

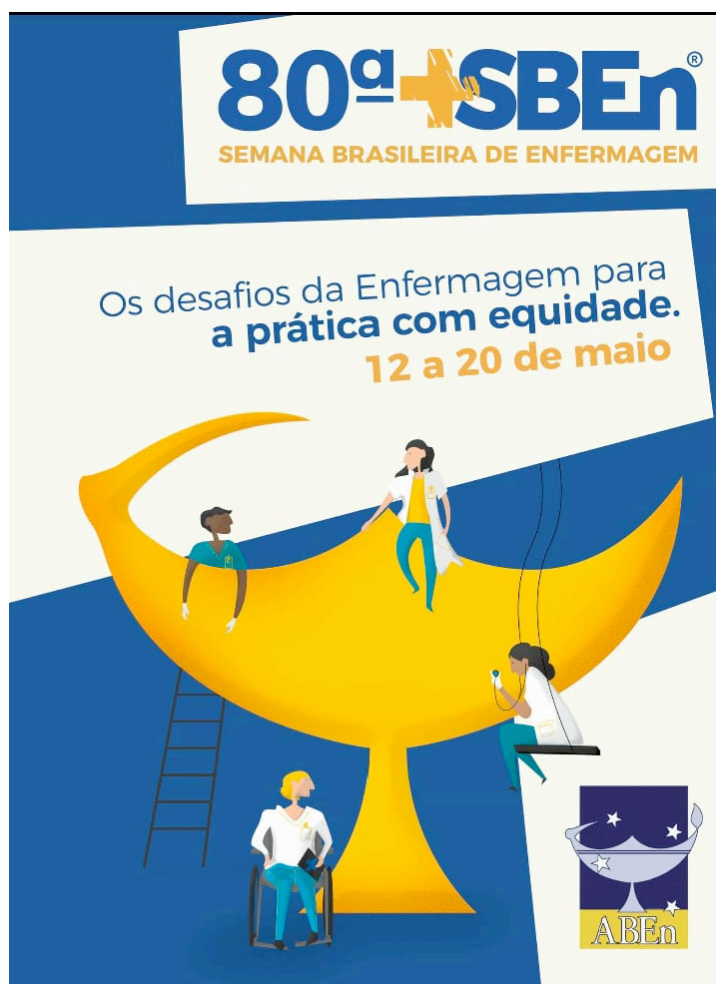


ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

- Desde 1926 -

Declarada de Utilidade Pública pelo Decreto Federal
31.417/1952. DOU 11/09/1952

DIRETRIZES PARA REALIZAÇÃO DA 80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM



2019

DIRETORIA DA ABEn NACIONAL - GESTÃO 2016-2019

Presidente

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Vice-presidente

Ilma Pastana Ferreira

Secretária Geral

Zulmira Barroso Costa

Diretora do Centro Financeiro

Juliana Vieira de Araújo Sandri

Diretora do Centro de Educação

Edlamar Katia Adamy

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

Dulce Aparecida Barbosa

Diretora do Centro de Práticas Profissionais e do Trabalho de Enfermagem

Sheila Saint Clair da Silva Teodósio

Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas de Enfermagem

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

1. APRESENTAÇÃO

A Semana Brasileira de Enfermagem, celebrada anualmente pela Associação Brasileira de Enfermagem, foi instituída em 1940, pela Escola de Enfermagem Anna Nery, tendo como idealizadora a sua então Diretora Laís Netto dos Reys. O início da semana se dá em 12 de maio para celebrar o nascimento de Florence Nightingale, em 1820, e o término em 20 de maio, para rememorar o falecimento de Anna Nery, em 1880. No dia 12 de maio, comemora-se o Dia Internacional da Enfermeira. No Brasil, o dia foi instituído em 1938, pelo Presidente Getúlio Vargas. Em 12 de maio de 1960, o Presidente Juscelino Kubitschek assinou o Decreto 48.202, oficializando a “Semana da Enfermagem”.

No ano de 2019, será realizada a 80ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEEn) promovida pela Associação Brasileira de Enfermagem Nacional, suas Seções, Regionais e Núcleos. O tema central será **“Os desafios da Enfermagem para uma prática com equidade”**, conforme aprovado na 79ª Reunião do Conselho Nacional da ABEEn (79ª CONABEN) realizado em 10 e 11 de novembro de 2018, em Curitiba (PR).

