

Equidade nos cursos de graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos

Equity in Health undergraduate courses: legal framework, and political and methodological challenges (abstract: p. 14)

Equidad en los cursos de graduación en Salud: marco legal, desafíos políticos y metodológicos (resumen: p. 15)

Dais Gonçalves Rocha^(a)

<daisrocha@yahoo.com.br>



Dyana Helena de Souza^(b)

<dyana_4521@hotmail.com>



Edu Cavadinha^(c)

<ecavadinha@gmail.com>



^(a, c) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB). *Campus* Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70910-900.

^(b) Graduanda do curso de Serviço Social, UnB. Brasília, DF, Brasil.

Propõe-se o diálogo sobre a implementação da lente da equidade nos cursos de graduação de uma universidade pública brasileira, a partir da análise documental das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e revisão de literatura utilizando descritores de língua portuguesa, inglesa e espanhola. Será também objeto de estudo a apresentação das políticas nacionais de equidade e de formação em saúde que têm contribuído com o debate da equidade na saúde. A revisão da literatura evidenciou a incipiência de publicação na temática, predominando estudos sobre a inclusão e/ou inserção de determinados grupos populacionais no ensino superior. Identificou-se que a lente da equidade está presente nas DCN de alguns cursos e existem experiências que estão favorecendo a formação. Recomenda-se uma maior defesa da formação em equidade nas instituições de ensino superior no contexto de revisão das DCN a partir da articulação da sociedade civil e de movimentos populares.

Palavras-chave: Equidade em saúde. Diretrizes Curriculares Nacionais. Currículo. Promoção da equidade.

Introdução

O conceito de equidade é de natureza polissêmica e durante muito tempo no Brasil¹ foi associado à igualdade. No entanto, pode-se constatar um esforço de maior precisão deste, associando-o na contemporaneidade à justiça social. Campos apud Rocha e Akerman² destaca que a “Lei Orgânica da Saúde não mencionou a equidade em seu texto e que talvez a igualdade poderia facilitar mais políticas universais, apesar de que ofuscaria a resposta às distintas singularidades” (p. 735). Além de ofuscar as singularidades, trabalhar apenas com o princípio da igualdade não resolveria as questões das iniquidades sociais que fazem com que determinados grupos populacionais tenham mais barreiras. Para a igualdade ser atingida, é preciso trilhar o caminho da equidade e políticas de caráter “unitário, vertical e instáveis”³ (p. 298), que pressupõem que todas as pessoas são iguais, não dão conta do nosso cenário histórico de desigualdades sociais e isso deve ser levado em consideração não só na formulação de políticas públicas, mas também na implantação de serviços de saúde.

Garrafa et al.⁴ afirmam que a equidade reconhece as diferenças e as necessidades dos sujeitos sociais e é “o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população” (p. 36).

Almeida Filho⁵ discute dois conceitos: o primeiro é o de diversidade, que é “expressa em diferenças individuais, advindas da interação de processos sociais e biológicos, produzindo diversidade nos espaços coletivos sociais e desigualdades nas populações humanas” (p. 29). Quando as estruturas sociais e processos políticos não contemplam a equidade, ocorrem “desigualdades relacionadas à renda, educação e classe social” (p. 30), e o autor classifica tais estruturas e processos como inequidades que estão relacionadas com injustiça social. O segundo conceito é o de iniquidade, que significa “ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde” (p. 30). Enquanto diversidade é a “variação em características dos membros de uma coletividade ou população” (p. 30), falar em equidade é falar necessariamente de políticas públicas na perspectiva da justiça social e considerar a diversidade não implica, necessariamente, que determinados grupos tenham acesso às políticas.

