presente revisão apresenta duas limitações. A primeira, rela-

cionada com a natureza das fontes de dados, especificamente a diversidade da definição dos descritores nos bancos de dados. Na linha de outros autores^{101,102}, também entendemos que existem especificidades inerentes às revisões cujos objetos de estudo estão relacionados com as políticas, com consequências em termos dos estudos/documentos selecionados e metodologias adotadas. A segunda limitação é relativa ao possível viés de publicação¹⁰³, existindo a possibilidade de não termos encontrado, em ambos os países, relatórios de pesquisa entregues ou produzidos pelos Ministérios da Saúde, por não terem sido disponibilizados nos respectivos sites.

Colaboradores

IMR Craveiro trabalhou na concepção do estudo, metodologia, pesquisa de documentos, análise dos dados e em todas as versões do artigo, incluindo a revisão da redação final; VA Hortale, na concepção do estudo, metodologia, pesquisa de documentos, análise dos dados, e em todas as versões do artigo, incluindo a redação final; APC Oliveira na pesquisa de documentos, análise dos dados, e em todas as versões do artigo; G Dus-sault na concepção do estudo e em todas as versões do artigo, incluindo a redação final.

Agradecimentos

À MRP, pela revisão crítica das versões finais do artigo.

Referências

1. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q* 2004; 82(1):101-124.
2. Mackenbach JP, Martijntje JB. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362(9393):1409-1414.
3. Whitehead M, Dahlgren G. *European strategies for tackling social inequities in health: leveling up part 2*. Studies on social and economic determinants of population health, N° 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. [acessado 2012 dez 1]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>
4. Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet* 2013; 381(9872):1073-1074.
5. OECD. *Health at a Glance. Indicators*. OECD; 2011. [acessado 2014 nov 1]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011. [acessado 2013 fev 1]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
7. McCarthy M, Harvey G, Conceição C, La Torre G, Gulis G. Comparing public-health research priorities in Europe. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7:17. [acessado 2012 out 1]. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/7/1/17>
8. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha J C, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-243.

