

DESAFIOS DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE PRÁTICAS DE EQUIDADE EM SAÚDE: UM DIÁLOGO ENTRE A ENFERMAGEM NO BRASIL E NO CANADÁ

NURSING CHALLENGES TO ENACT HEALTH EQUITY IN PRACTICE: A BRAZILIAN-CANADIAN NURSING DIALOGUE

RETOS DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS DE EQUIDAD EN SALUD: DIÁLOGO ENTRE ENFERMERÍA DE BRASIL Y CANADÁ

Isabela Silva Cancio Velloso¹
Márcia dos Santos Pereira¹
Anna Santos Salas²
Meiriele Tavares Araújo¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Departamento de Enfermagem Aplicada - ENA. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, AB - Canadá.

Autor Correspondente: Márcia dos Santos Pereira
E-mail: profmarciaufmg@gmail.com

Contribuições dos autores:

Conceitualização: Isabela S. C. Velloso, Marcia S. Pereira, Anna S. Salas, Meiriele T. Araújo; **Gerenciamento do Projeto:** Isabela S. C. Velloso, Marcia S. Pereira; **Metodologia:** Isabela S. C. Velloso, Marcia S. Pereira, Anna S. Salas, Meiriele T. Araújo; **Redação - Preparação do Original:** Isabela S. C. Velloso, Marcia S. Pereira, Anna S. Salas, Meiriele T. Araújo; **Redação - Revisão e Edição:** Isabela S. C. Velloso, Marcia S. Pereira, Anna S. Salas; **Supervisão:** Isabela S. C. Velloso, Marcia S. Pereira, Anna S. Salas.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 18/12/2019

Aprovado em: 06/01/2020

RESUMO

No presente artigo desenvolvemos um diálogo reflexivo acerca da equidade na saúde, traçando um paralelo entre os desafios próprios da prática de Enfermagem com equidade no Brasil e no Canadá. O conceito de equidade em saúde implica o reconhecimento das injustiças sofridas por alguns grupos populacionais, considerando-se que a distribuição de bens e serviços aos indivíduos abarca o reconhecimento de suas diferenças e necessidades distintas. O princípio da equidade em saúde se estabelece no âmbito das próprias condições de saúde e do acesso e utilização dos serviços com base em um parâmetro de distribuição heterogênea desses serviços. Os principais responsáveis pelas diferenças nas condições de saúde de distintos grupos populacionais são fatores sociais que podem ser alterados ou controlados por políticas públicas, ou seja, as iniquidades em saúde devem ser compreendidas como as diferenças desnecessárias e evitáveis. No que se refere às práticas de Enfermagem, em uma perspectiva sociológica, elas devem ser entendidas como práticas sociais que devem possibilitar a autonomia e o exercício da cidadania das pessoas, cabendo questionar se é possível atuar como profissionais de saúde na perspectiva da equidade. Nesse contexto, entendemos que a proposição de práticas de equidade em saúde, na perspectiva da Enfermagem, pressupõe a superação de complexos desafios que podem ser analisados a partir de cinco dimensões: assistência, gestão, formação/educação permanente, engajamento político e pesquisa.

Palavras-chave: Enfermagem; Equidade em Saúde; Prática Profissional; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

In this paper we develop a reflective dialogue about health equity, drawing a parallel between selected challenges to enact equity in nursing practice in Brazil and Canada. The concept of health equity implies the recognition of injustices suffered by some population groups, considering that a distribution of goods and services to individuals requires recognition of their differences and distinct needs. The principle of health equity emerges in light of inequalities in health and access to health care services. Living and social conditions are critical factors in the development of health inequities that affect population groups. These factors are modifiable and controllable by public policies. Health inequities are considered unnecessary, unjust, and avoidable differences in the health status of populations. Nursing practices can be understood as social practices that seek to enable people to enact their autonomy and citizenship. A proposal for health equity practices, from the perspective of nursing, requires that we tackle complex challenges that can be analyzed from the perspective of five domains: clinical practice, nursing education, research, administration and political engagement.

Keywords: Nursing; Health Equity; Professional Practice; Health Systems.