Braverman⁶ considera que a equidade em Saúde motivou esforços para eliminar disparidades em saúde entre grupos de pessoas que estão economicamente ou socialmente em desvantagem. Exemplifica os tipos de desvantagens econômicas e sociais com maior evidência em saúde, destacando a desvantagem racial, étnica e religiosa; desvantagens socioeconômicas; grupos identificados por orientação sexual, identidade de gênero ou socialmente estigmatizados por terem transtornos mentais ou necessidades especiais físicas; e, por último, grupos de pessoas que têm sido excluídos de oportunidades ou marginalizados pela sociedade, independentemente da intencionalidade dessa marginalização.

Os aspectos relacionados acima são de natureza injusta e desnecessária e refletem diretamente na forma como esses grupos têm acesso às políticas públicas. Adota-se a interpretação que Silva e Almeida⁷ fazem sobre equidade em saúde, entendendo-a como “o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente” (p. 221) e, nesse sentido, equidade e iniquidade correspondem a “conceitos relacionados com a prática de justiça e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais” (p. 221).

A reemergência da discussão sobre determinantes e determinação social da saúde tem fomentado o aprofundamento de como promover a equidade em saúde^{2,8,9}. Costa e Lionço¹⁰ discutem promoção da equidade adotando o seguinte conceito:

Capacidade de reconhecimento das diferenças e singularidades do outro e oferecimento de ações de saúde pertinentes a estas necessidades. Significa, portanto, o respeito às subjetividades e ao direito à saúde de cada pessoa, cada segmento da população brasileira, segundo as suas particularidades e singularidades¹⁰. (p. 53)

A motivação para escrever este artigo surgiu a partir da Semana de Saúde, Gênero e Sexualidade, que ocorreu na Faculdade de Ciências da Saúde de uma universidade pública brasileira, em 2015. Participaram estudantes de graduação, profissionais de saúde, gestores e representantes de movimentos sociais para debater sobre as questões de saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, que precisa ser vista sob a lente da equidade.

Trazer a discussão sobre o princípio da equidade para os cursos de graduação em saúde não é apenas uma questão teórico-metodológica, mas uma demanda política dos próprios estudantes da saúde e da sociedade civil para uma formação ética em saúde que desloque a temática da equidade da periferia para a centralidade no processo formativo.

Será que este princípio está sendo debatido nos cursos de graduação da área da saúde? As DCN sinalizam a necessidade de uma formação que priorize a lente da equidade? Existem experiências que favoreçam essa formação?

Com essas questões, propõe-se dialogar sobre a implementação da lente da equidade nos cursos de graduação da saúde a partir da análise das DCN e da revisão de literatura sobre a temática. Será também objeto de estudo a apresentação das Políticas Nacionais de Saúde e Políticas de Formação que têm contribuído com o debate.

Metodologia

Inicialmente, foram mapeadas as políticas nacionais de promoção da equidade. Em seguida, foram identificadas as políticas nacionais de formação que têm impulsionado a reorientação dos cursos da área da saúde.

Na segunda etapa, realizou-se a análise documental das DCN dos seguintes cursos de graduação em saúde: Medicina, Enfermagem, Saúde Coletiva, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Farmácia. Essa análise teve como objetivo identificar se a equidade é mencionada e como sua abordagem metodológica e política são feitas.

Com o objetivo de identificar o contexto atual das abordagens metodológicas e políticas para formação em equidade em saúde, fez-se uma revisão de literatura utilizando os seguintes descritores de língua portuguesa: equidade em saúde; equidade em saúde pesquisa e extensão; promoção da equidade nos cursos da saúde; experiências com promoção e equidade no ensino e recursos humanos em saúde. Os descritores em língua inglesa foram: *health equity; iniquity in health; equity graduation; inequalities; undergraduate curriculum; health inequalities; higher education, extension course and*

equity health and teaching experience. Por último, em língua espanhola foram usados os descritores: *equidad, equidad en salud; educación superior, salud* e currículo. As bases de dados pesquisadas foram Bireme e PubMed, sem definição de período para inclusão.

