

## 6.3 O cuidado em saúde

**Grasiele Nespoli**

**Márcia Cavalcanti Raposo Lopes**

Cuidar, de forma geral, significa atenção, zelo, responsabilidade. É uma ação fundamental para os laços afetivos que ligam uma família e/ou uma comunidade. Podemos considerar que o cuidado também é marcado por características sociais e históricas, uma vez que é a partir do que entendemos por saúde e por doença que organizamos nossas práticas de cuidado. Processos de adoecimento e práticas de cuidado sempre estiveram presentes nas comunidades humanas. As formas como são entendidos, no entanto, variaram no tempo e no espaço de acordo com as formas de vida e cultura de cada comunidade.

Uma pesquisa rápida em livros sobre comunidades antigas ou mesmo recentes, mas inseridas em culturas diversas da nossa, pode mostrar como distintos povos constroem variadas formas de entender o que é saúde e também produzem, conseqüentemente, diferentes formas de lidar com seus problemas de saúde. É claro que este entendimento recebe a influência dos modos como cada população constrói seu conhecimento e, portanto, não se assemelha aos significados próprios da ciência moderna, que são típicos da nossa cultura ocidental moderna.

Assim, por exemplo, os povos primitivos explicavam a doença com base em uma concepção que hoje chamamos mágica: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos e compete ao feiticeiro ou xamã curá-lo, o que nesse contexto significa reintegrá-lo ao universo total do qual ele é parte (Scliar, 2005). No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e ainda segue, um percurso diferente, cujo ponto principal são as forças vitais que existem no corpo: essas forças,

[...] quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia (“chi”, na China; “prana”, na Índia) no corpo. (Scliar, 2007, p. 33)

Essas e outras concepções estão presentes em nossa sociedade. Por sua grande heterogeneidade e complexidade, as sociedades ocidentais atuais convivem com várias formas de entender a saúde e a doença e, conseqüentemente, várias formas de atuar sobre esta última. Entretanto, essas não constituem a forma principal com que lidamos com o processo saúde-doença em nossa cultura. O mundo ocidental tem, hoje, na metodologia científica, sua principal forma de construção e legitimação do conhecimento, e é nela que baseamos nosso entendimento e nossos modos de intervir sobre o adoecimento ou para a manutenção da saúde. A metodologia científica sustenta a concepção de saúde biomédica, que acaba sendo a concepção que dirige a organização e os procedimentos de cuidado nos nossos serviços de saúde.

Nesse sentido, o cuidado, no campo da saúde, acabou sendo circunscrito como uma ação que acontece especialmente em função da doença. Por isso, é comum atribuímos o cuidado aos profissionais da medicina, da enfermagem, da odontologia ou da psicologia, por exemplo. Ainda que o cuidado seja uma prática que extrapole o espaço da clínica e das terapêuticas médicas, é muito importante com-

preender que, mesmo nesses espaços, distintas concepções de saúde e doença organizam diferentes formas de se cuidar. Com isso, queremos agora refletir sobre algumas concepções de saúde e doença que orientam as práticas de saúde, para assim percebermos que existem disputas nos modos como organizamos o cuidado.

## *A medicina científica e o modelo biomédico*

Como nos mostra Scliar (2007), na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve o entendimento da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. O cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas que administravam, inclusive, o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes.

Depois do período sombrio da Idade Média, marcado pela epidemia da peste negra (a peste bubônica) que dizimou cerca de um terço da população europeia, houve o movimento de renascimento das cidades, das artes e das ciências. Com isso, a partir do século XIV, a concepção cristã medieval foi questionada, e a medicina, por meio da observação do corpo, isto é, do estudo da anatomia, ressignificou as formas de explicação das doenças. A medicina moderna passou a afirmar que a doença tem uma causa física (natural) e não transcendental. É no corpo que a doença se manifesta, alterando sua forma (morfologia) e seu funcionamento (fisiologia); e é sobre o corpo que a medicina deveria atuar, buscando uma intervenção que pudesse minimizar ou acabar com a patologia, entendida como uma anomalia.

