

ARTIGO DE REVISÃO

CUIDADO, PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR - PORQUE UM NÃO PODE VIVER SEM OS OUTROS

Care, promotion of health and popular education - because one cannot live without the others

Ernande Valentin Prado¹, Letícia Moraes Falleiro², Maria Amélia Mano³

RESUMO

Este artigo de revisão bibliográfica apresenta o cuidado, a educação popular e a promoção da saúde como elementos indissociáveis para a construção da autonomia do usuário, buscando o investimento no ser humano. O cuidado é função essencial do profissional de saúde e objetivo comum entre ele e o usuário e não deve ser associado com controle. Nesse contexto, a educação popular aparece como uma ferramenta e uma visão de mundo através da qual se produzem novos saberes, subjetividades e a possibilidade sempre desejada da autonomia dos sujeitos, horizontalizando a relação profissional-usuário, desconstruindo a transmissão unidirecional de saber entre as pessoas. A promoção da saúde constitui o eixo transversal da assistência, principalmente na Atenção Primária, para a produção do cuidado, para além da prevenção de doença. A associação desses três elementos produz cuidado autêntico, com autonomia, empoderamento e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

A reforma sanitária brasileira instituiu, de forma mais profunda, a ideia de ampliação do acesso da população ao serviço de saúde. Até então, só tinha direito à assistência mínima os servidores públicos, os trabalhadores com vínculo formal e os que optavam por um plano de saúde privado. Com a criação do Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This bibliographic review presents care, public education and health promotion as inseparable elements for the construction of users' autonomy, paramount as an investment in the human being. Care, an essential function of the health professional to be provided towards a common goal with the user, should not be associated with control. In this context, public education appears as a tool and world view through which new knowledge, subjectivities and autonomy are produced, thus leveling professional-user relationship and deconstructing the one-way transmission of knowledge. Health promotion constitutes the transversal axis of the assistance, mainly in primary care, for the production of care beyond disease prevention. The association of these three elements produces authentic care, with autonomy, empowerment and quality of life.

KEY WORDS: Care; Promotion of Health.

(SUS), foi instituída a universalidade de acesso a todo brasileiro sem discriminação étnica, sexual, política ou de inserção no mercado de trabalho. Além da universalidade, o SUS também foi pensado para dar assistência integral, equânime, regionalizada e com garantia de participação popular. Esta última, a mais revolucionária das intenções é o desafio constante de profissionais, serviços, comunidades e gestores.

¹ Ernande Valentin Prado, Sanitarista, Enfermeiro, Professor de Enfermagem na Faculdade AGES - BA e Universidade Federal de Sergipe - campus de Lagarto (UFS). Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop) e Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde do Ministério da Saúde (CNEPS). E-mail: emboraqueira@uol.com.br

² Letícia Moraes Falleiro, Sanitarista. Fisioterapeuta. Apoio Institucional DAB/SESAB

³ Maria Amélia Mano, Sanitarista, Médica de Família e Comunidade, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Sob esses princípios e na intenção de fortificá-los, na década de 90, foi pensada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF foi instituída como um modelo de assistência não só para reorientar, mas para ser o “carro chefe” da Atenção Primária à Saúde (APS). A filosofia da ESF é calcada na criação de vínculo e corresponsabilidades entre população e servidores de uma área delimitada. A atenção é focada na promoção à saúde, na prevenção de agravos e na priorização da pessoa e não da doença. Tende, assim, a reafirmar o conceito ampliado de saúde expresso na Constituição Federal Brasileira. Para que tal mudança ocorra de forma real, é necessária uma mudança na relação entre profissional de saúde e usuário, algo que diz respeito também à política de formação de recursos humanos. Nesse sentido, a adaptação da academia é imprescindível se entendermos que há uma demanda que só pode ser respondida por um novo perfil de profissional de saúde. Um profissional capaz de entender e enfrentar os novos dilemas e os novos desafios de uma sociedade complexa e em constante transformação.