Políticas nacionais de equidade e de formação em Saúde

De forma a minimizar as iniquidades em saúde, a gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) tem implementado as políticas de promoção da equidade em Saúde¹¹: Saúde Integral da População Negra (2009)¹²; Saúde Integral da População do Campo e da Floresta (2011)¹³; Saúde Integral da População LGBT (2011)¹⁴; Saúde da População em Situação de Rua¹⁵; e Saúde da População Cigana (2011)¹¹. Essas populações têm em comum a posição de vulnerabilidade que ocupam devido a processos discriminatórios que sofreram historicamente e ainda são presentes na sociedade brasileira.

Defende-se que as Políticas de Saúde Indígena e de Saúde da Mulher devam ser incluídas levando em consideração uma conjuntura que por anos excluiu e ainda deixa esses grupos à margem, como afirmam o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015)¹⁶, o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2005)¹⁷, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002)¹⁸ e a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena¹⁹ (2015).

A partir da identificação das Políticas de Equidade destaca-se que algumas destas têm objetivos e ações específicas relacionadas à formação e à educação permanente em saúde. Na política LGBT, por exemplo, o objetivo XXII é a inserção desse conteúdo nos processos de educação permanente e formação profissional.

É importante a continuação e ampliação de iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, pois consideram um processo formativo que leva em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população. Esse cenário de aprendizagem é um grande aliado para trabalhar a questão da equidade e os determinantes sociais do processo saúde-doença²⁰.

Análise das DCN

As DCN em Enfermagem, Medicina e Nutrição (2001)²¹ incorporaram aspectos fundamentais para as áreas de conhecimento que integram a saúde. Nesse sentido, as diretrizes curriculares:

Constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. (p. 2)

Os demais cursos da saúde também aprovaram suas DCN, que seguiram a lógica de identificação de competências comuns e específicas de todas as profissões. O curso de Medicina teve suas DCN reformuladas e aprovadas em junho de 2014. A discussão sobre as DCN do curso de Saúde Coletiva finalizou-se em julho de 2015, após consulta pública e pactuação da Comissão de Trabalho do Fórum de Graduação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Foram analisados inicialmente os cursos de Enfermagem (2001)²², Fisioterapia (2002)²³, Nutrição (2001)²⁴, Odontologia (2002)²⁵, Terapia Ocupacional (2002)²⁶, Farmácia (2002)²⁷ e Educação Física (2004)²⁸. Com relação às competências e habilidades específicas, todas têm em comum a atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; e administração e educação permanente, exceto as do curso de Educação Física.

É nos conteúdos essenciais que se observa se a equidade foi mencionada. Nesse bloco das DCN da primeira década dos anos 2000, somente no curso de Terapia Ocupacional²⁶ é que a equidade aparece explicitamente:

Art. 5º – A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: XXI – conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis. (p. 2)

As DCN de Medicina²⁹ (2014) e de Saúde Coletiva³⁰ (2015) são recentes. Esta última foi discutida no Fórum de Graduação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, mas ainda não entrou em vigor.

Os conhecimentos e habilidades se estruturam segundo três eixos: Gestão em Saúde, Atenção à Saúde e Educação em Saúde. As DCN do curso de Medicina, em sua versão anterior, não mencionavam a equidade. Na versão atual, insere-se a equidade dentro do eixo Atenção à Saúde, com destaque para o artigo:

Da Atenção à Saúde

Art. 5º – Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I – acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

X – Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades (p. 2).

Nas DCN da Saúde Coletiva, a equidade aparece no eixo Gestão em Saúde quando aborda a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no artigo 10, e depois no eixo Atenção à Saúde, com a Promoção da Saúde Individual e Coletiva e Práticas de Orientação e Intervenção em Saúde no artigo 17:

Gestão em Saúde

Art. 10

III – Organização e gerenciamento do trabalho em equipes de saúde, respeitando e promovendo a integralidade, equidade e universalidade, agindo com compromisso ético-profissional e considerando a regulamentação institucional e a valorização criativa do cotidiano do trabalho. (p. 4)

Da Atenção à Saúde:

Art.17

III – Estratégias interativas para a disseminação de práticas de proteção à saúde coletiva, segundo as necessidades sociais identificadas em territórios, ambientes, tempos históricos, eventos sociais e culturais, grupos populacionais, situações de vulnerabilidade e mudança nos valores e crenças presentes em populações. (p. 7)

Foi identificada a importância da lente da equidade ser inserida nos componentes curriculares; a Medicina explicitou este conteúdo, como se observa no artigo 23, incisos II, III e VII.