Nesse contexto, o hospital deixou de ser um lugar de asilo e passou a ser um lugar de estudo e de intervenção médica. Os médicos entraram no hospital e começaram a separar os indivíduos de acordo com suas características: aqueles que tossiam deveriam ocupar a mesma ala, aqueles com feridas na pele deveriam ocupar outra ala, aqueles que possuíssem alguma deficiência física deveriam permanecer juntos, em outra ala. Com isso, a medicina moderna passou a classificar as doenças, e logo os indivíduos, de acordo com seus sintomas e sinais. O que era semelhante deveria ser agrupado, o que era diferente deveria ser separado. O hospital passou a ser então uma instituição terapêutica: espaço privilegiado de intervenção da clínica médica que, cada vez mais, se especializou.

Por sua vez, com o crescimento das cidades e do trabalho fabril, observou-se que as doenças também possuíam causas externas, relativas à forma como organizávamos o espaço físico e social. Aglomerados de casas, falta de rede de saneamento, lugares úmidos e sem ventilação, como as fábricas da época, passaram a ser considerados mais perigosos e insalubres. Nesse sentido, era preciso intervir também no corpo social.

Assim como as funções do corpo precisam ser integradas, também devem ser integradas as funções sociais, o que é papel do Estado. Cabe a ele prover os bens e serviços necessários para toda a sociedade. Entre esses serviços, está o cuidado da saúde pública. (Scliar, 2007, p. 47)

A saúde e o controle da população passaram a ser um problema para o fortalecimento do Estado e o saber médico tornou-se um importante aliado na busca de se intervir sobre essas questões. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgiu, por exemplo, o controle de informações relacionadas à saúde, organizando o campo de estudo quantitativo das doenças na população, a epidemiologia. Nesse contexto, a medicina passou a considerar os aspectos econômicos,

sociais e culturais envolvidos no processo saúde-doença da população, intervindo via autoridade governamental, não só sobre os ambientes urbanos, mas também sobre os costumes das famílias.

Com a ascensão do conhecimento científico e o desenvolvimento do olhar epidemiológico, esse processo deu aos médicos o direito de dizer a todos como devem se comportar. Além disso, o desenvolvimento das pesquisas biológicas permitiu a identificação de fatores etiológicos das doenças (os agentes que as causam) dando segurança às intervenções curativas dos médicos.

Podemos sublinhar três características importantes do saber médico que passaram a ser a base das ações de saúde tanto no corpo dos indivíduos, quanto no corpo social:

- 1) Em função da forma como se organiza a metodologia científica, focada na explicação da doença em sua dimensão puramente biológica, a saúde é reduzida a um funcionamento mecânico e o corpo é tratado em partes cada vez menores. Como consequência inevitável do aprofundamento no conhecimento dos pedaços do corpo, aparecem as superespecializações, tornando cada vez mais difícil para o médico ter uma visão integral dos pacientes;
- 2) A partir de dados estatísticos, são delimitadas situações de risco à saúde e constroem-se protocolos de atendimento comuns para cada tipo de doença ou agravo, ignorando-se os contextos sociais e as singularidades dos sujeitos;
- 3) As bases tecnicistas do saber médico fortalecem a dependência tecnológica nos processos de cuidado, do diagnóstico à terapêutica, descaracterizando o exame clínico e a relação médico-paciente. Além disso, favorecem o complexo médico-industrial da saúde e sua lógica eminentemente capitalista.

Com isso, o cuidado no âmbito das práticas médicas modernas se reduz a uma intervenção física ou química sobre o corpo, como uma cirurgia ou a prescrição de um medicamento, ou a uma intervenção sobre o espaço, como a abertura de uma rua ou a retirada de cortiços, cemitérios e matadouros, lugares considerados insalubres e perigosos, do centro de uma cidade. O modelo biomédico, ao longo do tempo, fortaleceu a medicalização da vida e uma lógica que intensifica o uso de tecnologias nos processos de cuidado. Além disso, é caracterizado por ser um modelo curativista e hospitalocêntrico que age, muitas vezes, quando a doença já está avançada e por meio de tecnologias que elevam o custo do sistema de saúde.