Neste artigo é discutido o cuidado enquanto missão essencial de profissionais de saúde. Tal discussão considera a Educação Popular em Saúde, enquanto visão de mundo em que se produzem novos saberes, subjetividades e a possibilidade sempre desejada da autonomia dos sujeitos. A Promoção da Saúde é defendida como eixo transversal da assistência, principalmente na APS, para a produção de um cuidado que seja considerado autêntico, ou seja, o cuidado verdadeiro, intencional e comprometido com a vida e a felicidade. Cada questão é desenvolvida em sua especificidade, embora, na prática, sejam indissociáveis. Cuidado, promoção de saúde e educação popular são as bases de sustentação que se discutem teoricamente com a finalidade de melhor compreensão da interação dos mesmos, bem como da importância de mantê-los presentes na prática cotidiana dos serviços.

CUIDADO

Cuidado vem do latim *coera* e, em sua essência, envolvia a cura. O conceito tem relações diretas com amor, amizade, desvelo e preocupação com as pessoas estimadas.¹ Há diferentes pontos de vista e um dos mais radicais diz que o ser humano não tem cuidado, mas é cuidado.² O “cuidado é mais que um ato; é uma atitude.^{2:339}” É anterior à atitude, pois se encontra na raiz, no modo de ser e de se relacionar do ser humano. O cuidado, pode-se afirmar, está no pensamento que gera a postura: o gesto, o movimento ou mesmo, o silêncio. Não à toa se fala em produção de

cuidado, expressão que também está presente na educação popular, no sentido de construção, processo, caminho a ser percorrido por indivíduos que apostam no diálogo e na escuta. Escutar é cuidar. A escuta atenta e generosa das versões, verdades, crenças e das histórias do outro se refere a um tempo em que o cuidador abdica da fala e presta atenção a quem fala, a quem conta e confessa.

Autores como Waldow¹, Boff², Geovanini³ e Oguisso⁴ enfatizam que o cuidado foi a base da evolução humana, pois sem ele não haveria como o ser humano se manter e progredir. É um modo de preservação de si e do outro. Não só razão de ser e finalidade, o cuidado ainda é, como foi dito, produção, caminho, meio e processo. A intenção do profissional de saúde deve ser demonstrada pelo cuidado a partir da primeira interação. A forma como escuta e como fala deve ser cuidadosa para que haja, como resposta, também cuidado sob a forma de informação, alívio ou conforto. Assim, é difícil separar onde termina o processo e onde começa o que se entende como desfecho ou resultado. Por vezes, o resultado já emerge da própria relação de troca e diálogo, da própria intenção de cuidado, da pergunta que se torna essencial ou do silêncio que se torna oportuno. A compreensão, a empatia e o sentir-se corresponsável pela possibilidade de alívio do sofrimento, mesmo antes que tal missão se concretize de fato, se constitui em cuidado. Cuidado construído a partir de um sentimento, na relação e na interação que fundamentam o vínculo e a confiança, elementos fundamentais para o envolvimento e o comprometimento. Cuidado verdadeiro só existe com envolvimento.⁵ Envolverimento que só existe com sentimento que não comporta um modelo centrado na doença e no entendimento cartesiano, que explica o ser humano como máquina. Tratados e protocolos de conduta são importantes, mas não consideram a singularidade do indivíduo. O entendimento da singularidade é também resultado de uma prática cuidadosa e verdadeiramente comprometida com o respeito e a autonomia do outro.

A ESF, como fortalecedora da APS é o espaço em que os atributos que incluem o acesso, a integralidade e a proposta de longitudinalidade da atenção focada na família se fazem reais e possíveis. Constitui uma aposta na relação cotidiana, com a tarefa de modificar a maneira de entender e fazer saúde, entendendo que, para promover essa mudança, não basta a instituição de um sistema ou de uma estratégia de atenção. É preciso pensar em uma formação profissional que amplie a capacidade afetiva, possibilite sentir e que esse sentimento possa ser o principal ingrediente do aprender a cuidar. Para tal, é inviável a percepção de um indivíduo a