Art. 23

II – compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III – abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

VII – abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena. (p. 10)

Os cursos de Medicina e Saúde Coletiva dialogam com a literatura quando atendem os preceitos legais referentes à obrigatoriedade do ensino de direitos humanos; de pessoas com deficiência; educação ambiental; ensino de Libras e educação das relações étnico-raciais. Assim como Braverman⁶, nas DCN de Medicina são consideradas questões relevantes para a formação, como as dimensões étnico-racial, socioeconômica e de orientação sexual. Dialogam com Costa e Lionço¹⁰ quando reconhecem a diversidade humana e as singularidades do outro, contextualizando esses aspectos à realidade brasileira. As DCN de Saúde Coletiva também mencionam a necessidade desses aspectos fazerem parte da formação dos estudantes, no que se refere à intervenção em saúde.

O movimento de reformulação das DCN para a área da Saúde e as metas do Plano Nacional de Educação (2014-2024) poderiam sinalizar um avanço possível nas demais graduações em direção à aplicação da lente da equidade. Porém, o atual contexto político, com a apresentação de várias propostas que significam o desmonte da seguridade social e ameaça aos direitos com a extinção de secretarias estratégicas para a promoção da equidade, pode aumentar os desafios políticos e metodológicos de formação e promoção da equidade. Infelizmente, os argumentos científicos e econômicos apresentados pela comunidade científica^{31,32} e de organizações da sociedade civil³³ contra a austeridade fiscal não foram considerados no processo de votação e aprovação da PEC 55/241 pelo Poder Legislativo Federal.

Contexto atual das abordagens metodológicas e políticas para a formação em equidade em Saúde

A revisão da literatura evidenciou a incipiência de publicação na temática. O total de artigos encontrados foi 13, sendo um de língua espanhola, seis de língua inglesa e seis de língua portuguesa.

Dos seis artigos de língua portuguesa, três estudos eram sobre a inclusão e/ou inserção de determinados grupos populacionais no ensino superior³⁴⁻³⁶. Estes discutiram o acesso e ingresso nas instituições de ensino superior por meio das ações afirmativas. Um estudo, apesar de abordar a formação do fonoaudiólogo e consolidação no SUS³⁷, não envolveu a equidade como princípio necessário na formação. Os artigos mencionados foram excluídos por não contemplarem a equidade no ensino.

Elias et al.³⁸ identificaram, nos Estados Unidos, certificações ou especializações que explicitaram formação em equidade, inequidade ou disparidades, a partir da busca em sites de 49 escolas de Saúde Pública e 101 programas de Saúde Pública nas universidades vinculadas à Associação Americana de Escolas e Programas de Saúde Pública. Os objetivos da certificação envolveram o desenvolvimento de profissionais com uma compreensão profunda das causas de desigualdades na saúde e aumento da competência cultural da Saúde Pública em outros profissionais, para equipar profissionais de Saúde Pública com métodos adequados para a investigação e intervenção nas desigualdades em saúde, proporcionando a interdisciplinaridade.

O artigo de Williamson et al.³⁹ relata a utilização da técnica de consenso Delphi, no Reino Unido, para a definição de competências e habilidades necessárias para o aprendizado em escolas médicas. Estas envolvem questões conceituais, entendendo os conceitos relacionados aos determinantes de saúde e às desigualdades; à capacidade de comunicação com os diferentes grupos; à diversidade cultural; e à discussão de termos-chave como raça, etnia, cultura e multiculturalismo; e a última diz respeito às questões éticas. Os autores destacaram que combater as desigualdades é um tema central a ser debatido mundialmente.

