

ARTIGO DE REVISÃO

DIÁLOGOS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM OLHAR DA REVISÃO INTEGRATIVAVânia Maria Pessoa Rodrigues^a<https://orcid.org/0000-0002-8936-274X>Themis Cristina Mesquita Soares^b<https://orcid.org/0000-0003-3724-2647>Sara Taciana Firmino Bezerra^c<https://orcid.org/0000-0002-0516-7681>**Resumo**

As políticas públicas com ênfase na saúde vêm adquirindo espaço nas discussões das últimas décadas, principalmente após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado uma das maiores conquistas sociais do país. Este trabalho busca verificar as evidências científicas no diálogo entre as políticas de saúde do SUS com a política de atenção integral à saúde da mulher e educação em saúde. Para isso, realizou-se uma revisão integrativa de literatura em duas bases de dados, *SciELO* e *Scopus/Elsevier*. A amostra final foi composta por seis artigos, que foram submetidos à análise. Identificaram-se os objetivos, as diretrizes, a organização e o funcionamento de algumas políticas de saúde a partir do SUS, no campo específico da política de atenção integral à saúde da mulher e das discussões em relação à educação em saúde. Os artigos apontaram para a democratização das ações e dos serviços de saúde a partir do SUS, que permitiram externar um olhar para a garantia dos serviços de saúde na atenção à saúde da mulher, independentemente de classes sociais e condições de vida. As ações de educação em saúde, por sua vez, passaram por ajustes discretos na maior parte do tempo, pontuados por momentos de transformações e implementações de serviços de promoção e prevenção à saúde. Espera-se que o desenvolvimento das ações

^a Professora de Educação Física. Mestra em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (Plandites). Docente na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: vaniapessoa13@hotmail.com

^b Professora de Educação Física. Docente na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Coordenadora Plandites (UERN/CAPF). Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: themissoares@uern.br

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente adjunto da UERN. Docente do Mestrado Acadêmico em Planejamento e Dinâmicas Territoriais do Semiárido (Plandites). Enfermeira do Instituto Dr. José Frota. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: sarataciana@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Departamento de Educação Física. Rua Mauro de Freitas Chaves, n. 20, 13 de maio, CEP: 59920-000. São Miguel, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: vaniapessoa13@hotmail.com

de educação em saúde seja interface constante da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, caso contrário, tais práticas poderão se tornar esporádicas em determinadas épocas ou em governos específicos, acarretando uma lacuna entre teoria e prática.

Palavras-chave: Política pública. Saúde. Saúde da mulher. Educação em saúde.

DIALOGUES ON PUBLIC HEALTH POLICIES: AN INTEGRATIVE REVIEW

Abstract

Public health care policies have been gaining prominence in recent decades, especially after implementation of the Unified Health System (SUS), considered a major social achievement for Brazil. This integrative literature review sought to verify the scientific evidence on the dialogue between SUS health policies and comprehensive women's health care and health education. Bibliographic search was carried out in the Scielo and Scopus/Elsevier databases, resulting in a final sample of six articles selected for analysis. Objectives, guidelines, organization, and operation of some SUS health policies for comprehensive women's health care and discussions regarding health education were identified. The articles pointed to the democratization of health actions and services from the SUS, which allowed to ensure women's health care services, regardless of social class and living conditions. Health education actions, in turn, underwent minor adjustments marked by moments of transformation and implementation of health promotion and prevention services. Health education actions should be a constant interface between the National Health Policy and the National Policy for Permanent Health Education, lest they become sporadic actions at specific times or governments, entailing a gap between theory and practice.

Keywords: Public policy. Health. Women's health. Health education.

DIÁLOGOS SOBRE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA: UNA VISIÓN DESDE LA REVISIÓN INTEGRADORA

Resumen

Las políticas públicas con énfasis en la salud vienen ganando terreno en las discusiones en las últimas décadas, especialmente a partir de la instauración del Sistema Único de Salud (SUS), considerado una de las mayores conquistas sociales de Brasil. Este trabajo busca verificar la evidencia científica en el diálogo entre las políticas de salud del SUS con la política de