Como citar este artigo:

Velloso ISC, Pereira MS, Salas AS, Araújo MT. Desafios da Enfermagem na promoção de práticas de equidade em saúde: um diálogo entre a Enfermagem no Brasil e no Canadá. REME – Rev Min Enferm. 2020[citado em ____];24:e-1282. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200011

RESUMEN

En este artículo llevamos a cabo un diálogo reflexivo sobre la equidad en salud, trazando un paralelo entre los retos propios de la práctica de enfermería con equidad en Brasil y Canadá. El concepto de equidad en salud implica el reconocimiento de las injusticias sufridas por algunos grupos de población, considerando que la distribución de bienes y servicios a individuos incluye el reconocimiento de sus diferencias y necesidades distintas. El principio de equidad en salud se establece dentro del alcance de las condiciones de salud y del acceso y uso de los servicios en función de un parámetro de distribución heterogénea de estos servicios. Los principales responsables de las diferencias en las condiciones de salud de los diferentes grupos de población son los factores sociales que pueden ser alterados o controlados por las políticas públicas, es decir, las inequidades en salud deben entenderse como diferencias innecesarias y evitables. Con respecto a las prácticas de enfermería, desde una perspectiva sociológica, deben entenderse como prácticas sociales que deberían permitir la autonomía de las personas y el ejercicio de la ciudadanía, y vale la pena preguntarse si es posible actuar como profesionales de la salud desde la perspectiva de la equidad. En este contexto, entendemos que la propuesta de prácticas de equidad en salud, desde la perspectiva de la enfermería, presupone superar retos complejos que se pueden analizar desde cinco dimensiones: asistencia, gestión, capacitación / educación permanente, compromiso político e investigación.

Palabras clave: Enfermería; Equidad en Salud; Práctica Profesional; Sistemas de Salud.

INTRODUÇÃO

Motivadas pelo tema discutido na 80ª Semana Brasileira de Enfermagem de 2019 – a Enfermagem e os sentidos da equidade – assumimos o desafio de refletir, juntas, sobre a prática de Enfermagem com equidade. Essa reflexão baseia-se na análise de uma prática pautada na justiça social e sustentabilidade ambiental para grupos sociais heterogêneos e vulneráveis.¹ Para isso, propomos refletir sobre a equidade em saúde na prática da Enfermagem, por meio de um diálogo entre a Enfermagem brasileira e a canadense.

A equidade em saúde tem origem no princípio de equidade, no período contemporâneo, associada aos direitos de grupos sociais heterogêneos e vulneráveis, no espaço público da cidadania.² Nesse sentido, a equidade deve comportar o reconhecimento das injustiças sofridas por alguns grupos populacionais, considerando-se que a distribuição de bens ou serviços aos indivíduos deve vislumbrar também o reconhecimento de suas diferenças e distintas necessidades.² Assim, o princípio da equidade em saúde se estabelece no âmbito das condições de saúde e do acesso e utilização dos serviços, com base em um parâmetro de distribuição heterogênea de bens e serviços.³ No entanto, cabe considerar que os principais responsáveis pelas diferenças nas condições de saúde de distintos grupos populacionais são fatores sociais

que podem ser alterados ou controlados por políticas públicas.⁴ Nesse sentido, compreende-se que as inequidades em saúde são diferenças desnecessárias e evitáveis que são, ao mesmo tempo, injustas e indesejáveis, de forma que o termo “equidade em saúde” assume dimensão ética e social.⁵

Em uma perspectiva sociológica, as práticas de Enfermagem são consideradas práticas sociais, que devem possibilitar a autonomia e o exercício da cidadania das pessoas, cabendo questionar se é possível atuar como profissionais de saúde na perspectiva da equidade.⁶ É importante salientar, ainda, que a assistência qualificada e a equidade dos resultados em saúde implicam a equidade das próprias condições de vida e de trabalho das pessoas. Isso remete à perspectiva de um trabalho em saúde com a participação de equipes profissionais integradas, o que inclui a equipe de Enfermagem.⁷

Nesse contexto, a proposição de práticas com equidade em saúde, na perspectiva da Enfermagem, pressupõe a superação de complexos desafios que podem ser analisados a partir de cinco dimensões: assistência, ensino, pesquisa, gestão e engajamento político. Assim, o que se propõe no presente artigo é desenvolver um diálogo reflexivo acerca da equidade na saúde, traçando um paralelo entre os desafios próprios da prática de Enfermagem com equidade no Brasil e no Canadá.