9. World Health Organization (WHO). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: WHO framework for action; 2007.
10. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources. *Human Resources for Health* 2003; 1:9. [acessado 2012 out 1]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>
11. Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013; 12:18.
12. United Nations General Assembly. *Global health and foreign policy*. 67th session, New York: United Nations; 2012. (Agenda item 123. A/67/L.36).
13. World Health Organization (WHO). *Universal health coverage*. Geneva: WHO; 2013. [acessado 2013 jun 1] Disponível em: http://www.who.int/universal_health_coverage/en
14. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and System* 2003; 1:2. [acessado 2012 fev 1]. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>
15. Hartz Z, Denis J, Moreira E, Matida A. From Knowledge to Action: Challenges and Opportunities for Increasing the Use and Evaluation in Health Promotion Policies and Practices. In: Potvin L, McQueen D, editors. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Berlin: Springer Science Business Media; 2008.
16. Pellegrini Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Cien Saude Colet* 2004; 9(2):339-350.
17. World Health Organization (WHO). *Bulletin of the World Health Organization 2005*. Geneva: WHO; 2005. December, 83(12).
18. Council on Health Research for Development: 2012. [acessado 2012 fev 1]. Disponível em: <http://www.cohred.org/sdh/net/>
19. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *Am J Public Health* 2009; 99(9):1576-1583.
20. Torraco RJ. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review* 2005; 4(3):356-367.
21. Therborn G. Meaning, mechanisms, patterns, and forces: an introduction. In: Therborn G, editor. *Inequalities of the world. New Theoretical Frameworks, Multiple Empirical Approaches*. London: Verso; 2006. p. 1-58.
22. World Health Organization (WHO). *Glossary of Terms*. Geneva: WHO; 2013. [acessado 2013 dez 1] Disponível em: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
23. Whitehead M, Petticrew M, Graham H, Macintyre S, Bambra C, Egan M. Evidence for public health policy on inequalities Paper II: assembling the evidence jigsaw. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(10):817-821.
24. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(4):254-258.
25. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and social organization*. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
26. Comissão para as Desigualdades Sociais em Saúde (CDSS). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2010.
27. World Health Organization (WHO). *Health Policy*. Geneva: WHO; 2014. [acessado 2014 mar 1]. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_policy/en/
28. Mattos RA, Batista TWF, organizadores. *Caminhos para a análise das políticas de saúde*. Ed. Online. Rio de Janeiro: UERJ; 2011. [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>
29. Assis M, Hartz ZMA, Pacheco LC, Victor VV. Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. *Comunicação Saúde Educação* 2009; 13(29):367-382.
30. Cruz KT. *A formação Médica no Discurso da CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
31. Santana JB, Christófaro MAC. *Introdução à Reforma Educacional Brasileira*. s.l.; s.n: 2001 (OPS. Publicación Científica e Técnica). [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>
32. Baganha MI, Ribeiro JS, Pires S. *O sector da Saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Relatório online; 2002. [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal>
33. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health* 2003; 1:9.
34. Negri B. *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
35. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Brasília: OPAS, OMS; 2001. Relatório online. [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=585&Itemid=
36. Fonseca CD, Seixas PHD, Campos FE, Santana JP, organizadores. *Política de recursos humanos em saúde - Seminário Internacional*. Brasil: Ministério da Saúde; 2002.
37. Pierantoni CR. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
38. Gijón-Sánchez MT, Pinzón-Pulido S, Kolehmainen-Aitken RL, Weekers J, Acuña DL, Benedict R, Peiro MJ. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. *Eurohealth* 2010; 16(1):17-19.
39. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev. bras. educ. Méd* 2007; 31(3):266-277.
40. International Organization for Migration (IOM), Gijón-Sánchez MT. *Developing a Public Health Workforce for Addressing Migrant Health Needs in Europe*. Geneva: IOM; 2006.
41. International Organization for Migration (IOM). *Migration Health: a better health for all in Europe*. Geneva: IOM; 2009.

42. Portugal R, Padilla B, Ingleby D, Freitas C, Lebas J, Miguel JP. Good Practices on Health and Migration in the EU. Final Draft: *Conference Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society*. Lisbon; 2007.
43. Fernandes A, Pereira M, editores. *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
44. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijkts B, Petrova-Benedict R, Mckee M. *Migration and health in the european union*. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on health systems and policies; 2011.
45. Modesto AA. *A interdisciplinaridade e a integralidade na formação em Odontologia no contexto do SUS: um estudo sobre as contribuições teórico-conceituais acerca dos cenários de práticas de ensino em odontologia* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
46. Borde E, Akerman M, Pellegrini Filho A. *Capacities for research on health and its social determinants: Social Determinants of Health and health inequities in knowledge production and the Brazilian national research system (2005 – 2012)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. (National mapping report).
47. Canesqui AM. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1955-1966.
48. Casotti E. *Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
49. Conceição C, Ribeiro JS, Pereira J, Dussault G. *Portugal Mobility of Health Professionals*. Relatório online; 2001. [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal>
50. Garcia ACP. *Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
51. Ferreira MAL, Moura AAG. *Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde (CNS)* [monografia]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
52. Almeida DCS. *A Formação Superior e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde* [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
53. Feuerwerker LCM. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. *Saúde em Debate* 2001; 25(57):39-54.
54. Petta HL. *Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
55. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3):383-393.
56. Vieira ALS, Amâncio Filho A, organizadores. *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
57. Pires-Alves F, Paiva CHA, Hochman G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):819-829.
58. Portugal. Ministério da Saúde. *Saúde e Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2005.
59. Lampert JB. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
60. Aguirre MBF. *Avaliação da Implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Município de Cuiabá* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
61. Armani TB. *Formação de Sanitaristas: cartografias de uma pedagogia na Educação em Saúde Coletiva* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
62. Miyagima CH. *Produção do conhecimento e serviço na saúde: (des) conexões entre teoria e prática* [dissertação]. São Paulo: PUCSP; 2009.
63. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):331-344.
64. Dias HS. *A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
65. Santos R. *Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: Análise dos Projetos de Educação Permanente* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
66. World Health Organization (WHO). *Nurses and Midwives: A force for health Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
67. Zilbovicius C. *Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
68. Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Lima DC. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). *Saude Soc*. 2009; 18(1):75-82.
69. Portugal. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004.
70. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde/ PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário Oficial da União* 2004; 13 dez.
71. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. II Plano Nacional para a Igualdade 2003-2006. *Diário da República* 2003; 25 nov.
72. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. II Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2003-2006). *Diário da República* 2003; 7 jul.
73. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Educação Permanente dos Trabalhadores do Ministério da Saúde (PNEP-MS)*. Brasil: MS; 2004.
74. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013). *Diário da República* 2010; 17 dez.
75. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
76. Portugal. Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*; Lisboa: Direcção Geral da Saúde 2012. [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