atención integral a la salud de la mujer y la educación en salud. Para ello, se realizó una revisión integradora de la literatura en dos bases de datos, *SciELO* y *Scopus/Elsevier*. La muestra final estuvo compuesta por seis artículos, que fueron sometidos a análisis. Se identificaron objetivos, directrices, organización y funcionamiento de algunas políticas de salud basadas en el SUS, en el campo específico de la política de atención integral a la salud de la mujer y las discusiones sobre educación en salud. Los artículos apuntaron a la democratización de las acciones y servicios de salud del SUS, permitiendo una mirada a la garantía de los servicios de salud en la atención a la salud de la mujer, independientemente de la clase social y las condiciones de vida. Por otra parte, las acciones de educación en salud sufrieron ajustes discretos la mayor parte del tiempo, puntuados por momentos de transformación e implementación de servicios de promoción y prevención de la salud. Se espera que el desarrollo de acciones de educación en salud sea una interfaz constante de la Política Nacional de Salud y la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, de lo contrario, puede convertirse en prácticas esporádicas en determinados momentos o en gobiernos específicos, provocando un desfase entre teoría y práctica.

Palabras clave: Políticas públicas. Salud. Salud de la mujer. Educación para la salud.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas com ênfase na área da saúde vêm adquirindo espaço nas discussões das últimas décadas, principalmente após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição Federal de 1988¹. Com efetivação em 1990, seus princípios doutrinários e organizativos apontam para a democratização das ações e dos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e se tornam universais, isto é, passam a ser norteados pela descentralização, equidade, universalidade e integralidade nas redes de atenção à saúde².

A partir dessa discussão, o campo de ação na saúde é direcionado para o desenvolvimento de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990². É dever do Estado garantir a saúde, a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e de outros agravos, no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal às ações e aos serviços de saúde para os usuários do SUS². Essa postura está, portanto, em concordância com a Lei nº 8.142/1990³, que determina a participação da comunidade na gestão do SUS – por meio de Conferências

de Saúde e/ou Conselhos de Saúde – e discorre sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde pública³.

É de fundamental importância compreender as particularidades dos serviços do SUS destinados aos diferentes públicos populacionais do país, no sentido de contemplar as necessidades do ser humano e fortalecer a Rede de Assistência à Saúde (RAS), por meio de um processo de construção e regulação de atenção à saúde, com a garantia do direito universal e de ações e serviços que assegurem o acesso à saúde de qualidade⁴. Dentre essa diversidade de políticas de saúde, se destaca a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), como resultado da conjuntura política e econômica e da luta do movimento feminista em busca de direitos concernentes à saúde⁵.

Associada a essa discussão, existe uma preocupação com as questões de educação em saúde, que constituem um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos”^{6:19}.

O contexto social, portanto, favorece essa discussão, visto que as políticas de saúde têm sido algo emergente na sociedade, especialmente quando se discute a saúde do público feminino. Nesse campo, pensar a política de saúde direcionada às mulheres nos dias atuais torna-se algo urgente, tendo em vista que estudos comprovam cada vez mais a incidência de agravos à saúde, violência doméstica, abuso sexual, riscos de doenças, entre tantos outros casos que acometem o gênero feminino⁵. Já a educação em saúde, em outro âmbito, trata de informações úteis no controle e na qualidade de vida, é articulado com os conhecimentos científicos e intermediado pelos profissionais que proporcionam modificações de comportamento cotidiano na vida das pessoas, uma vez que a compreensão e a aplicação dos conhecimentos pedagógicos do processo de saúde/doença têm o poder de propiciar a adoção de hábitos saudáveis que levam a boas condutas de saúde⁷.

No entanto, faz-se necessário analisar e discutir sobre educação em saúde enquanto respeito pela integração da vida, por meio de mudanças comportamentais em relação às práticas de saúde, como forma de afirmar que é possível evitar certas doenças, controlar e manter uma vida mais saudável. No campo da Pnaism, ressalta-se sua relevância social como prática de libertação do gênero feminino em um contexto patriarcal para a conquista de direitos sociais, respeitando o protagonismo das mulheres. A partir desse pensamento, o objetivo deste artigo é verificar as evidências científicas no estabelecimento do diálogo entre as políticas de saúde do SUS e a política de atenção integral à saúde da mulher e educação em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi elaborado a partir de revisão integrativa de literatura, de modo a sintetizar e avaliar os resultados de outras pesquisas sobre a temática na área da saúde. O processo de realização de uma revisão integrativa deve, necessariamente, seguir uma sucessão de etapas bem definidas, sendo elas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados; categorização dos estudos definidos; apresentação dos resultados, análise e interpretação ou síntese do conhecimento⁸.