DESAFIOS PARA A EQUIDADE NA SAÚDE NOS CONTEXTOS BRASILEIRO E CANADENSE

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, que teve como eixo a “Saúde como Direito”, reafirmou a saúde como direito universal, entendendo-a como uma condição que deve ser acessível a todos os cidadãos, independentemente de condição econômica ou social, raça, cor, sexo, gênero, vínculo trabalhista e local ou condição de moradia.⁸ Não deve haver privilégio de uns em detrimento a outros, respeitando-se as especificidades de cada indivíduo e garantindo-se o acesso de acordo com suas necessidades específicas, reafirmando-se, assim, o princípio da equidade.⁸

O Brasil, um país com cerca de 210 milhões de habitantes e profunda diversidade cultural e social, teve seu sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o sistema de saúde real se consolida de forma segmentada, com a coexistência de três grandes subsistemas: a) o SUS público, destinado a todos; b) o sistema privado de atenção médica suplementar, acessado por meio de planos privados de saúde; c) o sistema privado de desembolso direto. Entre os dilemas enfrentados pelo SUS encontra-se a contradição de instituir-se como um sistema público de saúde para todos ou

ser caracterizado como um sistema destinado apenas à parcela da população mais pobre do país.⁹

Por outro lado, o Canadá é um país com população de 37 milhões de habitantes, com vasta diversidade cultural, linguística, geográfica e econômica. O financiamento público e a administração pública são a marca do sistema de saúde canadense. O *Canada Health Act* – a legislação federal de saúde canadense – estabeleceu cinco princípios básicos para garantir equidade e solidariedade na prestação de cuidados de saúde, que são a administração pública, a abrangência, a universalidade, a portabilidade e a acessibilidade.¹⁰ O acesso universal aos serviços de saúde é um indicador-chave desses princípios, sendo essencial para garantir o bem-estar ideal dos canadenses. Entretanto, apesar desses princípios, há acentuadas desigualdades na saúde que afetam os grupos populacionais. Essas desigualdades são evitáveis e injustas, pois resultam de iniquidades nos determinantes sociais da saúde. Dados nacionais mostram que aqueles que dispõem de renda, moradia e educação precárias têm piores resultados de saúde quando comparados a outros canadenses.¹¹

Em 2012, Estados Membros das Nações Unidas, que incluem o Brasil e o Canadá, endossaram a *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*.¹² Essa declaração solicita aos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde que tomem medidas para melhorar as condições de trabalho e de vida de suas populações para melhorar sua saúde e bem-estar.¹² Cinco temas prioritários foram estabelecidos na *Declaração do Rio* para diminuir as desigualdades em saúde.¹² Em 2015, o governo canadense divulgou relatório documentando o progresso em cada um desses temas.¹² Além disso, com base nas conclusões de um diálogo pan-canadense, realizado em 2016¹³, o Instituto Canadense de Informações em Saúde propôs que idade, sexo, gênero, renda, educação e localização geográfica fossem utilizados como identificadores-padrão de população (estratificadores de equidade) para medir a equidade.¹⁴ A adoção desses identificadores de equidade é um passo crucial para eliminar as injustas desigualdades de saúde que afetam os grupos populacionais e, em última análise, servirá para melhorar seu estado de saúde e o acesso aos serviços de saúde, bem como a qualidade e os resultados dos cuidados prestados.¹⁴

DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM EQUIDADE: INTERFACES ENTRE O BRASIL E O CANADÁ

Nas práticas de saúde brasileiras, principalmente após a instituição da saúde como um direito universal, na Constituição de 1988 o trabalho do enfermeiro vai além de ações de

assistência direta aos sujeitos individual e coletivo atendidos no SUS. Seu trabalho envolve, também, atividades que abrangem a organização, manutenção e coordenação de processos que garantam o adequado funcionamento dos serviços nos mais diversos ambientes terapêuticos, além de assegurar a articulação de diversos profissionais da equipe de saúde.¹⁵ O cotidiano de trabalho desse profissional abarca atividades que vão desde o acolhimento nos diversos níveis de atenção da rede de saúde, até as mais variadas e complexas linhas de cuidado.¹⁵ Nesse cenário, o exercício da prática de Enfermagem com equidade pressupõe a superação de complexos desafios que podem ser analisados com base nas quatro dimensões da prática profissional da Enfermagem, quais sejam, a assistência, o ensino, a pesquisa e a gestão,¹⁶ às quais propomos acrescentar a dimensão do engajamento político.

Assim como no Brasil, os enfermeiros canadenses enfrentam vários desafios para aprimorar a equidade nos cuidados de saúde que prestam. Os dois países compartilham a visão de que a atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia importante para prevenir e corrigir as iniquidades em saúde que afetam seus grupos populacionais. Nesse sentido, a Associação Canadense de Enfermagem (*Canadian Nurses Association*) tem solicitado iniciativas para fortalecer os cuidados primários de saúde, entendendo ser essa uma estratégia para aumentar o acesso equitativo aos cuidados de saúde.¹⁷ Embora existam iniciativas para aumentar a equidade na saúde, as alarmantes disparidades existentes nessa área, entre os canadenses, revelam a necessidade de se acelerar o desenvolvimento dessas estratégias.