77. Portugal. Ministério da Saúde. *A intervenção da saúde na prevenção, deteção e resposta à violência doméstica*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2012. [acessado 2013 jan]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal>
78. Portugal. Ministério da Saúde. *Intervenção do Ministro do Ministério da Saúde na Cerimônia comemorativa do Dia Mundial da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007. [acessado 2013 jan 1]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal>
79. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
80. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS; 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 9).
81. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Resoluções do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. (Série E. Legislação de Saúde).
82. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
83. Lewin S, Bosch-Capblanch X, Oliver S, Akl EA, Vist GE, Lavis JN, Ghersi D, Röttingen JA, Steinmann P, Gulmezoglu M, Tugwell P, El-Jardali F, Haines A. Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Assessing How Much Confidence to Place in the Research Evidence. *PLoS Med* 2012; 9(3):e1001187. [acessado 2012 set]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001187>
84. Choi BCK. Understanding the basic principles of knowledge translation. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(2):93.
85. World Health Organization (WHO). *World Report on Knowledge for Better Health - Strengthening Health Systems*. Geneva: WHO; 2004.
86. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 1998; 76(3):469-492.
87. Machenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362(9393):1409-1414.
88. El-Jardali F, Ataya N, Jamal D, Jaafar M. A multi-faceted approach to promote knowledge translation platforms in eastern Mediterranean countries: climate for evidence-informed policy. *Health Res Policy Syst* 2012; 10:15.
89. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policy-making (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7(Supl. 1):S2.
90. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2029-2038.
91. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1613-1624.
92. Belisário SA, Pinto ICM, Castellanos MEP, Nunes TCM, Fagundes TLQ, Gil CR, Aguiar RAT, Viana SV, Corrêa GT. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1625-34.
93. Teixeira CFS, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1635-1646.
94. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório de Primavera 2013. Duas faces da saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2013.
95. World Health Organization (WHO). *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
96. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG. Grupo Colaborativo de la primera conferencia latino-americana de investigación e innovación para la salud. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(5):447-457.
97. Smits PA, Denis JL. How research funding agencies support science integration into policy and practice: an international overview. *Implement Sci* 2014; 9:28.
98. Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 08/2013 - *Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde* [internet]. Conselho Nacional de Pesquisa; 2013. [acessado 2013 set 1]. Disponível em: http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INS-TANCE_0ZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=3202
99. Marques APP. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1545-1554.
100. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1667-1676.
101. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, Tyrer P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002; 325(7375):1263.
102. Dixon-Woods M, Bonas S, Booth A, Jones DR, Miller T, Sutton AJ, Shaw RL, Smith JA, Young B. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research* 2006; 6(1): 27-44.
103. Sousa MR, Ribeiro ALP. Revisão Sistemática e Meta-análise de Estudos de Diagnóstico e Prognóstico: um Tutorial. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92(3):241-251.

Artigo apresentado em 23/04/2014

Aprovado em 09/02/2015

Versão final apresentada em 11/02/2015