O tema central da 80ª SBEEn surgiu como estratégia para articular e preparar o conteúdo que será desenvolvido durante o 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 12ª Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica e 5º Seminário Internacional sobre o Trabalho de Enfermagem, a realizar-se em Manaus, de 11 a 14 de novembro de 2019, no Centro de Convenções do Amazonas Vasco Vasques, sob o tema “A Enfermagem e os sentidos da Equidade”. Eixos: 1. Desafios para a prática com justiça social e sustentabilidade ambiental; 2. Desafios para uma prática equânime e grupos sociais heterogêneos: classe, gênero, geração, raça/etnia e cultura; 3. Desafios para a produção equânime e sustentável do cuidado a pessoas, famílias e comunidades vulneráveis.

Outro fato bastante importante previsto para ocorrer em agosto de 2019 é a 16ª Conferência Nacional de Saúde, que tem um dos eixos diretamente articulado com o tema da Semana Brasileira de Enfermagem. Trata-se do eixo “Saúde como Direito”. Conforme o Documento Orientador de Apoio e Debates...

“Entender a saúde como direito universal significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. No entanto, precisamos respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, **equidade**. Essa condição está associada ao reconhecimento que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde.

2. OBJETIVOS

Diante disso, a 80ª Semana Brasileira de Enfermagem tem como objetivos:

- Discutir o que é equidade e o que é prática de Enfermagem com equidade, com base na historicidade, determinação social e constituição da enfermagem enquanto profissão.
- Conhecer, divulgar e disseminar experiências exitosas relacionadas à prática de enfermagem com equidade nos âmbitos da assistência, do ensino, da investigação, da gestão e em outros cenários de atuação da enfermagem.
- Relacionar o trabalho da enfermagem com equidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo como base a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

3. ATIVIDADES E ORGANIZAÇÃO

Em torno do Tema Central espera-se que seja desenvolvida uma diversificada programação que evidencie a prática de enfermagem com equidade no âmbito da assistência, formação, pesquisa, gestão, política e do associativismo. As atividades poderão ser implementadas por meio de conferências, simpósios, seminários, cursos, oficinas, exposições, rodas de conversas, atividades comunitárias, entre outras, direcionadas aos trabalhadores de enfermagem, preceptores, docentes e estudantes de enfermagem, além de outros trabalhadores da saúde e de segmentos interessados.

No âmbito nacional, a 80ª SBEn será coordenada pela Vice-presidente Nacional da ABEn e, no nível local, pelas presidentes de Seções e Regionais, ou pessoas indicadas por elas. Caberá à coordenação local o planejamento, a execução e a avaliação das atividades. A coordenação deverá elaborar um relatório síntese a ser encaminhado à Coordenação Nacional, até 30 de junho de 2019.

Para a constituição das comissões locais recomenda-se a participação de trabalhadores, preceptores, docentes e estudantes de enfermagem de todas as áreas de atuação da enfermagem: gestão, assistência, ensino e pesquisa.

Espera-se que o planejamento da 80ª SBEn seja participativo, com o envolvimento amplo dos associados da ABEn. Recomenda-se a articulação das Seções com escolas de enfermagem, serviços de saúde, autarquias, sindicatos de saúde ou de enfermagem, diretórios acadêmicos e outros espaços de organização social.

Sugere-se a mobilização dos participantes por diferentes meios de comunicação como murais, jornais, boletins, folhetos, rádio, televisão, mídias digitais, dentre outros. Considera-se importante o envio de convites para diretorias de enfermagem de serviços hospitalares e gerentes de unidades de saúde e de Enfermagem, direções de escolas de graduação, pós-graduação e de nível médio, diretorias de sindicatos e associações da categoria e da área de saúde, conselhos de saúde e entidades estudantis.

4. ESTRATÉGIAS DE MOBILIZAÇÃO

Para viabilizar a realização ampla de atividades recomenda-se adotar as seguintes estratégias de divulgação:

- ✓ Enviar aos meios de comunicação, diretorias de escolas de enfermagem, chefias de enfermagem de serviços de saúde, material de divulgação contendo: *folder* com a apresentação da 80ª SBEn, a programação local planejada, os nomes da equipe de Coordenação e seus contatos.
- ✓ Preparar *releases* para os meios de comunicação, contemplando as principais questões relacionadas ao tema em destaque, em cada localidade e na atuação de Enfermagem (trabalho de profissionais, estudantes, entidades de classe, serviços e escolas).
- ✓ Contatar representantes de entidades nacionais, estaduais e municipais, governamentais ou não, na área de saúde e afins, para se pronunciarem sobre a importância do tema e do trabalho da Enfermagem. Para isso, deve-se subsidiá-los com dados atualizados, cópias de textos e relatos de experiências representativas do compromisso da Enfermagem com a discussão do tema.
- ✓ Solicitar aos editores dos meios de comunicação e representantes institucionais espaços para entrevistas e debates sobre a temática. Providenciar com antecedência o envio da programação a todos os associados da Seção e Regional e serviços de saúde e escolas de Enfermagem da região.
- ✓ Enviar programação e material de divulgação para gestores, parlamentares, secretários municipais e estaduais, gerentes de serviços de saúde e educação, presidentes de conselhos de saúde, entidades de classe e estudantis, convidando-os para participar dos

eventos programados. Telefonar e confirmar recebimento do material enviado, reforçando o convite pessoal para a solenidade de abertura e demais atividades.

- ✓ Solicitar aos setores de comunicação social das principais agências bancárias, companhias de água, luz e telefone, instituições de saúde (Ministério, Secretarias, CONASS, CONASEMS, COSEMS, Sindicatos, etc), a impressão da seguinte mensagem: **80ª Semana Brasileira de Enfermagem - 12 a 20 de maio de 2019** nas contas, extratos, contracheques, comunicações internas e outros expedientes

5. RELATÓRIO SÍNTESE

Para a elaboração do relatório síntese da Seção ou Regional recomenda-se o preenchimento do relatório de cada atividade desenvolvida, conforme modelo e instrução em anexo. O envio à Coordenação Nacional deve ser feito até 30/06/2019.

A partir dos relatórios das Seções e Regionais, a Coordenação Nacional elaborará um Relatório Síntese final, que comporá o Relatório Anual de Atividades da entidade e será apresentado no 81º CONABEn, em novembro de 2019.

6. TEXTOS PARA SUBSIDIAR OS CONHECIMENTOS SOBRE O TEMA

Sugerimos fortemente a leitura total do Documento Orientador de Apoio e Debates da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disponibilizado no Portal da ABEn – www.abennacional.org.br

A seguir, são transcritos trechos de artigos que abordam o conceito de equidade como subsídio para repensar a prática de enfermagem com equidade. Ao final, encontram-se outras sugestões de leitura

1. Trecho retirado de Egry, Emiko Yoshikawa. Cipescando rumo à equidade: reflexões acerca da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2009 Out [citado 2019 Jan 15]; 62(5): 762-765. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500020&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500020>.

“AS PERSPECTIVAS CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DA EQUIDADE”

O conceito de equidade é fundamental para a priorização das ações, tendo em vista a gradual diminuição das desigualdades sociais, pois há flagrante heterogeneidade da população no tocante às suas necessidades em saúde e acesso aos serviços⁽⁴⁾.

Mais do que o conceito de risco, o reconhecimento de "chances de vida" pode operacionalizar melhor o conceito de equidade para a saúde. Isto porque o conceito de risco remete mais aos aspectos biológicos, subsidiando ações de caráter individual, menos voltadas para o coletivo. Em oposição, o conceito de "chances de vida" remete ao reconhecimento das condições socioeconômicas e ambientais, além das políticas determinantes do processo saúde-doença da coletividade⁽⁵⁾.

De acordo com Paim⁽⁶⁾, a categoria espaço/ território é uma alternativa para estabelecer uma aproximação entre condições e qualidade de vida, a fim de entender o papel do Estado (e das políticas públicas) no atendimento das necessidades de reprodução social dos diferentes grupos sociais.

Buss⁽⁷⁾ refere que Nancy Adler⁽⁸⁾ identificou três gerações de estudos sobre iniquidades em saúde: a primeira dedicou-se a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica e a terceira e atual geração dedica-se principalmente a explicitar os mecanismos de produção das iniquidades.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde, no entender de Buss⁽⁷⁾, "consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas".

Viana et al⁽⁹⁾ ressaltam que a existência e a persistência das desigualdades tem sido objeto de estudo e de preocupação de formuladores das políticas, administradores de serviços de saúde e pesquisadores. Ao tema foi incorporada a dimensão da **justiça social**, que permite analisar os diferentes tipos de desigualdade, remetendo à análise do político, incorporando valores éticos e morais explícitos nas bases contratuais de determinada sociedade.