Na dimensão da assistência, reconhecemos ser importante superar os desafios postos pela divisão técnica do trabalho na Enfermagem, buscando o elo que une a equipe, ou seja, a prática de Enfermagem centrada no sujeito, seja no nível individual ou coletivo. Para isso, o enfermeiro deve assumir seu protagonismo, incorporando, com autonomia, a responsabilidade pela tomada de decisões no planejamento dos cuidados de Enfermagem. Esse processo implica o desenvolvimento de um trabalho profissional que envolve aspectos cognitivos, psicomotores e afetivos, além da necessidade de constante reflexão, flexibilidade, criatividade e inovação na elaboração de planos de cuidados que tenham aderência às necessidades humanas e sociais de cada clientela assistida, seja indivíduo, família ou coletividade.¹⁶

Se tomarmos como exemplo o cuidado à mulher com câncer de mama no Brasil, pode-se observar que ele se constitui em um problema de saúde pública no país. Embora haja tendência à estabilização das taxas de mortalidade por esse tipo de câncer no país, entre os estados, as desigualdades persistem, com aumento das taxas naqueles com menor nível socioeconômico e declínio ou estabilização nos de maior

nível socioeconômico.¹⁸ O SUS tem um importante papel no atendimento oncológico, com políticas públicas com foco em ações de prevenção e acesso oportuno a recursos de média e alta complexidade para diagnóstico e tratamento do câncer de mama.¹⁸ Além disso, pacientes diagnosticadas com câncer de mama no sistema de saúde suplementar migram para o SUS para receberem tratamento químico e radioterápico.¹⁹ Embora esse contexto favoreça a equidade de acesso ao diagnóstico e tratamento, os indicadores de diagnóstico, tratamento e mortalidade relacionados à doença são desiguais e características como pobreza, baixa escolaridade e etnia não branca mostram disparidades sociais e econômicas associadas a diagnóstico tardio e pior prognóstico.¹⁸

A APS é a porta de entrada preferencial dos usuários ao SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção à saúde no SUS. O controle do câncer de mama depende de uma APS qualificada e organizada, integrada aos demais níveis de atenção.²⁰ A maior parte das ações de detecção precoce do câncer de mama acontece na APS.²⁰ Nesse nível de atenção, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a atuação do enfermeiro se dá com considerável autonomia para a estruturação e desenvolvimento de suas ações de gerenciamento do cuidado, com efetiva participação em processos de educação em saúde.²¹

No entanto, os enfermeiros, como agentes centrais nesse processo, enfrentam desafios cotidianos no desenvolvimento dessas ações. O maior deles se refere ao fato de que, em nosso país, os cânceres de mama das mulheres com baixo poder aquisitivo e que dependem exclusivamente dos serviços públicos para serem diagnosticadas, em sua maioria, estão em estágios avançados. Isso ocorre devido ao ainda reduzido número de vagas para atendimento a essas mulheres, em função dos déficits estruturação da rede de atenção à saúde, que deveria estar mais bem preparada para acolhimento e continuidade no acompanhamento das mulheres com sinais e sintomas suspeitos e que necessitam de tratamento, quando confirmado o diagnóstico de câncer de mama.

No âmbito do ensino, a formação do enfermeiro deve estar centrada nas especificidades do processo de trabalho e no compromisso ético e político, com formação integrada às políticas nacionais de saúde. Organizações internacionais, como a *National League for Nursing Research*, o *Royal College of Nursing*, a *European Federation of Nurse Educators* e a *Sigma Theta Tau International*, assim como entidades brasileiras, com destaque para a Associação Brasileira de Enfermagem, têm discutido os desafios e caminhos para a educação em Enfermagem. Entre as questões levantadas, destacam-se a qualidade do ensino, as concepções pedagógicas, os ambientes acadêmicos adequados e a formação para prover quantitativo

profissional adequado para as necessidades da prática profissional.²²

No entanto, é preciso reconhecer que a inserção da discussão sobre o princípio da equidade nos cursos formação profissional em Enfermagem, mais do que uma preocupação curricular, é uma demanda política, tanto de estudantes da área, quanto da própria sociedade civil, que vislumbram uma formação ética em saúde, que seja capaz de deslocar a temática da equidade da periferia para a centralidade no processo formativo.²³ Assim, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que regula o ensino superior no Brasil, determina que a autorização de cursos leve em consideração as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as diferentes profissões.²⁴