Para isso, a pesquisa teve início no período de junho a dezembro de 2020. A primeira etapa direcionou-se à definição de um problema a partir da delimitação do tema de pesquisa. Desse modo, considerando as políticas de saúde e as relações sociais, questiona-se: quais são as evidências científicas no estabelecimento do diálogo entre as políticas de saúde do SUS e a política de atenção à saúde da mulher entrelaçada ao debate sobre educação em saúde?

A partir da definição da pergunta norteadora, foram utilizadas as palavras-chave cadastradas na Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) – “saúde”, “política pública”, “saúde da mulher” e “educação em saúde” –, utilizando-se do operador booleano “and” para a coleta da produção científica, conforme consulta em duas bases de dados: *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e *Scopus/Elsevier*.

Na segunda etapa foi realizada a identificação das produções que foram incluídas ou excluídas deste trabalho. Foram adotados como critério de inclusão artigos na língua portuguesa e em espanhol; com o recorte temporal de 2009 a 2019; de revisão bibliográfica; textos com resumos disponíveis nos bancos de dados e na íntegra. Foram excluídas as publicações que não fossem artigos científicos, como teses ou livros, resumos e artigos publicados em anais; e trabalhos cujos títulos não tratassem sobre os objetos de estudo da pesquisa. O **Quadro 1** ilustra o número de artigos selecionados conforme os descritores associados e as bases de dados consultadas.

Quadro 1 – Número de artigos selecionados, segundo palavras-chave e bases de dados. São Miguel, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021

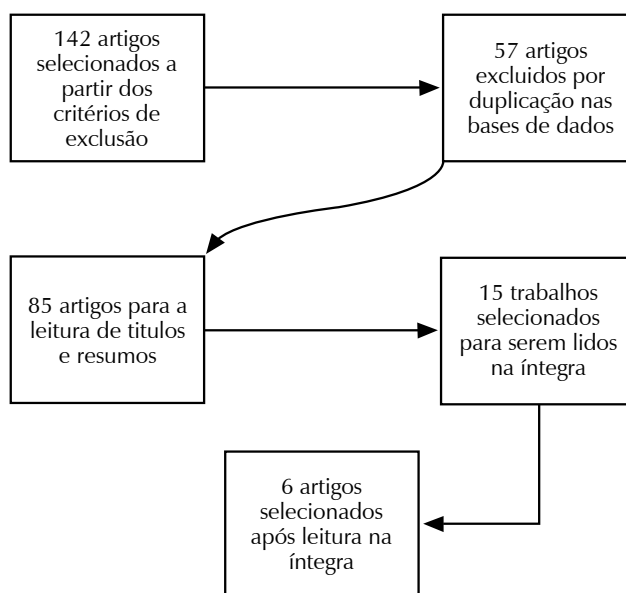
DeCS Bases de dados	Saúde AND Política Pública	Saúde AND Pnaism	Saúde AND Educação em Saúde	TOTAL
<i>SciELO</i>	19	12	49	80
<i>Scopus/Elsevier</i>	10	09	43	62
TOTAL	29	21	92	142

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa nas bases de dados apresentou oitenta artigos no indexador *SciELO* e 62 no *Scopus/Elsevier*. Em resumo, do total de 142 artigos, foram retirados 57 trabalhos duplicados, restando para a análise 85, passando-se à leitura de seus títulos e resumos.

Na sequência, os textos foram analisados e selecionados pela leitura do título e do resumo, excluindo-se 75 produções que não correspondiam ao propósito da pesquisa. Com efeito, chegou-se ao total de 15 trabalhos para serem lidos na íntegra. Posteriormente, restou um quadro final de seis artigos, os quais compuseram a base de estudo por atenderem o objetivo desta revisão integrativa. A **Figura 1** apresenta o fluxograma do percurso de busca, apontando os critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos.

Figura 1 – Fluxograma representativo do processo de seleção dos artigos. São Miguel, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021



Fonte: Elaboração própria.