## As práticas tradicionais e os saberes populares

Entre os índios Sarrumã, que vivem na região da fronteira entre Brasil e Venezuela, o conceito de morte por causa natural ou mesmo por acidente praticamente inexistente: sempre resulta da maldição de um inimigo. Ou, então, conduta imprudente: se alguém come um animal tabu, o espírito desse animal vingava-se provocando doença e morte. (Scliar, 2005, p. 14)

Diferentemente do saber da medicina científica moderna, que se caracteriza por uma forma sistemática de produção de conhecimento que busca explicar, por métodos controlados, as causas dos

fenômenos da saúde e da doença, os saberes e práticas tradicionais e populares de cuidado nascem de forma espontânea, com base em experiências que organizam formas de cuidado. Os saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam em culturas de diferentes povos, comunidades e grupos sociais.

Existem muitas medicinas mundo afora, para além da hegemônica, como a medicina tradicional chinesa, a medicina indiana Ayurveda, a medicina Unani do sul asiático, a homeopatia e as diferentes medicinas indígenas. Cada medicina tem seus próprios fundamentos e filosofia, isto é, seu próprio sistema de compreensão e de atuação sobre os problemas de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a medicina tradicional se refere às práticas, abordagens e crenças que incorporam produtos de origem vegetal, animal e mineral, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação e que visam tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou manter o bem-estar.

No Brasil, conservamos saberes e práticas que possuem origem na medicina tradicional indígena, mas também misturamos saberes oriundos de outras culturas, africanas e europeias, gerando o que podemos chamar de práticas populares de cuidado. Podemos considerar que as práticas de medicina popular resultam

[...] de uma enorme mistura de informações, especialmente sobre as virtudes dos produtos naturais e inúmeros procedimentos de cura que foram se incorporando no conhecimento da população ao longo do tempo e que representam um conhecimento disseminado e impossível de ser reconhecido quanto a sua origem. (Di Stasi, 2007, p. 60-61)

Rituais de cura como rezas, feitiços, benzeduras, simpatias e uso de plantas medicinais são comuns em nossas populações. Quem nunca tomou ou ouviu falar da eficácia do chá de erva-doce para aliviar a cólica, ou de quebra-pedra para acabar com o cálculo renal? Ou colocou arruda em casa para “espantar maus olhados”? Ou orou para a saúde de uma pessoa querida? Ou ouviu falar de uma simpatia para acabar com as verrugas?

As práticas populares consideram que o processo de adoecimento possui dimensão física, social e espiritual, e mostram que o cuidado não é próprio dos profissionais de saúde, e sim uma prática que acontece na relação entre os homens – homens que vivem em diferentes territórios, como os caiçaras da Mata Atlântica, os ribeirinhos do Norte, os quilombolas, os assentados e acampados do movimento de trabalhadores sem-terra que se espalham pelo país.

Um conhecimento comum nas práticas tradicionais e populares de cuidado é o uso de recursos naturais nos processos de tratamento e cura das doenças, especialmente o uso das plantas. O saber sobre as plantas se consolidou com as experiências com a natureza “realizadas pelo homem em seu próprio corpo” (Di Stasi, 2007, p. 64). Pela experiência o homem associou o sabor amargo ao remédio (Scliar, 2005) e soube que a dose é o limite entre o remédio e o veneno; em excesso as plantas podem se tornar tóxicas e danosas.

Outra prática popular importante foi preservada, por séculos, pelas parteiras e pelos índios: o parto natural. É impressionante como prevalece hoje, especialmente no Brasil, o parto por cesariana. O resultado da pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, publicada em 2014, mostrou que 98% dos partos acontecem em hospitais e que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, embora o parto devesse ser tratado como um acontecimento natural da vida. A pesquisa

afirma que esse tipo de parto é muitas vezes desnecessário e expressa a hipermedicalização da maternidade. A medicina científica desnaturalizou o parto. Hoje o ato de nascer está cercado por procedimentos técnicos e equipamentos usados supostamente para aumentar a segurança da mãe e do bebê, mas antes da hegemonia da medicina científica, o parto fazia parte do cotidiano das famílias e eram as parteiras, geralmente mulheres, que cuidavam do nascimento.

O quantitativo de cesarianas que acontecem no Brasil e o uso excessivo de medicamentos sintéticos, isto é, produzidos artificialmente em laboratórios, revelam a hegemonia da medicina científica que se consolidou na segunda metade do século XX. Nesse contexto, as práticas populares foram duramente combatidas e interpretadas pelos médicos como charlatanismo ou fruto da ignorância das classes pobres. Seus praticantes, chamados genericamente de bruxos e feiticeiros, foram perseguidos e criminalizados, principalmente nas grandes cidades.