O Conselho Nacional de Educação espera que o enfermeiro tenha uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que o capacite para atender às necessidades de saúde da população, com ênfase no fortalecimento do SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento. É importante pensar a formação de um profissional competente, dotado de conhecimentos técnicos e científicos, mas que também seja capaz de estabelecer relações humanas participativas e construtivas, respeitando-se a autonomia, a diversidade e responsabilidade no atendimento das demandas sociais.²⁴

As DCNs da graduação em Enfermagem reconhecem que a formação do enfermeiro requer o desenvolvimento de competências para lidar com indivíduos de diferentes grupos sociais, no nível individual e coletivo, considerando-se a especificidade dos diferentes grupos sociais.²⁵ No entanto, não tratam de forma específica aspectos da formação relacionados às dimensões étnico-raciais, socioeconômicas, de gênero, idades extremas, orientação sexual, entre outras. Quando se trata, por exemplo, da inclusão de disciplinas voltadas para o desenvolvimento de competências que habilitem o enfermeiro para uma prática qualificada direcionada à população idosa, é preocupante perceber que poucos cursos de graduação, no país, têm em sua grade curricular disciplinas obrigatórias com esse conteúdo, embora a adequação curricular seja mencionada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006.²⁶ Esse exemplo mostra a necessidade de que populações vulneráveis sejam contempladas nas diretrizes que norteiam a formação do enfermeiro no Brasil. Isso nos remete às palavras de Paulo Freire, de que a inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades.²⁷

Não há como negar que os enfermeiros, na posição de educadores, tenham várias oportunidades para contribuir para o avanço do conhecimento sobre a equidade em saúde. Diversas iniciativas em educação já foram relatadas, para promover os valores da equidade e integrá-los às experiências de aprendizagem no currículo do curso de Enfermagem.²⁸ Nessas

iniciativas está presente o foco na justiça social, na advocacia em saúde, na competência cultural, na cultura de segurança, entre outros, bem como nas populações mais suscetíveis a experiências de iniquidades em saúde.²⁸ As estratégias para promover a equidade no currículo abarcam experiências de ensino-aprendizagem, recrutamento de estudantes de grupos minoritários, experiências internacionais em áreas de recursos restritos, parcerias colaborativas e projetos de pesquisa para apoiar as necessidades das populações que vivenciam iniquidades sociais e em saúde. Essas iniciativas, juntamente com outras nos níveis local, provincial, estadual ou nacional, e com políticas para garantir o acesso de grupos vulneráveis à educação e para aumentar a conscientização sobre as iniquidades entre estudantes e professores, fornecem base para o avanço da equidade no ensino da Enfermagem.

Nos últimos anos, significativo desenvolvimento da equidade, no Canadá, tem sido a resposta das escolas de Enfermagem canadenses às recomendações da Comissão da Verdade e Reconciliação (*Truth and Reconciliation Commission* - TRC).^{1,28} O TRC investigou os históricos e abomináveis abusos sofridos pelos indígenas canadenses como consequência do sistema educacional implementado no Canadá por mais de um século, com as escolas residenciais. Essas escolas implementaram uma agenda política insidiosa para igualar os povos indígenas aos canadenses, por meio da eliminação de seus sistemas indígenas, incluindo relações familiares e sociais, cultura, idioma e tradições. O TRC apelou por ações para remediar o trauma histórico, as iniquidades severas e as precárias condições dos povos indígenas no Canadá, resultantes das escolas residenciais, da colonização e da opressão sistêmica.²⁹ Nos cuidados de saúde, o TRC recomendou ações para aumentar o número de profissionais de saúde indígena, manter profissionais de saúde indígena trabalhando em comunidades indígenas e fornecer treinamento cultural para outros profissionais de saúde.

As escolas de Enfermagem e de Medicina foram convocadas, pelo TRC, a incluírem em seus currículos disciplina obrigatória sobre saúde indígena que considerasse o impacto das escolas residenciais na saúde dos povos indígenas.²⁹ As escolas de Enfermagem canadenses responderam a essa convocação incorporando essa disciplina em seu currículo. Professores de Enfermagem também começaram a explorar formas de “indigenizar” o currículo, ou seja, modificá-lo de forma a integrar o conhecimento indígena e a promover a descolonização do ensino de Enfermagem.³⁰ Esses professores encaram importante tarefa e a responsabilidade de combater as iniquidades e de melhorar a saúde dos povos indígenas no Canadá. Como

educadores, precisamos responder à necessidade de equipar os enfermeiros com os conhecimentos e as habilidades necessários para proverem cuidados equitativos e culturalmente seguros aos povos indígenas.