Na quarta etapa, foi realizada a categorização e a documentação dos dados extraídos dos trabalhos analisados, que possibilitaram a apreciação das principais informações inerentes a cada estudo. Os dados obtidos foram inseridos em uma matriz de síntese na análise dos resultados.

Por fim, as duas últimas etapas – apresentação dos resultados, análise e interpretação ou síntese do conhecimento – destinaram-se à elaboração de resumos e recortes sobre os postulados teóricos que constituíram os resultados do texto final desta revisão integrativa. Os dados foram ponderados e debatidos tendo como referência a bibliografia nomeada que serviu de sustentação à pesquisa.

RESULTADOS

Os textos selecionados englobam a discussão sobre o SUS, a política de atenção à saúde da mulher e as ações de educação em saúde. Eles foram publicados nas revistas *Ciência e Saúde Coletiva*, com 50% (n = 3), *Revista Eletrônica de Enfermagem e Enfermería Global*, seguidas dos *Cadernos de Saúde Pública*, com 16,6% (n = 1) em cada um dos periódicos. O **Quadro 2** apresenta o título, os autores, o periódico em que o estudo foi publicado, o ano da publicação, o tipo de pesquisa, os objetivos e os resultados dos artigos analisados.

Quadro 2 – Matriz e síntese dos artigos selecionados. São Miguel, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021

(continua)

Título	Autores, fonte e ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Resultados
Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos	PAIM, J. S. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 2018	Revisão bibliográfica	Dialogar com alguns estudos e perguntas acerca do SUS ao completar 30 anos	O SUS não está consolidado, justificando-se as alianças entre forças democráticas, populares e socialistas, para enfrentar o poder do capital e de seus representantes na sociedade e no Estado
Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.	MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 2017	Pesquisa bibliográfica	Analisar a trajetória de condução nacional da política de saúde no Brasil de 1990 a 2016	A ampliação dos serviços públicos de saúde ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento de segmentos privados, que disputam os recursos do Estado e das famílias, restringem a consolidação de um sistema de saúde universal, reitereando as desigualdades em saúde
Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde	FREITAS, G. L; VASCONCELOS, C. T. M; MOURA, E. R. F; PINHEIRO, A. K. B. <i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> , 2009	Estudo reflexivo, baseado nos princípios e diretrizes da Pnaism, resultando em uma revisão bibliográfica	Analisar epistemologicamente os pressupostos da promoção da saúde da Pnaism	A Pnaism apresenta-se de forma inovadora ao contemplar aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde a fim de minimizar iniquidades existentes na saúde da mulher
Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa	SILVA, L. C. S; CUNHA, L. P; CARVALHO, S. M; TOCANTINS, F. R. <i>Enfermería Global</i> , 2015	Revisão bibliográfica	Identificar produções científicas sobre necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica	Apresenta-se a necessidade de avançar para novas abordagens de cuidado em saúde com a atuação profissional voltada para a integralidade da atenção à saúde da mulher

Quadro 2 – Matriz e síntese dos artigos selecionados. São Miguel, Rio Grande do Norte,
Brasil – 2021

(conclusão)

Título	Autores, fonte e ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Resultados
Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas	SILVA, C. M. C; MENEZES, M. C; PEREIRA, A. C; MIALHE, F. L. Ciência & Saúde Coletiva, 2010	Revisão bibliográfica	Contextualizar as mudanças ocorridas nas práticas de educação em saúde desde o final do século XIX até a criação do SUS	A formação de uma nova hegemonia representada por recursos humanos de formação orientada pela educação popular e respeito aos saberes da comunidade e cidadania compartilhada
Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva	FALKENBERG, M. B; LIMA, T. P. M; MORAES, E. P; SOUZA, E. M. Ciência & Saúde Coletiva, 2014.	Pesquisa bibliográfica	Analisar os conceitos-chave relativos à educação em saúde e educação na saúde	A educação em saúde enfatiza a educação popular em saúde e valoriza os saberes da população. A educação na saúde enfatiza a educação permanente em saúde, com ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho em saúde

Fonte: Elaboração própria.

No que tange ao método científico, eminentemente, os artigos utilizaram estudos de revisão ou pesquisa bibliográfica. São trabalhos escritos com a participação de professores universitários em parceria com acadêmicos de cursos de graduação, pós-graduação ou mestrados. Eles foram publicados em 2009, 2010, 2014, 2015, 2017 e 2018, com um artigo para cada um desses anos de publicação.