Garneu e Pepin⁴⁰ apontaram uma formação no âmbito das competências culturais dos profissionais de Enfermagem como essencial para promoção da equidade. Para os autores, a categoria central significa aprender a reunir as diferentes realidades para fornecer cuidados eficazes em um contexto culturalmente diverso. A categoria mencionada envolve três dimensões da competência cultural: construir uma relação

com o outro; trabalhar fora do quadro da prática habitual e reinventar a prática na ação.

Shadmi et al.⁴¹ discutiram como a atenção primária pode reduzir desigualdades em saúde e pensaram a elaboração de um currículo para formação em equidade na Medicina. Sinalizaram que os governos e os sistemas de saúde precisam formar colaborações transnacionais; incorporar a equidade em saúde e a competência cultural na formação médica; elaborar políticas de promoção de equidade; e realizar pesquisas em equidade na saúde.

Mabhala⁴² identificou no Reino Unido políticas de saúde a partir das quais os profissionais da enfermagem podem contribuir para a redução das inequidades no cotidiano das ações de saúde pública. O conhecimento necessário para incorporar a saúde pública no ensino necessita de uma visão ampla de saúde e refletir e aprender com a experiência e práticas pedagógicas apropriadas. Para a autora, a Saúde Pública é influenciada pelos princípios da justiça social e a equidade é essencial para os currículos desta área.

Por último, Brennan et al.⁴³ pesquisaram conteúdos e experiências da população de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexos (LGBTI), existentes nos currículos de Enfermagem, identificando que há um gap na literatura nesta área. Para que a Enfermagem siga em direção à equidade em saúde, afirmam que é necessário integrar os conceitos, experiências e necessidades fundamentais da população LGBTI, envolvendo-as nos currículos da graduação e da pós-graduação em Enfermagem.

Quadro 1. Revisão de literatura: artigos de língua inglesa

Nome do artigo	Autores	Ano	Temas abordados
The health equity certificate program: a targeted approach to reducing health disparities and increasing the competence of health professional students	Elias et al.	2016	Identificação nos Estados Unidos de certificações ou especializações que explicitaram formação em equidade, inequidade ou disparidades.
Core intended learning outcomes for tackling health inequalities in undergraduate medicine	Williamson et al.	2015	Competências e habilidades necessárias para o aprendizado em escolas médicas. Envolvem questões conceituais, como capacidade de comunicação com os diferentes grupos; diversidade cultural; discussão de termos-chave como raça, etnia, cultura e multiculturalismo; e questões éticas.
A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing	Garneau AB, Pepin J.	2015	Como desenvolver uma formação no âmbito das "competências culturais" dos profissionais da Enfermagem e encará-la como essencial para a promoção da equidade.
Primary care priorities in addressing health equity: summary of the WONCA 2013 health equity workshop. Int J for Equity in Health.	Shadmi et al.	2014	Como a atenção primária pode reduzir desigualdades e a elaboração de um currículo para formação em equidade em saúde.
Health inequalities as a foundation for embodying knowledge within public health teaching: a qualitative study	Mabhala, M. A.	2013	Compreender como o conhecimento dos educadores de Saúde Pública na Enfermagem poderia ser conceituado e o desenvolvimento de uma teoria substantiva de seu conhecimento de ensino de Saúde Pública.
Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, or Intersexed Content for Nursing Curricula	Brennan et al.	2012	Inserção de conteúdos e experiências da população LGBTI nos currículos de Enfermagem.

O estudo de Figueredo et al.⁴⁴ distinguiu dois componentes para se analisar a equidade, um quantitativo e outro qualitativo. O quantitativo está relacionado com o “grau de nível de cobertura que esses serviços são prestados à população” (p. 3). O qualitativo “considera a qualidade e relevância com que esses serviços são prestados” (p. 3). Defendem um currículo com pertinências adequadas, permitindo uma formação com qualidade, e que o ensino aconteça nos cenários reais da comunidade.