Na dimensão de pesquisa, os enfermeiros pesquisadores têm oportunidade única de fazer a diferença na vida daqueles que sofrem com graves iniquidades sociais e de saúde. Os pesquisadores de Enfermagem podem advogar, perante os diferentes níveis do governo, pelo desenvolvimento de iniciativas de financiamentos que permitam estudar e tratar as inequidades. Os pesquisadores podem incluir, nos desenhos de pesquisas, etapas que visem a integrar a equidade, a diversidade e a inclusão nos estudos desenvolvidos. No Canadá, as três principais agências federais de pesquisa em saúde, Ciências Naturais e Engenharia e Ciências Sociais emitiram, em 2019, uma declaração para promover a equidade, a diversidade e a inclusão na pesquisa canadense. Essa medida visa a aumentar o acesso a financiamentos de pesquisa para todos os pesquisadores, a promover práticas de pesquisa com equidade, diversidade e inclusão e participação no sistema de pesquisa, além de coletar dados sobre equidade, diversidade e inclusão, para fomentar a tomada de decisão.³¹

Existe uma necessidade urgente de avançar o conhecimento das raízes subjacentes das iniquidades. O impacto dos determinantes sociais em saúde nas condições de saúde das populações é bem conhecido.⁴ No entanto, os mecanismos pelos quais esses determinantes interagem entre si para gerar ou perpetuar as iniquidades ainda não são bem compreendidos.³² Estudos para examinar essas interações e investigar caminhos de equidade para melhorar a saúde das populações afetadas devem fazer parte das agendas nacionais de pesquisa no Brasil e no Canadá, onde existem significativas disparidades em saúde.

Outro passo importante é a identificação de grupos populacionais com mais probabilidade de vivenciar as iniquidades em saúde devido às suas múltiplas vulnerabilidades sociais. As mulheres com histórico de desigualdades sociais, baixos salários, desemprego e subordinação são reconhecidas como propensas a vivenciar taxas mais elevadas de pobreza do que os homens. Também é provável que elas liderem famílias monoparentais. Ainda em relação ao quesito gênero, membros de grupos de gênero minoritários também estão propensos a experimentar graves iniquidades em saúde, devido a barreiras no acesso aos cuidados, a taxas mais altas de pobreza e a experiências de discriminação e marginalização. Esses fatos se constituem em um apelo à incorporação do gênero em pesquisas lideradas por enfermeiros e por outros profissionais de saúde.

¹The Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC) was officially launched in 2008 as part of the Indian Residential Schools Settlement Agreement (IRSSA). It became The National Centre for Truth and Reconciliation (NCTR) in December, 2015. The official website is <https://nctr.ca/>

Outro grupo vulnerável é o da população idosa, que representa um dos segmentos populacionais de crescimento mais rápido nos dois países nas últimas décadas. Embora a transição demográfica tenha características diferentes no Brasil e no Canadá, em ambos os países a crescente participação de pessoas idosas na sociedade vem exigindo respostas rápidas do Estado quanto à implantação de políticas públicas específicas para esse grupo populacional.³³ Tais políticas devem ter a equidade como princípio capaz de superar as questões relacionadas ao acesso não qualificado, bem como a inacessibilidade experienciada pelos idosos no sistema de saúde. Nessa perspectiva, a ampliação de pesquisas que discutam estratégias para a operacionalização dos princípios da equidade nos níveis de implementação e gestão de programas de saúde pode contribuir para indicar estratégias capazes de minimizar as iniquidades a que essa população está sujeita.³⁴

No que concerne a populações vulneráveis, as populações migrantes são outro grupo que experimenta iniquidades em saúde devido às suas condições de vida e de trabalho vulneráveis. O rápido crescimento dessas populações nas Américas impõe a necessidade de gerar conhecimento acerca de sua situação de saúde e dos desafios de nossos sistemas de saúde para prevenir e corrigir possíveis iniquidades. Também é importante considerar a saúde das populações indígenas como um importante problema de saúde global e um desafio significativo para os pesquisadores de Enfermagem brasileiros e canadenses. Os povos indígenas, em todo o mundo, incorporam uma carga desproporcionalmente alta de doenças e graves desigualdades sociais e de saúde, como resultado de uma longa história de colonização. O desenvolvimento de parcerias recíprocas com líderes e comunidades indígenas para garantir a realização de pesquisas éticas, relevantes e culturalmente seguras é fundamental para o alcance de resultados de pesquisa que respondam às suas prioridades. A vulnerabilidade desses grupos populacionais também exige a adoção, adaptação e desenvolvimento de abordagens metodológicas projetadas para o estudo dessas populações, sendo provável que, dessa forma, gerem conhecimento que se aproxime de suas experiências e necessidades de saúde.