Além disso, os textos nomeados foram constituídos de trabalhos científicos que passaram por um rigoroso processo de seleção – conforme elencado na metodologia –, abordaram a relação do SUS com as principais políticas públicas de saúde no contexto da sociedade brasileira, passando pela criação e efetivação do SUS, e entrelaçaram o debate com a política de atenção integral à saúde da mulher e com as ações de educação em saúde, configurando os avanços no atendimento às necessidades de saúde no campo social.

No entanto, quando se analisa o conteúdo dos trabalhos, de forma geral, identifica-se o direcionamento das políticas de saúde para o contexto e especificidades do público feminino, com olhares na integralidade da Pnaism, considerada um avanço nas conquistas sociais de gênero, cabendo ao Estado a exigência e o cumprimento das ações exclusivas dessa política para as mulheres⁹. Por fim, a educação em saúde surge como modelo de impedimento às doenças, passando por diferentes objetivos e denominações, até adquirir o formato de educação em saúde empregado na atualidade, com atuação na recuperação e promoção à saúde e prevenção a doenças, apontada como alternativa para se viver mais e melhor no atual contexto social, em parceria com gestores, profissionais da saúde e participação popular.

RESULTADOS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA ORIGEM ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Em relação à política pública de saúde concebida pela Constituição de 1988, o SUS representou um marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, determinando um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país¹. A partir dessa constitucionalidade, o SUS é implantado como política pública de saúde com atendimento destinado a toda população, indiscriminadamente, através de seus princípios doutrinários – universalidade, equidade e integralidade – e organizativos – hierarquia, descentralização e controle social. Em síntese, o sistema tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde dos indivíduos².

Nesse processo histórico, considerando a organização e o funcionamento dos serviços oferecidos pelo SUS, a Atenção Primária, denominada como Atenção Básica no âmbito do SUS, seguindo as Normas Operacionais Básicas de 1996, constitui-se porta de entrada preferencial dos sistemas locais de saúde, tendo como meta garantir a resolução em cerca de 80% das necessidades de saúde da população usuária. Isso possibilita a organização e o funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, além da redução do uso excessivo de medicamentos, da utilização de equipamentos de alta tecnologia e do estrangulamento do sistema de saúde¹⁰.

Nesse sentido, o trabalho intitulado “Sistema Único de Saúde aos 30 anos” analisa que os objetivos da política de saúde do SUS caracterizam-se por prestar assistência à população a partir do modelo de promoção da saúde, que implica em ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos por meio da implantação dos diferentes programas de atendimento à atenção básica de saúde da população. O texto também discorre sobre o desenvolvimento de ações para proteger a saúde, que consistem em estratégias específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, manter o estado de saúde do indivíduo e desenvolver ações de recuperação da saúde, de forma a evitar mortes e sequelas em pessoas já acometidas por processos mórbidos¹¹.

Já as políticas de saúde no Brasil analisadas no artigo “Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal” apresentam um conjunto de ações e diretrizes no campo da universalidade da saúde pública a serem partilhadas pelo governo federal, estadual e municipal. Dentre as ações propostas pelo SUS, destacou-se a institucionalização de programas de saúde que buscam um modelo de atenção que priorize as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e na hospitalização¹².

Nessa visão, o SUS, como parte da Reforma Sanitária e da política abrangente de saúde, é um sistema em constante aperfeiçoamento e adaptação, sofrendo influência dos diferentes contextos

políticos, econômicos e socioculturais do país. Um exemplo são os movimentos e organizações da luta de classe das mulheres diante da conjuntura social vivenciada no contexto social. Para isso, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Pnaism, construída a partir da proposição do SUS, a fim de fortalecer a atenção básica no cuidado com a saúde da mulher em todas os ciclos de vida, na perspectiva de contemplar a promoção e as necessidades de saúde do gênero feminino⁹. Trata-se, portanto, de um programa direcionado às mulheres e sustentado pela política pública de saúde oferecida pelo SUS.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: O DEBATE EMERGENTE

Freitas et al.¹³, em seu trabalho “Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde”, relatam que nas décadas de 1930 a 1950 a mulher era vista basicamente como mãe e dona de casa, esposa e educadora dos filhos. Na década de 1960, destacou-se a atenção ao estado de saúde das mulheres em idade fértil. Em 1970, era negado atenção às reais necessidades ou preferências do público feminino, relacionando ações ao seu estado gravídico-puerperal. Só na década de 1980 foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism).