partir de queixas ou de “partes isoladas” de um corpo que dói e sofre. É necessário entender o outro como alguém com preocupações, perguntas, casa, família e história. Uma história que nem sempre é facilmente contada ou compreendida, mas que é a história possível. E a história possível não pode ser trocada por prêmios: medicação, exames, procedimentos, diagnósticos e prognósticos. É possível que, enganosamente, a pessoa saia de um atendimento cheio de receitas e exames achando que foi justamente cuidada. No entanto, tal estratégia tem um tempo curto e a não compreensão, o não-cuidado do processo produz mais atendimentos e mais intervenções. Não quer dizer que não se tenham resultados satisfatórios com procedimentos bem indicados, mas há o discernimento de que na APS, 80% dos problemas são facilmente solucionados sem que se utilize grande aparato tecnológico.⁶

Nesse sentido, a estrutura hospitalar e toda a tecnologia existente fornecem a falsa sensação de que é naquele espaço que haverá o cuidado; é naquela instância que está o alívio e a cura. E não somente os usuários pensam dessa forma, mas muitos profissionais de saúde são seduzidos pelo aparato que se traduz em um poder simbólico que, contraditoriamente, significa saúde. Para ter saúde é preciso equipar hospitais, comprar ambulâncias, liberar mais exames, fornecer mais medicações... insumos, prêmios, símbolos de doença e não de saúde. Importante afirmar que a decisão pela prática hospitalar e/ou pela especialização focal não é um empecilho para que apareçam a subjetividade, o sentimento e o cuidado. O olhar e a abordagem ampliados podem ser próprios de um oncologista e estranhos a um médico de família e comunidade, depende da forma como se relaciona com o sofrimento do outro.

Não há uma regra ou um perfil, porém entende-se que o indivíduo que cuida não se filia a tradições punitivas ou de superioridade de uma pessoa, de um saber ou de uma classe. Ao verdadeiro cuidador, não há o propósito de julgar ou condenar. Cuidar pressupõe entender as vivências e as verdades de cada indivíduo e compreender que estas dependem das visões de mundo, das histórias e da cultura. Na produção de cuidado, deve haver a compreensão de que há atitudes que, se não são as únicas possíveis em um determinado contexto, são as viáveis. É necessário, principalmente em situações de vulnerabilidade, que o entendimento do possível seja parte/resultado de uma escuta ampliada e seja capaz de pactuar, em conjunto, encaminhamentos condizentes com a realidade do indivíduo. Não se trata de aceitar todas as atitudes, mas a partir delas ir construindo a relação para superação de comportamentos nocivos à convivência individual e social.

PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Carta de Ottawa⁷ define promoção de saúde como sendo o processo de capacitação da comunidade para que ela mesma possa construir sua qualidade de vida. No início do século passado, o termo promoção de saúde foi utilizado por Winslow e tinha relação com organização comunitária na busca por melhores condições de vida.⁸ A promoção de saúde efetiva-se no empowerment⁹, ou seja, tem relação com ganho de poder, possibilidade de decidir e de optar. A Carta de Ottawa apresenta cinco campos de ação para a promoção da saúde: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde. Não será possível desenvolver toda a complexidade que esse conceito, bem como o desdobramento do mesmo, pode abranger, no entanto, as relações já citadas com a educação popular e com o cuidado serão mais explicitadas como é o objetivo dessa reflexão.

Embora se entenda que a Promoção da Saúde é um eixo transversal a todas as políticas e programas de saúde, é preciso considerar que muitos serviços de saúde ainda estão trabalhando em um modelo médico-centrado e hospitalocêntrico. Essa observação feita por Vasconcelos¹⁰, há mais de dez anos, ainda é uma realidade que se mantém em função da precariedade de políticas e as ações de saúde, bem como da formação em saúde que, entre outras ausências, não consideram a promoção da saúde. Em parte, isso se justifica pela centralidade na doença e, em parte, se justifica na complexidade do conceito. Com frequência, usa-se o termo promoção de saúde como parte ou sinônimo de prevenção, educação e comunicação em saúde.¹¹ Mesmo quando o conceito está relativamente bem entendido, persistem as dificuldades relacionadas à implantação das atividades de promoção de saúde, bem como de sua avaliação e monitoramento. O problema parece estar em traduzir em atividades e números um conceito basicamente qualitativo e subjetivo. Nesse sentido, é preciso desenvolver métodos que permitam avaliar qualitativamente as atividades desenvolvidas para a promoção da saúde, e que esta informação sirva para o planejamento do trabalho nos serviços.