Na dimensão da gestão, identificamos o desafio de uma prática pautada na tomada de decisões de forma compartilhada e na necessidade de se estabelecer um processo de trabalho mais democrático e inclusivo nos dois países. Certamente, exemplos de efeitos da não aplicabilidade do princípio da equidade na gestão, em diversos serviços de saúde, podem ser percebidos na forma de longas filas de espera, dificuldades de acesso, demora no atendimento, entre outros.³⁵ Essa é uma realidade tanto no Brasil quanto no Canadá. No Brasil, no âmbito da gestão federal do sistema de saúde, têm sido implementadas políticas de promoção da equidade voltadas

para populações vulneráveis, tais como mulheres, população negra, populações do campo e da floresta, população em situação de rua, população cigana, entre outros grupos.²³ No entanto, tais políticas nem sempre alcançam a capilaridade necessária para sua implementação no nível local, onde deveria, de fato, serem consideradas as especificidades de cada um desses grupos vulneráveis.

Por fim, no que se refere ao engajamento político, é importante reconhecer a necessidade de ampliar o envolvimento político dos profissionais de Enfermagem em seu diálogo com a sociedade, governantes, conselhos de fiscalização e associações de classe. Nessa perspectiva, é preciso estabelecer uma agenda que seja propositiva tanto para a profissão internamente, quanto para a sociedade, uma vez que ambos – profissão e sociedade – devem ter clareza do que a Enfermagem quer para os próximos anos e décadas.¹⁵

Mesmo reconhecendo as dificuldades impostas aos profissionais de Enfermagem, diante da complexidade dos fazeres cotidianos, para criarem um espaço de reflexão sobre sua práxis, a atuação das diversas organizações de Enfermagem, como agentes estruturantes desses espaços, pode ser um dos caminhos para a profissão consolidar-se como competente, autônoma e valorizada por sua articulação social. Também de forma articulada com os demais profissionais da saúde e com a população, os profissionais de Enfermagem devem somar esforços em uma luta pela defesa incondicional, não apenas pela manutenção do SUS como política pública essencial para os brasileiros, mas pela própria sobrevivência do sistema, diante do grave contexto econômico e político que se vive atualmente no país.¹⁵ Nessa mesma linha, os canadenses, mais do que nunca, precisam ser cautelosos com possíveis medidas que buscam desmantelar seu sistema universal de saúde, administrado e financiado publicamente. Os desafios econômicos globais são um chamado sério para que os enfermeiros de todo o mundo sejam cautelosos diante de políticas voltadas para a transformação da saúde em uma mercadoria lucrativa, o que, por sua vez, produz desigualdades de saúde extremas entre grupos populacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício de uma prática com equidade, justiça e inclusão requer o fortalecimento, de forma simultânea, da identidade singular e coletiva da Enfermagem. Nesse sentido, cabe às próprias enfermeiras e enfermeiros assumirem o compromisso de aprofundar e avançar na reflexão sobre os desafios da Enfermagem para uma prática profissional com equidade.

A despeito das diferenças entre enfermeiros brasileiros e canadenses, ressalta-se que ambos, pautados no exercício