Essa discussão apresenta semelhanças com o ponto de vista apresentado por outros autores ao mencionar que a Paism reconheceu que as mulheres têm direito à livre escolha dos padrões de reprodução, rompendo o paradigma materno-infantil elaborado nas décadas de 1930 a 1970, no qual a mulher era vista como produtora e reprodutora de força de trabalho¹⁴. Está em consonância, também, com a Pnaism, que traz em seu conteúdo as diretrizes de orientação e capacitação dos serviços para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contempla a promoção e prevenção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde⁹.

Além disso, a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida feminina: pode-se citar, por exemplo, que ao longo da história da humanidade grande parcela feminina foi vista como frágil, sem inteligência ou potencial para trabalhos árduos e grotescos, capaz apenas de ser boa esposa, dona de casa e boa mãe¹⁵. A partir dessa visão, essa política representava os interesses do mercado capitalista e a luta organizada dos movimentos femininos, atentando-se para o fato de que desenvolver uma carreira profissional não era uma alternativa para as mulheres, mas sim um encargo a mais, que não as isentava das obrigações familiares e domésticas. Não era o tipo de independência que Beauvoir pretendeu, mas uma ruptura com as ideias patriarcais e a vivência de outro contexto social, político, econômico e cultural, tendo como resultado uma política amigável no atendimento às exigências e necessidades sobre as particularidades do público feminino¹⁶.

Em decorrência desse debate, Silva et al.¹⁷, em seu artigo “Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa” esclarece que tornou-se urgente a necessidade de elaboração de políticas públicas que atendessem a mulher em todos os aspectos, e não apenas no reprodutivo. Nesse sentido, foi criado um novo olhar para a saúde da mulher, resultado da luta do movimento feminino em busca de direitos específicos no que concerne à saúde, o qual considerou as mulheres como protagonistas de suas próprias vidas e que seus distintos cenários, territórios e comunidades somam esforços e agregam valor na construção de um Brasil mais igualitário, com mais cidadania e democracia participativa.

Os resultados apontados por Silva et al.¹⁷ estão conectados com as análises discutidas na 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, dando ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, atenção ao climatério, no combate à violência doméstica e sexual, na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar e na prevenção e tratamento das doenças infectocontagiosas e crônicas não transmissíveis. Portanto, são políticas que incorporam enfoques de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, que buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sociais⁵.

Diante disso, é pertinente afirmar que a história das mulheres teve mudanças ao longo do tempo, em seus objetos, concepções e pensamentos. A narrativa inicia-se com a história do corpo e das funções desempenhadas no privado para se chegar a história das mulheres que passaram a ocupar diferentes espaços públicos, sociais e administrativos. Parte-se de uma história das mulheres enquanto vítimas das ideias patriarcais para chegar a uma história das mulheres ativas, das lutas e dos movimentos sociais que provocaram as mudanças. Parte-se de uma história das mulheres para tornar-se uma história do gênero, com políticas de saúde particulares¹⁸.

Além disso, a Pnaism retrata uma política de inclusão de gênero com atendimentos às demandas femininas, concebendo que a humanização e o empoderamento por meio da garantia de direitos e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis⁹. É importante considerar que as conquistas dos direitos sociais em saúde para a mulher são mais que uma honra no campo da igualdade de gênero, mas devem ser consideradas ainda questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência (primário, secundário e terciário), disponibilidade de informações e orientação da clientela pelas ações de educação em saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISITANDO A DISCUSSÃO

Os artigos “Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas”, de Silva et al.¹⁹, e “Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva”, de Falkenberg et al.²⁰, discutem a educação em saúde e educação na saúde a partir de uma reflexão

histórica de suas práticas no contexto social. No Brasil, essa temática é discutida no território em certos períodos históricos e relacionada aos problemas de saúde para intervenção no comando da hegemonia da classe dominante, no sentido de manter o controle de uma raça sadia. “A ideia de uma pedagogia higiênica organizou-se pela primeira vez no Brasil na segunda metade do século XIX, sendo a população-alvo dessa prática as famílias da elite”^{19:2540}. Posteriormente, esse discurso aparece no cenário dos modelos de atenção implantados nos serviços para manutenção da saúde da mão de obra trabalhadora com fins capitalistas, denominado educação sanitária.