A medicina científica tentou retirar esses saberes da população e disseminar hábitos e práticas próprios de sua racionalidade tecnológica e hospitalar, reservando o exercício das práticas de tratamento e cura aos médicos formados e reconhecidos pelo Estado. Porém, as práticas populares de saúde resistiram porque são valorizadas pela população por seus efeitos benéficos para a saúde e por estarem integradas à vida comunitária.

A ciência, todavia, passou a investigar e a explicar os mecanismos de funcionamento e os efeitos dessas práticas no processo saúde-doença. Enquanto pajés, curandeiros e benzedeiros elaboram explicações mágicas e religiosas sobre seus rituais, cientistas os interpretam como fenômenos que operam por mecanismos *psicológicos* (como a indução hipnótica ou a autossugestão), *bioquímicos* (como aqueles decorrentes do uso de plantas medicinais), e/ou *físicos* (como o banho de sol, o uso de águas minerais ou determinado exercício corporal). Com o tempo, houve uma alteração da visão sobre os saberes tradicionais e populares e alguns passaram a ser reconhecidos e incorporados pela medicina científica, o que inclusive assegurou sua legitimidade perante a população (Carvalho, 2005).

Decerto, a medicina científica se mantém hegemônica, mas as práticas populares de cuidado ocupam um lugar importante e possuem valor inestimável, por isso, precisamos reconhecê-las. Reconhecer os saberes tradicionais e populares é uma forma de retomar a relação do homem com a natureza e com todos os demais aspectos que organizam a vida nos territórios. Os índios têm muito a nos ensinar sobre as plantas medicinais e seus rituais de pajelança. As parteiras muito a nos dizer sobre a experiência do nascimento. Os benzedeiros e raizeiros, sobre rezas e raízes. Os religiosos, sobre como a experiência espiritual ajuda a construir sentidos e significados para a vida e como mobiliza os sujeitos para a “difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde” (Vasconcelos, 2009, p. 325).

## Práticas integrativas e complementares de saúde

Um movimento importante de valorização das práticas tradicionais de cuidado foi inaugurado no final dos anos 1970, quando a OMS instituiu o Programa de Medicina Tradicional que propunha a integração das práticas tradicionais e complementares nos sistemas de saúde. Nesse momento, a OMS reconheceu que

[...] grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos

seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas. (Brasil, 2006, p. 11)

Vale lembrar que o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, registrou o discurso sobre a importância de se introduzirem as práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, “possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 1986, p. 11).

O processo de reconhecimento e valorização das medicinas tradicionais teve como importante marco a publicação, em 2002, da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (Pnspi), que prevê a “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” (Brasil, 2002, p. 6). A Pnspi considera que:

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. (Brasil, 2002, p. 17)

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde não devem simplesmente transferir conhecimentos e tecnologias biomédicas, e sim reconhecer e integrar os saberes dos povos indígenas na organização dos serviços e ações de saúde, como “o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional” (Brasil, 2002, p. 18).

Outro avanço aconteceu em 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que

[...] atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia. (Brasil, 2006a, p. 4)

A PNPIC contempla sistemas complexos e recursos terapêuticos de medicina tradicional e complementar. Esta última “se refere ao conjunto de práticas de cuidado em saúde que não são parte da tradição própria do país e não são integradas dentro do sistema de saúde dominante” (Brasil, 2012, p. 18). Esses sistemas primam por uma “visão ampliada do processo saúde-doença” e voltam-se para “a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (Brasil, 2006a, p. 13).

## Práticas integrativas e complementares

## Medicina tradicional chinesa

Caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso e a observação da face e da língua, em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

## Homeopatia

Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C., a homeopatia foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da arte de curar* e *Doenças crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoît More em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

## Fitoterapia

É uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal" (Brasil, 2006a). O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para o tratamento de diferentes doenças.

## Termalismo

Compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

## Crenoterapia

Consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

## Medicina Antroposófica (MA)

Apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do parecer nº 21/1993 do Conselho Federal de Medicina, em 23 de novembro de 1993. Entre os recursos que acompanham essa abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

Fonte: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006 a).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, publicada também em 2006, incentiva o uso de plantas medicinais oriundo de saberes populares, com o objetivo de

[...] garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. (Brasil, 2006b, p. 20)

A política afirma que o Brasil possui rica biodiversidade e um amplo potencial para pesquisas capazes de gerar conhecimentos e métodos terapêuticos para a solução de muitas doenças. De suas diretrizes, ressalta-se a de “promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros” (Brasil, 2006b, p. 28).