Apesar da variedade conceitual, Whitehead⁽¹⁰⁾ considera que há certo consenso hoje sobre o que é equidade em saúde: idealmente, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter a justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve

estar em desvantagem para consegui-lo. Mais que o conceito, o importante é o entendimento da desigualdade em saúde na perspectiva de justiça social.

Há outras discussões em curso sobre o entendimento de equidade, como por exemplo, a adotada por Turner e citada por Duarte⁽¹¹⁾ que classifica os diferentes tipos de equidade em ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados. Citando textualmente a autora: "**equidade ontológica** se refere à igualdade fundamental entre as pessoas. Varia das abordagens religiosas de igualdade perante Deus, passando pela abordagem marxista - para a qual a natureza do ser humano é forjada por sua "práxis" livre e transformadora, que busca um domínio cada vez maior sobre a natureza e maior comunicação, autonomia e consciência - até as perspectivas "relativistas" modernas, de que a natureza humana é específica de certas culturas e sistemas sociais. A **equidade de oportunidade** de se alcançar os objetivos almejados. Esta concepção, herança das revoluções francesa e americana, está na base da teoria social da meritocracia, sendo uma característica da doutrina política do liberalismo clássico, que considera ser possível uma mobilidade social perfeita, a partir da igualdade de oportunidades. Uma vez garantida a universalidade dos direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade, todos têm, independente de sua origem, as mesmas oportunidades de alcançar as mais altas posições individuais. Assim, de acordo com esta concepção, as posições na estrutura ocupacional da sociedade são preenchidas apenas pelo mérito pessoal, a partir da igualdade de oportunidades para o ingresso nas instituições sociais. A igualdade de oportunidade é praticamente inseparável da noção de **equidade de condições**. Para haver, de fato, oportunidades iguais para todos os membros da sociedade, a equidade precisa ser observada também no "ponto de partida": apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas "em igualdade" para competir com base em habilidades e méritos individuais. Esta é, sem dúvida, uma concepção mais completa e complexa, que possibilita a inclusão de aspectos estruturais na determinação do grau de mobilidade das diferentes classes sociais. Finalmente, o quarto tipo é a **equidade dos efeitos** ou resultados. Nele, a legislação e outras medidas políticas procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais. Mecanismos de discriminação positiva precisam operar em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas, assegurando a equidade nos resultados"⁽¹¹⁾.

2. Trecho retirado de Souza, Renilson Rehem de. Políticas e práticas de saúde e equidade. Rev.

esc. enferm. USP [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 Jan 15]; 41(spe): 765-770. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004>.

“Na verdade, discutir a equidade é um avanço em relação à discussão da igualdade, porque é preciso que haja um mínimo de condição de igualdade para que se possa começar a discutir a equidade. O dicionário Houaiss diz que *a igualdade é o princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações*; a equidade seria o *respeito à igualdade de direito de cada um, que independe da lei positiva, mas de um sentimento do que se considera justo, tendo em vista as causas e as intenções*⁽¹⁾. Com isso, destaco o entendimento de que a equidade, mais do que tratar todos iguais, teria um valor de justiça, ou seja, de se buscar dar mais a quem precisa mais. Neste sentido, é preciso ter clara a noção de direito de igualdade antes de discutir equidade, porque também equidade não significa retirar direitos, mas respeitar o direito de que todos são iguais e buscar dar mais prioridade àquele que mais precisa. Com esta compreensão, a equidade em saúde implica em prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades. É claro que isso é um enorme desafio.

“(…) Sabe-se que sempre houve grandes desigualdades em relação às diversas regiões do país, a grupos sociais, a aspectos raciais, de gênero e ainda com relação a uma série de outras coisas. Nas ações dos serviços de saúde, tem-se buscado a redução dessas desigualdades com o SUS⁽³⁻⁴⁾, que traz avanços no sentido da igualdade e da equidade e da igualdade com universalidade. Então, uma das ideias básicas do SUS, do nosso sistema público, é que ele é universal, ou seja, todos têm o mesmo direito. Isso é uma coisa que pode parecer óbvia, que não mereceria nenhuma ênfase ou maior detalhamento, mas na verdade nem sempre foi assim. Antes do SUS, algumas pessoas tinham direito à previdência social e ao INAMPS e outras não tinham nenhum direito. As pessoas sem direitos eram atendidas pelo sistema, como caridade. As organizações filantrópicas ou sem finalidades lucrativas exerciam um papel de grande importância na atenção a essas pessoas que eram classificadas ou denominadas como indigentes. Essa foi uma mudança muito grande com a implantação do SUS, pois com o direito constitucionalmente assegurado, todos têm direito ao Sistema de Saúde, no sentido não só da universalidade, mas da integralidade que é tudo para todos. Ou seja, não se trata de alguma coisa para todos; não é só garantir a vacina ou outros aspectos da vigilância epidemiológica ou a consulta do pré-natal, mas é garantir tudo, inclusive aquelas ações mais complexas, de mais alto custo para todos, e assim garantir a universalidade e

a integralidade. É claro que nesse balanço, de oferta e acesso, ainda existem muitas dificuldades, mas é necessário lembrar que o tempo de história do SUS é muito pequeno”.

POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE E EQUIDADE

Como disse anteriormente, o que existia antes do SUS era uma situação absolutamente instituída, oficial, pública e conhecida de todos que era, grosso modo, a existência de dois tipos, ou duas classes de cidadão. Aqueles que tinham a previdência e aqueles que não tinham cobertura, classificados como indigentes⁽⁹⁾. A situação era muito menos dramática do que seria hoje porque o avanço que o conhecimento na área da saúde, na área do diagnóstico e da assistência experimentou nestes últimos 20 a 30 anos modificou muito esse quadro. Naquela época, estava começando uma nova fase do desenvolvimento tecnológico e ainda não existiam terapia intensiva, transplante de órgãos, tomografia computadorizada, ressonância magnética. Os recursos eram muito menores. Portanto, se alguém morria porque não tinha acesso à UTI, não era uma situação tão dramática nem caracterizada como desigualdade porque este recurso ainda não existia. Era sonho alguém idealizar que esse recurso iria existir e que o sistema público já deveria estar oferecendo à população. Hoje seria muito mais dramático considerando-se todo o avanço que ocorreu e isso tem tornado cada vez mais complexo o desafio de um sistema que possa contribuir com a justiça social no sentido de propiciar direitos iguais a todos⁽¹⁰⁾. O que se apresentou de início foi o desafio da igualdade muito mais do que o da equidade⁽¹⁰⁾, porque a igualdade é um desafio que antecede a equidade. Precisamos garantir o acesso a todos para, ao ter certeza de que nós estamos garantindo a todos condições iguais, poder garantir a alguns, condições diferenciadas do ponto de vista de prioridade.

Na Constituição Federal isso está claramente explicitado ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, que era a bandeira de luta da Reforma Sanitária (...). O Movimento da Reforma Sanitária foi um movimento político, articulado com o movimento pela redemocratização do país e que teve como objetivo garantir a todos o acesso aos serviços de saúde não só do ponto de vista assistencial, mas também do ponto de vista da promoção e da prevenção. E as leis, às quais já me referi: a Lei 8080 e Lei 8142 deram início ao processo de construção do SUS⁽³⁻⁴⁾.

Desse modo, do ponto de vista dos princípios, a universalidade significa que o SUS é para todos e a integralidade significa que é tudo. Assim, o nosso desafio é assegurar *tudo para todos*. Esse é

um grande desafio, porque se fosse tudo para alguns, ou alguma coisa para todos seria muito mais fácil. Mas **tudo para todos** é o grande desafio e, ao mesmo tempo, é a grande riqueza do SUS. Entendo que se pensarmos numa perspectiva de que o SUS seja para alguns, ou seja, parcial, que não garanta a integralidade, ele se desintegra no ar, porque essa que é a grande riqueza, que é o grande desafio que infelizmente não é bem entendido. Ou, pelo menos, bem defendido por todos. Pesquisas de opinião têm demonstrado que a parcela da população que não utiliza o SUS tem uma visão extremamente negativa do SUS. Talvez, porque vivenciar o SUS, defender e se comprometer com o SUS, é antes de tudo um ato de desprendimento, de solidariedade. Infelizmente a parcela da população que paga, muito caro, um plano ou seguro de saúde não consegue fazer esse exercício e de certo modo isto é até compreensível.