Mas, afinal, o que é educação em saúde? Ela compreende uma combinação de ações e experiências de aprendizado importante para construção do conhecimento relacionado à mudança de comportamento frente ao cuidado com a saúde do indivíduo²⁰. Trata-se, também, de um conceito ancorado no pensamento de outros autores, ao enfatizar que a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios de preservar e melhorar a vida. Para isso, os sujeitos devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, saberes e hábitos compartilhados nas instituições de saúde, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças²¹.

Nessa perspectiva, a educação em saúde constitui-se em um processo político e pedagógico que leva ao desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo e à autonomia do ser humano, pois possibilita a construção de um saber que propicia a capacidade de propor mudanças e decidir sobre as questões relativas aos cuidados dos indivíduos, de sua família e da coletividade²².

Desse modo, identificamos um conjunto de três agentes sociais envolvidos no processo: os profissionais de saúde que atuam na valorização da prevenção e da promoção, assim como nas práticas curativas; os gestores que dão o suporte para esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos, aplicar na vida prática e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente, na promoção da saúde⁷.

Em 1903, o médico sanitarista brasileiro Oswaldo Cruz passou a enfrentar as epidemias que assolavam a cidade do Rio de Janeiro (RJ) por meio das brigadas sanitárias, acompanhadas da polícia. Essas equipes percorriam as ruas e visitavam as casas, desinfetando, exigindo reformas, interditando prédios e removendo doentes. Contudo, percebe-se que em nenhum momento era instaurado o debate em torno do direito à saúde, do diálogo, da orientação com os cuidados de higiene ou da falta de informação da população sobre a existência das doenças e as formas de prevenção¹⁹.

Percebe-se que, de um lado, até a década de 1920 a educação em saúde tinha como base a estrutura sanitária voltada para combater problemas específicos, como as epidemias e pestes que caracterizaram a história brasileira. Por outro, a expansão da agricultura cafeeira e o processo de industrialização fez surgir uma nova noção sobre os serviços de saúde pública,

perpassando a concepção de práticas de prevenção e de controle de saúde que acenaram para a pedagogização e educação sanitária¹⁹.

Outro aspecto presente na literatura analisada é que, a partir de 1930, o Estado aparece no comando do setor de saúde e concentra-se na construção de um sistema previdenciário destinado à classe trabalhadora, por meio das campanhas sanitárias. Essa discussão comunga com o pensamento de outro autor ao relatar que nessa época surge a figura do Estado como mediador do conflito entre as relações sociais e os interesses do capitalismo. O novo espaço urbano, também espaço industrial, trouxe consigo outras condições de vida e de trabalho e, com elas, a emergência de muitas doenças²³.

A pedagogia da saúde entre os anos de 1950 e 1960 pautou-se por uma ideologia modernizadora que tinha por meta remover os obstáculos culturais e psicossociais às inovações tecnológicas de controle às doenças, a fim de manter o domínio estrutural da sociedade por meio da educação na saúde e desenvolver ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho em saúde com o uso de técnicas educacionais e recursos audiovisuais¹⁹. Na década de 1970, “a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinadas aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados.”^{19:2544}. É a partir de 1980 que é empregado o modelo tradicional que autoriza o poder de educação em saúde pelos profissionais de saúde, uma vez que são detentores do saber necessário para se ter uma vida saudável¹⁹.

Sob esse olhar, a prática educativa tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas do autocuidado, tendo como base norteadora a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006²⁴, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes sociais²⁴.

Em 2014, o Ministério da Saúde propôs a revisão da PNPS, apontando a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares. Essa política visa à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos sociais no âmbito da promoção da saúde²⁴.

Além disso, a educação em saúde adquire a interface com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), criada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/GM de 2004²⁵. A Pneps adota como ação norteadora os processos educativos contínuos nos diferentes arranjos assistenciais do SUS, com suas diversas denominações (capacitações, treinamentos, cursos, atualizações, aperfeiçoamento etc.), e a educação popular em saúde,

que reconhece que os saberes são construídos diferentemente e, por meio da interação entre sujeitos, se tornam comuns ao serem compartilhados²⁶. Os processos de Educação Permanente em Saúde têm como objetivo a transformação das práticas dos profissionais e da própria organização do trabalho²⁷.