Acredita-se que, ao promover saúde, estamos prevenindo doença, mas isso não é verdade em todas as situações. E, ao prevenir doenças, nem sempre ou quase nunca, se está ao mesmo tempo promovendo saúde, embora possa acontecer. De fato, apenas se pode estimular ou contribuir para/com a promoção, pois nunca se promove saúde, considerando-se o empoderamento como um processo que

depende do indivíduo a partir de suas decisões e atitudes. Para exemplificar o que foi dito, há a seguinte situação: um profissional de saúde, em sua área de trabalho, observa crianças descalças brincando em uma rua onde corre esgoto a céu aberto. Entre as infinitas possibilidades de encaminhamento desta situação, podem acontecer as seguintes:

a. O profissional entende que as mães dessas crianças são irresponsáveis em deixá-las soltas na rua. Reforça o estoque de medicações para tratar verminoses, bactérias e fungos.

b. O profissional entende que é um absurdo permitir que crianças brinquem em uma rua como essa, pois ficarão doentes. Entende, ainda, que é preciso tratar as crianças e canalizar o esgoto, antes que todos fiquem com verminoses.

c. O profissional entende que é um absurdo crianças brincando em uma rua com esgoto a céu aberto. Mais do que isso, é um absurdo permitir que pessoas vivam em um local como aquele. Reforça o estoque de medicações contra verminoses e pensa em discutir essa situação com o grupo de pais e a associação de moradores.

Assim, há olhares que se caracterizam pela superficialidade de uma avaliação ou pela profundidade e complexidade. Algo que se dá certamente não só pelo entendimento técnico, mas pelo bom senso, pela sensibilidade, pela atenção a cada detalhe e pela intenção e comprometimento do profissional. Isso é parte do cuidado e pode ser o caminho para a promoção de saúde. No último exemplo, exatamente por não focar na solução, há a possibilidade dessa promoção. Também não só o olhar ampliado, mas a compreensão do contexto e o entendimento de que uma situação complexa exige soluções que precisam ser negociadas em conjunto, abrem portas para um diálogo e uma troca. A partir de então, entende-se que o absurdo de brincar na rua imunda é o possível e que focar na causa não se restringe a canalizar e tratar o esgoto ou pavimentar a rua, mas, talvez, construir uma praça, um campo de futebol ou um parque para que as crianças tenham área de lazer. Áreas de lazer são espaços de promoção de saúde e essa conquista passa pelo empoderamento de uma comunidade. Pode-se dizer que, no horizonte da promoção, está a felicidade da pessoa e, no horizonte da prevenção, está evitar que a pessoa fique doente.

A promoção de saúde, portanto, vai além de cuidados técnicos de saúde, pressupõe a preocupação verdadeira, a empatia, o comprometimento com as causas do agravo, o cuidado enfim. Cuidar da saúde significa estimular a sua promoção e a “concepção de saúde como produção social que busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem inclusive o enfoque de risco”.¹¹

Nesse sentido é preciso que seja desenvolvido o conceito multidimensional de saúde, que se busque uma intervenção participativa e não exclusiva do profissional dessa área, cujo alvo seja a comunidade. Assim, entende-se que a ideia de promoção da saúde como meta a se atingir e como modelo a se estimular, pressupõe um pensar e um fazer saúde no cotidiano que é parte do que se entende por cuidado.