Quadro 2. Revisão de literatura: artigos de língua espanhola

Nome do artigo	Autores	Ano	Tema
Principios estratégicos de La educación en Ciencias de La salud em Cuba (I): La equidad	Figueredo et al.	2009	Equidade como um dos princípios da educação médica

O artigo de Almeida Filho et al.⁴⁵ apresentou a estrutura curricular e o modelo pedagógico do curso de Medicina de uma universidade pública, que adota um regime de dois ciclos de formação, integralmente realizado nos contextos de prática do SUS. Para os autores, o sistema universitário brasileiro deve estar em consonância com os princípios do SUS, pois o regime de ciclos apresentado “abre uma possibilidade real de mudanças na preparação profissional para o mundo contemporâneo” (p. 131) e, dessa maneira, contribui para “a construção de uma sociedade fundada em princípios éticos de equidade e solidariedade” (p. 131).

Gonze e Silva⁴⁶ analisaram a percepção dos professores dos cursos de graduação que formam profissionais de saúde em uma universidade pública sobre a formação orientada pela integralidade e por outros princípios do SUS. A formação sobre os princípios doutrinários deste foi reconhecida como necessária pelos professores entrevistados.

Quadro 3. Revisão de literatura: artigos de língua portuguesa

Nome	Autor	Ano	Tema abordado
Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos	Almeida Filho et al.	2015	Apresenta estrutura curricular e modelo pedagógico do curso de Medicina em implantação na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), que adota um regime de dois ciclos de formação, integralmente realizado nos contextos de prática do SUS.
A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores	Gonze GG, Silva GA.	2011	Analisar a percepção dos professores dos cursos de graduação que formam profissionais de saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora, sobre a formação orientada pela integralidade.

Farrer et al.⁴⁷ conceituaram equidade em saúde como “um estado caracterizado pela ausência sistemática de desigualdades em saúde” (p. 394). As desigualdades estão presentes e são difíceis de serem eliminadas, mas há um comprometimento ético e político em reduzi-las a um nível mínimo. Destacam a *advocacy for health equity* como necessária para influenciar decisões visando “apoiar ou implementar políticas” (p. 394); *advocacy* que também é mencionada por Williamson et al.³⁹ quando falam sobre a necessidade de atores que sejam defensores de mudanças em diferentes níveis.

No contexto brasileiro, Luz⁴⁸ destaca a contribuição das Ciências Sociais e Humanas, trazendo conceitos e metodologias para auxiliar nesse processo. A autora acrescenta ainda que “o olhar centrado na compreensão e na interpretação dos fenômenos socioculturais ligados às ciências sociais têm tido relevante papel para instrumentar conceitualmente políticas inovadoras de saúde” (p. 26).

Considerações finais

Ao se debater sobre equidade no ensino superior, foi possível perceber o predomínio de estudos sobre acesso e permanência de determinados grupos populacionais nas instituições de graduação.

Discutir equidade em saúde desde a formação dos trabalhadores emerge como uma estratégia para retirar algumas políticas da marginalidade e implementá-las de fato a partir da integração ensino-serviço-comunidade. É importante o diálogo com as diversas áreas do conhecimento para ampliar a discussão sobre políticas públicas que minimizem as iniquidades em saúde. Reconhecer a centralidade do debate sobre equidade constitui possibilidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem como se conhece atualmente. É necessário trabalhar com a transversalização da equidade de forma que se promova diálogo de saberes dos diversos atores. Essa desconstrução de fronteiras dos saberes e de relações de poder pode revolucionar as práticas de saúde⁴⁹.

A mera inclusão da equidade nas DCN e o conseqüente avanço no marco legal podem não traduzir de forma imediata mudanças concretas na formação do profissional. A inclusão deve ir além de um conceito, sendo um princípio norteador da formação em saúde. Isso significa investir no fortalecimento da democracia e cidadania para mais conquistas de direitos. Requer investimento em pesquisas que tenham a lente da equidade como diferencial e também o seu aprofundamento nos projetos pedagógicos dos cursos.