A equidade está entre os princípios do SUS, mas ainda é pouco desenvolvida e há pouco debate sobre isso. Além disto, temos outros princípios operacionais que são: a descentralização com a municipalização, a regionalização e a hierarquização de rede e a participação social. Vou fazer um comentário rápido sobre a descentralização⁽¹¹⁾ e a regionalização porque num primeiro momento, talvez ao longo da década de 90, na implantação do SUS se priorizou muito a descentralização em detrimento da regionalização⁽¹¹⁾. O que houve foi uma expectativa que se fosse concedido todo poder aos municípios, os problemas estariam resolvidos. Isso não é verdade. Nós temos que conceder todo poder sim ao município, mas esse município, ao mesmo tempo, deve estar integrando um sistema, integrando uma rede regional. Porque se não for desse modo, um conjunto aleatório de municípios autônomos não constitui automaticamente um sistema de saúde. Serão sistemas isolados e parciais. A verdade é que felizmente (alguns acham que infelizmente) não dá para nenhuma esfera de governo ter autonomia plena no SUS. Há uma interdependência permanente e completa. Permanente no tempo e completa porque ela é total, diferentemente de outras áreas. Por exemplo, na área de educação é impossível uma criança ir para o pré-primário pela manhã, à tarde estar na universidade e à noite estar fazendo doutorado. Mas, na saúde isso acontece. Uma criança pode utilizar serviços da Atenção Básica pela manhã, à tarde necessitar de um exame de alta complexidade e à noite pode estar internada em um hospital realizando uma neurocirurgia. A situação se torna ainda mais complexa porque não dá para se ter tudo em cada município, por uma questão de escala e por várias outras questões lógicas, inclusive a qualidade. Não é possível entender que os municípios possam ser totalmente autônomos. Portanto, temos que trabalhar essa questão de um modo diferente. Às vezes se fala

muito em dialética, mas se pensa muito pouco de forma dialética, que é a unidade e, ao mesmo tempo, a unidade constituindo um conjunto. Esta é uma perspectiva às vezes bastante complicada, mas é sem dúvida importante. O que importa é que no nível operacional, para se ter igualdade e também equidade, é necessário que a descentralização propicie que o município, ao mesmo tempo integre uma rede e possa prover à população que vive naquele local a oferta equivalente à dimensão da sua necessidade. Ou seja, quanto mais se descentraliza, mais se foge da cilada da média. Porque a média é aquela história que diz que a taxa de mortalidade infantil no Estado de São Paulo é 13,28 óbitos por mil nascidos vivos, mas tem municípios com taxa de 19 óbitos por mil nascidos vivos, municípios com taxa de nove, e municípios com 12 óbitos por mil nascidos vivos. Ou seja, a média não representa cada realidade nem nenhuma realidade específica. Então, quanto mais se foge da média mais se vai dar o tratamento justo à correspondente necessidade que é, em última análise, o que estamos definindo como equidade.

3. Trecho retirado de Albrecht CAM; Rosa RS; Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude soc.* [online]. 2017, vol.26, n.1, pp.115-128. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017162684>.

“O conceito de equidade em saúde começou a ser debatido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, aparecendo na Carta de Ottawa - documento resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - como um de oito pré-requisitos para a saúde ([OMS, 1986](#)). O termo ganhou espaço nas conferências subsequentes, a ponto da OMS solicitar a elaboração de um documento voltado a refinar uma definição da equidade em saúde. ([Whitehead, 1990](#)) afirma que não há uma definição própria, mas apresenta uma importante contribuição ao incluir a dimensão moral e ética no termo, sendo um dos principais referenciais no tema. Esse documento foi publicado posteriormente no *International Journal of Health Services* ([Whitehead, 1992](#)).

Ao discorrer sobre equidade e saúde, Whitehead ([Whitehead, 1992](#)) parte de dois pressupostos: grupos de pessoas menos favorecidas têm menores chances de sobrevivência e existem grandes diferenças nas experiências de adoecimento entre as pessoas. Considerando que existem diferenças no perfil de saúde entre nações e entre grupos de uma mesma nação, a inequidade se refere a uma diferença específica: a desnecessária, evitável e injusta. Tal termo ganha uma perspectiva moral e ética, à medida que, embora os fatores biológicos e os efeitos de pessoas doentes se deslocando

para classes sociais mais baixas sejam em parte responsáveis pelas diferenças em saúde, os fatores socioeconômicos e ambientais são os protagonistas nesse cenário.

A questão da injustiça se relaciona com o nível de escolha envolvido: existem pessoas que possuem pouca ou nenhuma escolha sobre as condições de vida e de trabalho, resultando em disparidades em saúde. Para Whitehead, ([Whitehead, 1992](#)) a equidade exige que, idealmente, as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial, caso essa situação possa ser evitada. As políticas deveriam reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos.