EDUCAÇÃO POPULAR

Tradicionalmente, a educação em saúde é trabalhada como se saúde fosse simplesmente não estar doente. Nesse sentido, algumas práticas educativas ainda hoje são voltadas para a mudança de comportamento individual, reforçando o modelo biologicista. Nesta forma de entender e fazer educação para saúde há uma crença de que as informações veiculadas por cartilhas, folders e panfletos são suficientes para produzir comportamentos saudáveis.¹² O educador acredita que sua fala traz uma verdade pouco questionável e que cabe ao sujeito mudar seu comportamento conforme prescrição ou conforme a palestra proferida com material didático que, geralmente, é construído sem a preocupação com a cultura e a realidade locais.¹²

Oliveira¹³ chama essa comunicação de multiplicação estéril de informações. Freire¹⁴ diz que toda prescrição é a imposição de uma consciência sobre a outra. Por isso ela é alienadora. Prescrição, mesmo que regada de um discurso libertário e popular, é muito semelhante às posições de um modelo hegemônico que os próprios educadores criticam. Esse modo de fazer e pensar é característico de profissionais que, apesar do discurso, desconhecem ou desconsideram que educar vai além da transmissão de informações ou do que se entende por conhecimento. Educar é construir um novo conhecimento a partir da troca de saberes e experiências.

É preciso que a concepção de que há os que nada sabem e os que sabem tudo seja revista, reinventada. E, certamente entre esses extremos, há uma infinidade de pensamentos que guiam posturas, muitas vezes equivocadas. A cultura, as crenças e valores da comunidade devem ser levados em conta. Tal atitude pressupõe um esforço de não admitir a cultura de forma secundária, desimportante, ilustrativa ou mesmo, coadjuvante no processo, como acontece em muitas situações. Tais fatores são essenciais e podem ser determinantes. Nesse sentido, há que se cuidar da culpabilização do indivíduo pelo próprio infortúnio ou pela própria doença. Se pensarmos na autonomia e na possibilidade de escolhas, há um fundo de verdade nessa hipótese. Porém, a precariedade de opções colocadas para um indivíduo,

bem como as condições que o mesmo tem para fazer essas escolhas, levando em conta a vivência de exclusão, o medo de perder o pouco que tem ou mesmo a desesperança e o sofrimento são questões que não podem ser negligenciadas. Alguém não escolhe ou opta por fazer mal a si mesmo porque assim o deseja. A pessoa é responsável pelos seus atos, sim, mas seus atos podem também ser produzidos por uma realidade que não oferece caminhos tão claros ou óbvios. Há sempre um limite imposto pelas condições financeiras que também determinam um jeito de morar, de comer, de vestir, de estudar, de consumir, de brincar, de acessar recursos, um jeito de ser no mundo. Tal realidade é cruel como é cruel o sistema econômico que exclui milhares de indivíduos da maioria das oportunidades que sequer sabem que existem.

O resultado do trabalho educativo que desconsidera as possibilidades e as vulnerabilidades de cada um, também dentro de um sistema capitalista, tende a ser ineficaz, o que, muitas vezes, reforça iniquidades e injustiças. A não contextualização tende a uma não problematização e à manutenção de indivíduos reféns de um conhecimento que não é construído, e, portanto, é prescritivo. A inadequação que leva ao fracasso é, por vezes, atribuída à incompreensão ou ao desinteresse da pessoa envolvida. A incompreensão, na verdade, é do próprio método e de quem o aplica. Vasconcelos¹⁵, citando Brandão, diz que a educação popular não tem como objetivo tornar sujeitos subalternos em pessoas mais polidas e higiênicas, mas sim contribuir para que esses sujeitos conquistem seus direitos, possam tomar decisões, fazer escolhas e, ainda, possam buscar um autocuidado consciente, desprovido de medos e culpas. O caminho para a promoção da saúde e para um cuidado que se repercute para além do serviço de saúde passa necessariamente por essa nova forma de fazer Educação em Saúde, ou seja, a Educação Popular em Saúde.

A aproximação do setor saúde com a educação popular aconteceu primeiramente na década de 70, quando esta discussão se tornou comum entre os intelectuais e as classes populares.¹⁶ Dessa interação, surgiram experiências de serviços comunitários desvinculados do Estado e começou a organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. A Educação Popular, portanto, aproxima-se da área da saúde para que o usuário em seu contexto ambiental, cultural, social, torne-se o centro do movimento por melhorias na qualidade de vida da população¹⁵ e da própria qualidade de vida. Nesse processo, profundas modificações vêm ocorrendo no campo político e, conseqüentemente, também no campo da saúde. A construção de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde é uma nova

perspectiva de que o diálogo, a autonomia, a promoção da saúde e o cuidado tornem-se elementos importantes dentro do contexto do SUS.

PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E CUIDADO, A UNIÃO POSSÍVEL

Sem uma escuta verdadeiramente preocupada com o outro, sensibilizada e identificada com o que o outro tem a dizer, é discutível dizer que há a formação de vínculos que se possam dizer recíprocos e reais. Tal atitude se configura como uma falta de cuidado, algo que pode acontecer no transcorrer de um atendimento ou procedimento e que, a princípio, não pode gerar cuidado como fim, como possibilidade, visto que não o apresenta no processo em si. O cuidado é fruto direto do próprio cuidado, assim como o cuidar é verbo conjugável não só em um futuro onde se deseja que a pessoa atenda a uma expectativa em termos de resultados. É um verbo a se conjugar no presente, no aqui e agora. E conjuga-se o verbo cuidar, muitas vezes, adotando a incerteza como aliada em um futuro que nem sempre frutifica. Não há previsões certas ou verdades sobre como ou o quê uma pessoa fará com as informações e orientações. Sabe-se, no entanto, que toda a atitude boa ou má do depois depende, em parte, do durante. É essencial que profissionais e estudantes saibam dessa característica do processo terapêutico que já se inicia no primeiro olhar.

Os profissionais de saúde estudam entre quatro e seis anos na graduação. Um tempo considerado insuficiente para entender a complexidade do ser humano. É verdade que esse entendimento é inatingível. Porém, há a ilusão tecnicista de que tudo é compreendido a partir da ciência, tudo pode ser respondido a partir da ciência. Não há mistérios, mas pesquisas ainda insuficientes para demonstrar um resultado ou desfecho. As experiências sociais, produto das relações do cotidiano, não podem ser previstas e calculadas e são, por vezes, em um contexto de exclusão, as principais produtoras de sofrimentos. Essa realidade se expressa no dia-a-dia dos serviços de saúde com as queixas inespecíficas de mulheres, as insônias de homens ou a agressividade das crianças. São sintomas em parte originados não por uma doença física, mas por uma doença social em que não há medicações de última geração ou fluxogramas que interpretem de forma eficaz. A crise civilizacional, como chama Boff², assusta e não é possível enquadrá-la em um conjunto de sinais e sintomas. Tal desafio não só é penoso, mas também é improdutivo e frustrante para todos os envolvidos.

A abordagem com vistas à intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde doença é uma

questão central. Especialmente, as condições de emprego, moradia e renda das classes populares¹⁷ trazem à tona uma chaga tão antiga no processo civilizatório da sociedade brasileira que entendemos como desigualdade e iniquidade. Tais questões antigas devem inclusive ser mais valorizadas no contexto da vigilância em saúde que, hoje, é um conceito ampliado e não se limita a questões quantitativas. No entanto, a prática nos serviços de APS ainda dilui e restringe as ações. A vigilância em saúde, em muitas situações, segue a tradição e desejo de transformação e mudança sem, muitas vezes, identificar a realidade que produz as iniquidades. Atribuir o sucesso de uma abordagem ao simples cumprimento de metas estatísticas, diluindo o indivíduo a um número e esquecendo que o principal compromisso da saúde é com a felicidade, é uma ideia por vezes vigente.

Na vigilância que se pode entender como instrumental, centrada na doença e no dado, corre-se o risco de penalizar o indivíduo diabético por ele não controlar sua dieta, sem entender que isso custa caro e custa um sacrifício e uma perda de prazer, talvez dos poucos que a pessoa pode ter. Corre-se o risco, também, de se buscar o bebê faltoso à puericultura somente para se adequar aos indicadores, sem buscar as reais causas da falta. Ainda, pode-se julgar e caracterizar um atraso vacinal como negligência, sem buscar causas culturais e mesmo subjetivas de tal atraso ou recusa. Ainda, pode-se considerar um serviço de saúde da periferia como ineficaz quando este assume que não consegue cumprir as metas quanto ao número de pacientes tratados por tuberculose. Se tal serviço assumir que não está sendo efetivo pelo fato de que a tuberculose é uma doença de forte caráter social e de que ações intersetoriais são necessárias para o controle, este serviço está sendo realista e está buscando as causas e as saídas para seu suposto fracasso.