Este estudo apontou que a lente da equidade tem sido sinalizada nas DCN de alguns cursos e que existem experiências que estão favorecendo a formação. Recomenda-se uma maior defesa da temática nas instituições de ensino superior no contexto de revisão das DCN a partir da articulação da sociedade civil e de movimentos organizados.

Contribuições dos autores

Dais Rocha e Dyana Helena de Souza delinearão a pesquisa; realizaram a revisão da literatura e a análise documental; e participaram ativamente da análise dos dados, da discussão dos resultados e da aprovação da versão final do trabalho. Edu Cavadinha participou da revisão, da discussão dos resultados e da aprovação da versão final do trabalho.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde [Internet]. Brasília; 2004 [citado 25 Ago 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf.
2. Rocha D, Akerman M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 720-54.
3. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(2):293-312.
4. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Rev Bioet*. 1997; 5(1):27-37.
5. Almeida Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Roberto PN, organizador. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 13-36.
6. Braverman P. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? *Matern Child Health J*. 2014; 18(2):366-72.
7. Silva LMV, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):217-26.
8. Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E, Welch V, Ueffing E, Waters E, et al. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ*. 2010; 341:c4739.
9. Welch VA, Petticrew M, O'Neill J, Waters E, Armstrong R, Bhutta ZA, et al. Health equity: evidence synthesis and knowledge translation methods. *Syst Rev*. 2013; 2(43):1-10.
10. Costa AM, Lionço T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para equidade em saúde? *Saude Soc*. 2006; 15(2):47-55.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Políticas de promoção da equidade [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado 22 Set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 992, de 13 de Maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União* [Internet]. 9 Maio 2009 [citado 22 Set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.866, de Dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral Saúde das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília (DF); 2011 [citado 22 Set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.836, de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral

- LGBT) [Internet]. Brasília (DF); 2011 [citado 22 Set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_procoacao_equidade_saude.pdf.
15. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.053, de 23 de Dezembro 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 22 Set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.
 16. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado 22 Set 2015]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>.
 17. Presidência da República (BR). Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF): Ipea; 2005.
 18. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 30 Set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.
 19. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 5a Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília (DF); 2015.
 20. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
 21. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>.
 22. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
 23. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.
 24. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>.
 25. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 26 Set 2015]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.
 26. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares do curso de graduação em terapia ocupacional [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 26 Set 2015]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>.
 27. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>.

28. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares do curso de graduação em educação física [Internet]. Brasília (DF); 2004 [citado 15 Nov 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>.
29. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2014 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
30. ABRASCO. Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. Minuta das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em saúde coletiva [Internet]. 2015 [citado 26 Set 2015]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/DCN-CGSC-versao-junho-2015.pdf>.
31. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil [Internet]. Brasília: Ipea; 2016 [citado 20 Dez 2016]. (Nota técnica). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28589:nota-tecnica-2016-setembro-numero-28-disoc-os-impactos-do-novo-regime-fiscal-para-o-financiamento-do-sistema-unico-de-saude-e-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil&catid=192:disoc&directory=1.
32. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills. New York: Basic Books; 2013.
33. Fattorelli ML. A conjuntura exige atuante dedicação cidadão. Auditoria Cidadã da Dívida [Internet]. 2016 [citado 20 Dez 2016]. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/12/23/novela-da-divida-dos-estados-demanda-urgentemente-uma-completa-auditoria/>.
34. Zago N. Do acesso à permanência no ensino superior: percursos de estudantes universitários de camadas populares. *Rev Bras Educ.* 2006; 11(32):226-337.
35. Caôn GF, Frizzo HCF. Acesso, equidade e permanência no ensino superior: desafios para o processo de democratização da educação no Brasil. *Rev Vertentes.* 2012; 19(2):1-15.
36. Andrade CBY. Acesso ao ensino superior no Brasil: equidade e desigualdade social. *Rev Ensino Super Unicamp.* 2012:18-27.
37. Lemos M, Bazzo LMF. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(5):2563-8.
38. Elias TI, Williams KR, Hershey TB, Documet PI, Michell EB, Webb TG. The health equity certificate program: a targeted approach to reducing health disparities and increasing the competence of health professional students. *Pedagogy Health Promot.* 2016; 3(3):1-8.
39. Williamson AE, Ayres R, Allen J, Macleod U. Core intended learning outcomes for tackling health inequalities in undergraduate medicine. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015 [citado 2 Nov 2015]; 15(66):1-4. Disponível em: <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0342-1>.
40. Garneau AB, Pepin J. A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Educ Today.* 2015; 35(11):1062-8.