reflexivo sobre suas ações, na busca da superação dos desafios para uma prática com equidade, devem de estarem preparados tecnicamente para uma assistência de Enfermagem com qualidade. Além disso, é importante que sejam comprometidos politicamente com as mudanças sociais, políticas e econômicas, desenvolvendo ações que promovam transformações na realidade social e melhorias na qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Enfermagem. Diretrizes para a realização da 80ª Semana. 2019[citado em 2019 abr. 12]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/80SBE_n_2019_Diretrizes.pdf
2. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado – efetivando o SUS; acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final. Brasília: MS; 2001 [citado em 2019 abr. 12]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf
4. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health final. Closing the gap in a generation health equity through action on the social determinants of health. 2008[citado em 2019 nov. 05]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
5. Withead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Service*. 1992[citado em 2019 nov. 10];22(3):429-45. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
6. Silva EA. Sociologia aplicada à Enfermagem. São Paulo: Manole; 2012.
7. Egry EY. Cipecando rumo à equidade: reflexões acerca da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. *Rev Bras Enferm*. 2009[citado em 2019 out. 13];62(5):762-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500020>
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 16ª Conferência Nacional de Saúde – Democracia e Saúde: documento orientador de apoio aos debates. Brasília: MS; 2019[citado em 2019 abr. 12]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf
9. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
10. Health Canada. Canada Health Act: Annual Report 2017-2018. 2019[citado em 2019 nov. 07]. Disponível em: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2017-2018/canada-health-act-annual-report-2017-2018-eng.pdf>
11. Public Health Agency of Canada. Health Status of Canadians 2016: a report of the Chief Public Health Officer. 2016[citado em 2019 nov. 07]. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2016-health-status-canadians.html>
12. Stankiewicz A, Herel M, DesMeules M. Report Summary – Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: a snapshot of Canadian actions 2015. *Health Promot Chron*. 2015[citado em 2019 jan. 21];35(7):113-4. Disponível em: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.7.03>
13. Canadian Institute for Health Information. Pan-Canadian Dialogue to Advance the Measurement of Equity in Health Care: Proceedings Report. 2016[citado em 2019 nov. 07]. Disponível em: https://secure.cihi.ca/free_products/Measurement_of_Equity_in_Health_Care_Proceedings_Report_EN.pdf
14. Canadian Institute of Health Information. In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality – A Focus on Age, Sex, Gender, Income, Education and Geographic Location. Ottawa, Ontario; 2018.
15. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. 1ª Conferência de Enfermagem do Estado de Santa Catarina: Enfermagem – desafios em um contexto complexo. 2016[citado em 2019 jun. 11]. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/TEXTO-NORTEADOR_.pdf
16. Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016[citado em 2019 nov. 06];20(1):5-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>
17. Canadian Nurses Association. Global health and equity – position statement. 2009[citado em 2019 nov. 02]. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps106_global_health_equity_aug_2009_e.pdf?la=en
18. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA; 2019[citado em 2019 nov. 05]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf
19. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011[citado em 2019 nov. 05];377(9779):1778–97. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília: MS; 2013.
21. Melo FBB, Marques CAV, Rosa AS, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Actions of nurses in early detection of breast cancer. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2019 nov. 06];70(6):1119-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155>
22. Carta de Belém para a educação em Enfermagem Brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2019 dez. 06];65(4):696-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400022>
23. Rocha DG, Souza DH, Cavadinha E. Equidade nos Cursos de Graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos. *Interface (Botucatu)*. 2019[citado em 2019 nov. 19];23:e180017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180017>
24. Ministério da Educação (BR). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá providências. *Diário Oficial da União*, 23 dez. 1996; Seção 1: 27839.
25. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 07/11/2001 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, 09 nov. 2001; Seção 1.
26. Carvalho CRA, Hennington EA. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015[citado em 2019 nov. 06];18(2):417-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14054>
27. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1992.
28. Rozendo CA, Santos Salas A, Cameron B. A critical review of social and health inequalities in the nursing curriculum. *Nurse Educ Today*. 2017[citado em 2019 nov. 03];50:62-71. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260697116303021?via%3DIihub>
29. Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honouring the truth, reconciling for the future: summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Vancouver; 2015[citado em 2019 nov. 05]. Disponível em: http://www.trc.ca/assets/pdf/Honouring_the_Truth_Reconciling_for_the_Future_July_23_2015.pdf

30. Harder M, Johnson J, MacDonald C, Ingstrup A, Piche MJ. A two-eyed seeing approach to indigenizing nursing curricula. *Int J Health Care*. 2018[citado em 2019 nov.13];5(1):23-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/ijh/article/view/14318>
 31. Canadian Institutes of Health Research. Equity, diversity and inclusion in the research system. Vancouver; 2019[citado em 2019 nov. 02]. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/50068.html>
 32. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008[citado em 2019 out. 09];372(9650):1661-9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61690-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61690-6/fulltext)
 33. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016[citado em 2019 nov. 19];19(3):507-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt
 34. Cavalcanti PB, Miranda APR, Carvalho RN. Proteção social, o princípio da equidade em saúde no cuidado junto ao idoso brasileiro. *Rev Transdiscipl Ger*. 2011[citado em 2019 nov. 10];4(2):31-6. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272502140_PROTECAO_SOCIAL_O_PRINCIPIO_DA_EQUIDADE_EM_SAUDE_NO_CUIDADO_JUNTO_AO_IDOSO_BRASILEIRO
 35. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *RGSS*. 2015[citado em 2019 ago. 21];4(1):100-9. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>
-