No Brasil, a equidade constitui um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), embora o termo não conste nos principais dispositivos legais que o regulamentam: a Constituição Federal de 1988 ([Brasil, 1988](#)) e a Lei nº 8.080 de 1990 ([Brasil, 1990](#)). Quando a equidade é apresentada pela primeira vez após a criação do SUS no texto de uma cartilha do Ministério da Saúde ([Brasil, 1990](#)), seu conceito estava relacionado à igualdade dos cidadãos perante as ações e serviços do SUS. Na década seguinte, observa-se a influência das contribuições de Whitehead ([Whitehead, 1992](#)): gradualmente o enfoque na igualdade dos cidadãos é substituído pela ênfase na redução das disparidades sociais e regionais existentes do país ([Brasil, 2000](#)).

Por vezes, como no discurso de Whitehead ([Whitehead, 1992](#)), o conceito de equidade se encontra atrelado à discussão sobre justiça social. Dois autores merecem destaque nesse debate por apresentarem perspectivas com pressupostos distintos: John Rawls e Amartya Sen.

Rawls ([Rawls, 1997](#)) propõe uma teoria da justiça pautada na equidade, compreendida a partir de uma situação hipotética inicial, na qual existe uma posição de igualdade entre todos os indivíduos, ignorando o conhecimento sobre contingências que resultam em disparidades entre os homens, como a posição social, a situação de classe e os atributos e talentos naturais. Tal conjuntura é chamada por Rawls ([Rawls, 2003](#)) de “véu da ignorância” e garante que todos os participantes estejam na mesma situação, evitando que os indivíduos se orientem pelos seus preconceitos e estabeleçam princípios que beneficiem sua situação particular. Para atingir tal condição, as instituições (especificadas pelo autor como constituição política e principais acordos econômicos e sociais) desempenham papel fundamental, uma vez que constituem a estrutura básica da

sociedade e podem ocasionar desigualdades profundas ao favorecerem certas circunstâncias (como posições sociais diferentes) que não são justificadas por mérito ou valor. Na teoria de Rawls ([Rawls, 2003](#), p. 14), a estrutura básica é o objeto primário da justiça, uma vez que seus efeitos sobre as metas, aspirações e oportunidades dos cidadãos “são profundos e estão presentes desde o início da vida”. Uma vez estabelecida a situação de igualdade, um conjunto de princípios seriam aceitos de forma consensual. O autor propõe dois princípios que poderiam ser admitidos sob essa situação hipotética: que certas regras que definem as liberdades básicas permitam a cada pessoa a mais abrangente liberdade compatível com uma liberdade igual para os demais; e que as desigualdades econômicas e sociais sejam distribuídas de forma que, ao mesmo tempo, constituam o maior benefício esperado aos menos favorecidos e estejam vinculadas a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa e oportunidades.

Os princípios são sequenciais, de modo que as liberdades básicas (do primeiro princípio) não podem ser justificadas ou compensadas por questões econômicas e sociais (do segundo princípio). No primeiro princípio, as liberdades só podem ser limitadas quando entram em conflito com outras liberdades, sendo ajustadas para formarem um único sistema. O segundo princípio é conhecido como o princípio da diferença e define que, se não existir uma distribuição que melhore a situação dos menos favorecidos e dos mais favorecidos, é preferível uma distribuição igual. Dessa forma, assegura-se que a mudança na expectativa dos que estão em melhor situação somente configurará uma situação justa se elevar também as perspectivas dos que estão em situação mais baixa.

Sen ([Sen, 2011](#)) parte das críticas a Rawls para apresentar uma abordagem cujos princípios de justiça não são definidos apenas com relação às instituições (que constituem o objeto primário da teoria da justiça de Rawls), mas concentram-se na vida e na liberdade das pessoas envolvidas. A principal crítica de Sen ([Sen, 2011](#), p. 48) a Rawls dedica-se à compreensão de que a justiça não deve se limitar à escolha das instituições e à definição de arranjos sociais ideais, mas depende também das realizações humanas e “incluem as vidas que as pessoas conseguem - ou não - viver”. Considerando que as instituições não são manifestações da justiça e nem invioláveis, a influência dos padrões comportamentais das pessoas associados à busca de instituições que promovam a justiça devem ser analisadas em conjunto na busca pela justiça. Sen apresenta a teoria da escolha

social em contraponto à proposta de Rawls, concentrando-se na base racional dos juízos sociais e nas decisões públicas na escolha entre alternativas sociais.