Atualmente, a organização do serviço de saúde, tanto no âmbito da assistência quanto da gestão, que se limita aos dados da vigilância para qualificá-lo, está limitando as possibilidades de intervenção e de resultados. Avaliar um serviço sob outros olhares que não o numeral ainda se constitui um desafio importante no monitoramento de programas e na elaboração das políticas de saúde. É importante ter-se dados da vigilância para planejar ações e é importante que cada serviço possa, na singularidade de cada território e de cada população, fazer a leitura crítica dos dados indo além do número. Nesse sentido, volta-se à situação exemplificada previamente sobre as crianças brincando na rua. São ações de cuidado e, certamente, a mais eficaz e mais complexa é a que mais se identifica com a promoção da saúde. É a que não se limita ao fato, ao dado, mas a que observa o mundo e vê neste mundo a

possibilidade de mudança. Uma mudança que se faz a partir do conhecimento e utilização das próprias capacidades de um grupo, tendo em vista o diálogo e o empoderamento para estimular a promoção da saúde. Identifica-se, nesse processo, a Educação Popular como jeito de fazer, jeito de se comprometer com a construção de autonomia.

A Educação Popular busca, entre outras coisas, o estímulo à promoção da saúde a partir do cuidado que não está centralizado em um saber ou em um profissional. Uma pesquisa, realizada a partir da experiência da Rede de Educação Popular e Saúde, aponta que os membros buscam vínculos pessoais, amizades, militância compartilhada.¹⁸ Tendência essa apontada em outro artigo sobre a Rede de Educação Popular e Saúde que se refere explicitamente às relações de cuidado entre seus membros.^{19:341} [...] “também penso a rede como espaço de cuidado” [...]

[...] conseguirmos superar obstáculos e transformá-los em possibilidade de encontro, de troca, de carinho e atenção, pois aqui nos deparamos com nossas indagações, dúvidas, anseios, angústias, mas nos deparamos também com amigos, conselheiros e companheiros que nos mostram em comum um caminho que nos une (rede), solidariedade, compromisso e luta pela igualdade de oportunidades, de cidadania de amor e de direito¹⁹ [...]

Essa fala revela as relações de cuidado, respeito e igualdade entre os praticantes da educação popular. Essa proximidade já foi percebida e descrita por outros pesquisadores. Eles dizem que a educação popular se aproxima muito da discussão contemporânea do cuidado em saúde e da integralidade.¹⁸ Dessa forma, é possível pensar o cuidado como relação. Relação esta que é harmoniosa entre sujeitos que se respeitam e procuram crescer juntos. Essa harmonia não é espontânea, mas construída, conquistada, inclusive com dilemas e conflitos. A harmonia não está presente somente em consensos, mas em dissensos respeitosos, algo que existe em serviços com equipes constituídas de diferentes pares e com diferentes pensamentos e práticas que devem, sim, permanecer singulares. Mas que devem buscar, na medida do possível, o fortalecimento do trabalho interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de educação popular, para ser legítima, exige que o educador seja companheiro dos educandos em seus saberes e suas relações.¹⁸ Essas relações são baseadas na escuta cuidadosa e na troca, que busca a construção de vínculos. A