41. Shadmi E, Wong CW, Kinder K, Heath I, Kidd M. Primary care priorities in addressing health equity: summary of the WONCA 2013 health equity workshop. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014 [citado 2 Nov 2015]; 13(104):1-6. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/104>.
42. Mabhala MA. Health inequalities as a foundation for embodying knowledge within public health teaching: a quantitative study. *Int J Equity Health*. 2013; 12(46):1-11.
43. Brennan AM, Barnsteiner J, Siantz ML, Cotter VT, Everett J. Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *J Prof Nurs*. 2012; 28(2):96-104.
44. Figueredo SS, Gómez MP, Sacasas JAF, Aquilera EM, Cobelo JMD. Principios estratégicos de la educación en ciencias de la salud en Cuba (I): la equidad. *Educ Med Super*. 2009; 23(2):1-9.
45. Almeida Filho N, Lopes AA, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Cardoso AJC, et al. Formação médica na UFSB: II. O desafio da profissionalização no regime de ciclos. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(1):123-34.
46. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis*. 2011; 21(1):129-46.
47. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. *Milbank Q*. 2015; 93(2):392-437.
48. Luz MT. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para saúde. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [citado 26 Dez 2015]; 20(1):22-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/04.pdf>.
49. Fleury S. Educação popular e questões de poder. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2):1489-92.

This study proposes a dialogue regarding the implementation of equity in undergraduate courses of a Brazilian public university, based on the documentary analysis of national curricular guidelines and a literature review using descriptors in Portuguese, English and Spanish. The study object will also be the presentation of the National Policies of Equity and Health Qualification that have contributed to the discussion of equity in health. The literature review evidenced a lack of publications on the subject, with a predominance of studies on the inclusion and/or insertion of certain population groups in higher education. As identified, equity is present in the national curricular guidelines of some courses, with experiences that favor qualification. A greater defense in favor of equity education is recommended in higher education institutions in the context of reviewing the national curricular guidelines based on the coordination of civil society and popular movements.

Keywords: Health equity. National curricular guidelines. Curriculum. Equity promotion.



Se propone el diálogo sobre la implementación de la lente de la equidad en los cursos de graduación de una universidad pública brasileña, a partir del análisis documental de las DCN y revisión de literatura utilizando descriptores de lengua portuguesa, inglesa y española. También será objeto de estudio presentar las Políticas Nacionales de Equidad y de Formación en Salud que han contribuido con el debate de equidad en la salud. La revisión de la literatura dejó en evidencia la incipiente de publicación en la temática, predominando estudios sobre la inclusión y/o inserción de determinados grupos poblacionales en la enseñanza superior. Se identificó que la lente de la equidad está presente en las DCN de algunos cursos y existen experiencias que favorecen la formación. Se recomienda una mayor defensa de la formación en equidad en las instituciones de Enseñanza Superior en el contexto de la revisión de las DCN a partir de la articulación de la sociedad civil y de los movimientos populares.

Palabras clave: Equidad en salud. DCN. Currículo. Promoción de la equidad.

Submetido em 25/01/18.

Aprovado em 13/03/18.