Na visão de Sen ([Sen, 2001](#)) sobre a promoção da justiça, os indivíduos desempenham papel primordial, à medida que apresentam capacidades diferentes de buscar seus objetivos. Diminuir as desigualdades significa considerar que existe uma diversidade de características internas (idade, sexo, propensão a doenças etc.) e externas (patrimônios disponíveis, ambientes sociais etc.) que interferem na capacidade dos indivíduos de realizarem funcionamentos (estados e ações) que, por sua vez, constituem a sua liberdade para alcançar objetivos que consideram valiosos.

Nesse sentido, a saúde participa da justiça social de várias formas distintas, uma vez que é um componente fundamental das possibilidades humanas. A equidade em saúde, então, deve ter o enfoque em como a saúde se relaciona com outras características por meio da distribuição de recursos e acordos sociais. Como um conceito multidimensional, a equidade em saúde inclui: aspectos que dizem respeito a alcançar uma boa saúde e a possibilidade de alcançar uma boa saúde (e não apenas com a distribuição da atenção sanitária); promover a justiça nos processos prestando atenção na ausência da discriminação da prestação da assistência sanitária; integração entre as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social e da equidade global ([Sen, 2002](#)).

(...)

Percebe-se que a equidade é entendida na maioria dos artigos como um fator essencial para a justiça social, considerando o contexto de desigualdades sociais no qual o Sistema Único de Saúde se encontra inserido. Embora poucos estudos articulem a equidade com a democracia, pode-se compreender que a busca pela equidade em saúde constitui uma forma de garantir um direito social - a saúde -, fortalecendo, assim, o protagonismo do indivíduo em um sistema democrático.

Os conceitos de equidade observados apresentam grande influência dos pressupostos de Whitehead e da teoria de Rawls, à medida que relacionam diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar essas disparidades. Por outro lado, quando comparados ao conceito multidimensional de Sen, parecem dispor de uma

compreensão restrita, referindo-se apenas ao acesso dos indivíduos sujeitos a desigualdades injustas e evitáveis ao sistema de saúde. A limitação do conceito de equidade pode ser compreendida pela dificuldade em operacionalizá-lo, uma vez que um princípio social se trata de um valor abstrato, reportando a aspectos éticos e morais.

A discussão sobre equidade deveria ser intensificada no contexto brasileiro, considerando que o Sistema Único de Saúde lida com um orçamento limitado e uma grande demanda, o que, por vezes, acaba sobrepondo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O debate não deveria ocorrer apenas no nível do acesso às ações e serviços de saúde, mas na equidade do processo que deve acontecer baseado na perspectiva da inclusão, caso contrário, o indivíduo pode ter acesso, mas se sentir excluído em participar do sistema de saúde. O desafio consiste em discutir uma forma de operacionalizar a equidade enfrentando a escassez de recursos e fazê-lo de forma contínua, sem que o princípio se perca ao longo do processo e, dessa forma, o indivíduo sintá-se discriminado no cuidado à saúde”.

Outras sugestões de leitura

Lisboa TK; Manfrini DB. Cidadania e eqüidade de gênero: políticas públicas para mulheres excluídas dos direitos mínimos. Revista Katálysis, 2005 8(1). Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/rt/prINTERfriendly/7103/0>

Silva LMV; Almeida Filho N. Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009 25(Sup 2):S217-S226

Barros FPC; Sousa MF Eqüidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde Soc. São Paulo, 2016 25(1):9-18

Silva MJP. Reflexões sobre slow nursing: a enfermagem sem pressa. Disponível em <https://www.slowmedicine.com.br/reflexoes-sobre-slow-nursing-enfermagem-sem-pressa/>

ANEXO – MODELO PARA ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADES*



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

- Desde 1926 -

Declarada de Utilidade Pública pelo Decreto Federal 31.417/1952. DOU

11/09/1952

80ª Semana Brasileira de Enfermagem

12 a 20 de maio de 2019

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Seção:

Sede:

Atividades realizadas

1. Título da atividade:

2. Modalidade de evento: conferência () palestra () Oficina () Roda de conversa ()

Outra ()

3. Responsável pela atividade: (incluir quem planejou e quem desenvolveu a atividade)

4. Número e breve descrição dos participantes:

5. Breve descrição do conteúdo desenvolvido:

6. Avaliação da atividade pela coordenação e pelos participantes:

7. Contribuição da atividade para ampliar o conhecimento relativo ao tema da 80ª Semana de Enfermagem **“Os desafios da Enfermagem para uma prática com equidade”**

* Elaborar um relatório para cada atividade desenvolvida