partir do vínculo e da interação, há a possibilidade de desenvolver o empoderamento desejado para a consolidação da promoção da saúde. Contribuir para formação desse sujeito empoderado e emancipado é a tarefa primordial da educação popular. Esse é um processo contínuo, pois como chamam atenção Freire²⁰ e Boff², os seres humanos são inacabados, imperfeitos e há sempre a mudança necessária ao caminhar e ao desenvolver.²¹ Por isso o cuidado faz-se necessário durante toda a relação e toda a existência. O cuidado de todos com todos e em todos os momentos, mesmo os mais banais como o cumprimento de horários. Um cuidado nas relações, nas palavras e nas ações, bem como nos planejamentos. A missão de cuidar é de todos os envolvidos e a linha de chegada pertence a todos, mas muito principalmente, ao usuário. É ele quem cria as saídas e pode produzir em si um cuidado que gera saúde. É uma escolha individual, mas é uma escolha entremeadada de gestos e ações de outros que respeitem a partilha, a possibilidade de outro saber. Cuidado, promoção de saúde e educação popular são conceitos diferentes, de significados que devem ser integrados, complementares e indissociáveis.

A população já tem uma concepção a respeito de saúde mais ampla do que os profissionais de saúde.²² Isso aponta a necessidade de os profissionais aprenderem essa percepção com os usuários, a partir de uma relação horizontal. “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”²⁰ E para construir juntos, é necessário, acima de tudo, ter esperança na mudança.

Alves²¹ pergunta: o que é que se encontra primeiro? O jardim ou o jardineiro? E explica: o jardineiro. Havendo um jardineiro, o jardim aparecerá a qualquer momento. Os profissionais da saúde coletiva que têm o SUS como um projeto ideológico e político tornam-se jardineiros nesta busca por uma assistência à saúde qualificada, resolutiva e promotora de saúde. Deve-se reconhecer que o modo de viver atualmente é promotor de doenças e distúrbios e que há modos de ser mais justos que devem ser a razão das lutas. Essa luta deve ser esperançosa e essa jardinagem também deve ser esperançosa, mas acima de tudo, realista.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2008.
2. Boff L. Saber cuidar, ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
3. Geovanini T. O desenvolvimento das práticas de saúde. In: Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. História da Enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
4. Oguisso T, organizador. Trajetória histórica e legal da Enfermagem. 2ª ed. Barueri: Manole; 2007.
5. Rosenbaum PH, Lama L. O nome do cuidado [DVD]. Paulo Hersch Rosenbaum. São Paulo: Ateliê Editorial; 2009.
6. CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
7. Organização Panamericana de Saúde. Carta de Ottawa. 1986. [Citado 2008 jul. 24]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.
8. Sperandio AM, Girotti CCRS, Serrano MM, Rangel HA. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3):643-54.
9. Stotz EN, Araujo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde Soc. 2004; 13(2):5-19.
10. Vasconcelos EM. Educação popular e à saúde da família. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface Comunic Saúde Educ. 2003 fev; 12(7):101-22.
12. Morosini MVGC, Fonseca AF, Pereira IB. Educação e saúde na prática educação do agente comunitário. In: Martins CM, Stauffer AB, organizadores. Educação e saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007.
13. Oliveira MW. Pesquisa e trabalho profissional como espaços e processos de humanização e comunhão criadora. Caderno Cedes. 2009 set/dez; 79(29):309-21.
14. Freire P. Pedagogia do oprimido. 44ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
15. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa.

- Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p.18-29.
16. Vasconcelos EM. O significado da educação popular na realidade e na utopia da atenção primária à saúde brasileira. In: Mano MA, Prado EV. Vivências de educação popular na atenção primária: a realidade e a utopia. São Carlo-SP: EdUFSCAR; 2010.
17. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro : Fiocruz; 2009. p. 120.
18. Stotz EN, David HMSL, Wong-un J. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005 jan./jun; 8(1):49-60.
19. Prado EV, Wong-un J. Uma estória, meia reflexão e múltiplas vozes: do inesperado das redes. Rev APS. 2008 jul./set; 11(3):341-3.
20. Freire P. Pedagogia da autonomia. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
21. Alves R, Caro Sr. Ministro da Educação. In: Alves R. Entre a ciência e a sapiência. 20ª ed. São Paulo: Loyola; 2009. p.23-7.
22. Minayo MCS. Saúde e doença como expressão cultural. In: Filho AA, Moreira MCGB, organizadores. Saúde, trabalho e formação Profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
-
- Submissão: novembro de 2010
Aprovação: julho de 2011
-