Na sequência, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em 2008; uma lista que reúne 71 espécies que possuem potencial terapêutico, em 2009; e a Farmácia Viva,<sup>1</sup> em 2010, que

[...] no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, realizará todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. (Brasil, 2012, p. 31)

O desafio do SUS agora é implementar essas políticas e integrar as práticas tradicionais e populares de *cuidado* no cotidiano dos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de assistência, como uma forma de minimizar o processo de medicalização e tecnificação produzido pela biomedicina, recuperando a relação do homem com as práticas naturais de cuidado.

## A importância da educação popular para repensar o cuidado em saúde

Um dos fundamentos da educação popular em saúde é o reconhecimento do valor dos saberes populares – e para reconhecer é preciso antes conhecer. Conhecer não significa simplesmente assimilar e aceitar, mas estranhar, questionar e, se possível e necessário for, transformar. Porém, transformar construindo junto outros saberes e não trazendo outros saberes prontos e ditando formas de comportamento. Para Paulo Freire:

A sabedoria parte da ignorância. Não há ignorantes absolutos. Se num grupo de camponeses conversarmos sobre colheitas, devemos

<sup>1</sup> “As Farmácias Vivas foram concebidas há quase três décadas como um projeto da Universidade Federal do Ceará (UFC), a partir dos ideais do professor Dr. Francisco José de Abreu Matos de promover a assistência social farmacêutica às comunidades, baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ênfase àquelas voltadas aos cuidados primários em saúde, e diante da observação de que boa parte da população do Nordeste do Brasil não tinha acesso aos serviços de saúde, utilizando plantas da flora local como único recurso terapêutico” (Brasil, 2012, p. 99).

ficar atentos para a possibilidade de eles saberem muito mais do que nós... O saber se faz através de uma superação constante. O saber superado já é uma ignorância. Todo ser humano tem em si o testemunho do novo saber que já anuncia. Todo saber traz consigo sua própria superação. Portanto, não há saber nem ignorância absoluta: há somente uma relativização do saber ou da ignorância. (1979, p. 15)

Nesse sentido, as ações de educação popular devem promover relações entre os saberes científicos, tradicionais e populares, de forma a compreender cada um no seu contexto de uso e experimentação. É fundamental fortalecer o cuidado como uma prática integrativa. Todo saber deve ser conhecido, questionado e reconhecido na medida em que promove cuidado. Nessa perspectiva, a educação popular deve ser considerada

[...] uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular. [...] Neste sentido, a educação popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo do doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais, que dominam na medicina atual. É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população. (Vasconcelos, 2009, p. 326-327)

Além disso, devemos considerar que as práticas integrativas e complementares podem enriquecer a dimensão do cuidado nos processos terapêuticos, elaborando outras leituras sobre as doenças e as formas de se promover saúde. Essas leituras podem ser incentivadas pelas ações de educação popular nos territórios, nos quais podemos promover a integração das práticas de cuidado.

Vale pensar, principalmente, o cuidado como uma prática que deve ser estendida para todo o território. O cuidado não pode ser uma resposta somente às doenças, é preciso compreendê-lo como uma ação cotidiana que envolve todos os trabalhadores da saúde. O cuidado acontece em diversos espaços: nas visitas domiciliares, nas praças, nas ruas, nas igrejas, centros comunitários... Não é uma ação restrita ao espaço do consultório. Enquanto trabalhadores da saúde, devemos cuidar do outro, de nós e de tudo o que nos envolve.

## Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 29 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo – 1950 a 1980*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.
- DISTASI, Luiz Claudio. *Plantas medicinais: verdades e mentiras*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.
- FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Traditional medicine*. Genebra: WHO, [s.d.]. Disponível em: [http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/en/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/). Acesso em: 30 ago. 2016.
- SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social – trajetória da saúde pública*. São Paulo: Editora Senac SP, 2005.
- \_\_\_\_\_. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- VASCONCELOS, Eymard. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Caderno Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.