Portanto, as conclusões dos autores precisam ser devidamente ponderadas: ao se fazer uma retrospectiva crítica e abrangente da educação em saúde nas últimas décadas, destaca-se um desenvolvimento incipiente diante da demanda social por saúde, que conduz a uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas. Por outro lado, é importante o reconhecimento das práticas comunitárias de prevenção, promoção, tratamento e assistência como princípio norteador da educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na contextualização deste estudo, uma possível resposta à pergunta que deu norte a esta revisão integrativa aponta que as políticas de saúde caracterizam-se como conquistas de uma luta de classes, passando pelo viés do Estado, que constitui-se em benefícios sociais. No entanto, verifica-se uma discussão satisfatória em relação ao objetivo de estudo quando evidencia-se que as produções científicas no estabelecimento do diálogo entre políticas de saúde do SUS, com a política de atenção integral à saúde da mulher e o debate sobre educação em saúde, são discursos que timidamente vêm ganhando espaço no cenário da saúde pública brasileira.

Portanto, prevalece o consenso de que os avanços conquistados em torno das políticas implementadas pelo SUS, também em prol da saúde da mulher e da educação em saúde, ainda estão longe de ser apontados como aceitáveis. Porém, a pesquisa possibilitou entender os avanços, desafios e dificuldades na efetivação das políticas propostas com um olhar para a orientação e capacitação dos serviços de saúde para a atenção integral à saúde da mulher, em todos os ciclos de vida, independentemente de classe social e condições de vida, que se entrelaça ao debate sobre educação em saúde. Na educação em saúde, as ações adquiriram um enfoque biomédico, ou seja, uma transmissão verticalizada de saber imposta à sociedade e que não condiz com a educação em saúde emancipatória.

O desenvolvimento das políticas preconizadas pelo SUS e as ações de educação em saúde devem ser uma interface constante da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Caso contrário, essas ações se tornarão esporádicas, em determinadas épocas, para um determinado público e em governos específicos, acarretando uma lacuna entre teoria e prática.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Vânia Maria Pessoa Rodrigues, Themis Cristina Mesquita Soares e Sara Taciana Firmino Bezerra.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Vânia Maria Pessoa Rodrigues, Themis Cristina Mesquita Soares e Sara Taciana Firmino Bezerra.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Vânia Maria Pessoa Rodrigues, Themis Cristina Mesquita Soares.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Vânia Maria Pessoa Rodrigues, Themis Cristina Mesquita Soares e Sara Taciana Firmino Bezerra.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Presidência da República; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1990 set 20. Seção 1, p. 18055.
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1990 dez 28. Seção 1, p. 25694.
4. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. Saúde Soc. 2020;29(3):670-82.
5. Claudino V. Unificar para conquistar direitos: mulheres pedem política integral de saúde. Revista Nacional de Saúde. 2017;4(4):19.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão do trabalho e da educação na saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
7. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(2):335-42.
8. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão Soc. 2011;5(11):121-36.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
11. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1723-8.
12. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(Suppl 2):144-61.
13. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(2):424-38.
14. Ferreira HM, Sales MDC. Saúde da mulher enquanto políticas públicas. *Salus.* 2017;3(2):58-65.
15. Teles, MAA. Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios. São Paulo (SP): Alameda; 2017.
16. Beauvoir, S. O segundo sexo. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 2009.
17. Silva LCSC, Cunha LP, Carvalho SM, Tocantins FR. Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa. *Enferm Glob.* 2015;(40):389-401.
18. Perrot M. Minha história das mulheres. 2a ed. São Paulo (SP): Contexto; 2017.
19. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2539-50.
20. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Colet.* 19(3):847-52.
21. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm.* 2014;57(6):761-83.
22. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto Enferm.* 2009;18(4):652-60.
23. Oliveira RMA. construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspect Ciênc Inf.* 2003;8:22-45.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF); 2004.
26. Miranda GR, Oliveira GGL, Gonçalves MC. Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família. Belém (PA): UFPA; 2008.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Recebido: 18.3.2021. Aprovado: 5.8.2022.