



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

ALANA HOFFMEISTER

**SABERES POPULARES E CUIDADO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
NO MUNICÍPIO DE ARARICÁ/RS.**

Porto Alegre

2020

Alana Hoffmeister

**SABERES POPULARES E CUIDADO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
NO MUNICÍPIO DE ARARICÁ/RS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde/Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires
Linha de pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Hoffmeister, Alana
SABERES POPULARES E CUIDADO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO NO MUNICÍPIO DE ARARICÁ/RS / Alana Hoffmeister.
-- 2020.
93 f.
Orientadora: Fabiana Schneider Pires.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Educação Popular . 2. Práticas Integrativas. 3.
Cuidado em Saúde. 4. Rodas de Conversa. 5. Práticas de
Cuidado. I. Schneider Pires, Fabiana, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

Durante meu percurso de mestrado profissional, tive a honra de contar com pessoas maravilhosas, que me apoiaram e me incentivam. Por isso, inicio agradecendo a minha família por terem sido tão prestativos nesses anos, seja ligando para saber onde eu estava, me recebendo na casa para pousar e jantar nos finais de semana de aula, ou me ajudando no desenvolvimento dos produtos.

Agradeço aos meus pais Anibaldo e Ivone, por terem me ensinado a importância do cuidado. Cuidar do outro e cuidar de mim. Sempre utilizando os cuidados alternativos, seja a reflexologia, a música, o reiki, os chazinhos quando voltávamos para casa. Sou grata por isso, por ter nascido numa família tão linda e cheia de ensinamentos e de amor. E pode ter certeza, que esse amor cura a alma.

Agradeço ao meu marido Matheus por ser tão presente na minha vida, por ter aguentado firme meus momentos de ausência. Era ele que escutava minha empolgação ao chegar dos grupos, que fazia café, comidinhas para que eu acabasse logo o trabalho. Gratidão por também se interessar pelo nosso cuidado. Sou grata por ter estado ao meu lado em mais um percurso da minha vida.

Agradeço a minha irmã Pâmela e meu cunhado Eduardo, por terem me acolhido nesses anos, me dando pouso e comida nas semanas de aula. Vocês são maravilhosos. Gratidão eterna pelo amor que demonstram por mim!

Agradeço a minha irmã Amanda e meu cunhado Gustavo pela dedicação e incentivo nesses 2 anos e sempre. À Amanda, em especial, agradeço pela super ajuda na criação, desenvolvimento e toda montagem do Guia de Chás, um dos produtos do mestrado, tag e convite. Não teria ficado tão lindo sem a tua paciência, cuidado e delicadeza em cada etapa. Obrigada por isso, de coração.

À Professora Fabiana Schneider Pires (minha orientadora), minha gratidão por ter sido uma professora incentivadora, amorosa, presente e paciente. Por ter construído o trabalho comigo, me dando ideias, incentivando a reflexão, mandando uma mensagem e me respondendo sempre que precisei de ajuda! Tive muita sorte em ter ela nesse processo tão desafiador.

Aos meus sogros agradeço por todo apoio, incentivo, comidinhas quando as coisas ficavam apuradas. Pelo carinho e amor de sempre!

À Rochelle e Cecília, amigas que o trabalho no SUS me deu e que levo para vida, agradeço por terem me incentivado e muitas vezes, me acompanhado nas rodas, gravando, perguntando como eu estava ou oferecendo ajuda. Agradeço a Rochelle por ter me enviado o edital de seleção desse mestrado, me acompanhado na entrevista e por todas as caronas para as aulas. Vocês são mais que presentes na minha vida.

À amiga Lenara, agradeço pela amizade de sempre, pelo carinho e pela ajuda nas transcrições dos grupos e no roteiro do documentário. E pelos “não desiste”, “vai dar tudo certo”, que chegavam sempre que eu precisei.

Aos colegas/família do mestrado, agradeço pela parceria, dedicação, pelas mensagens no whatsapp. Que turma, heim amigos! Vocês foram uma das melhores partes do mestrado! Obrigada pela ajuda de sempre, por torcerem, por incentivarem!

À Comunidade de Araricá meu muito obrigada pelos convites, por abrirem a porta de suas casas e me receberem com tanto carinho e respeito. Vocês são parte mais que especial desse trabalho. Esse trabalho é nosso!

Aos colegas de trabalho e a Gestão do município, agradeço por terem sido tão parceiros nessa construção. Agradeço pelo carinho e pelo incentivo.

RESUMO

A Educação Popular em Saúde é um processo de construção de conhecimentos que busca articular os saberes das pessoas com os saberes dos profissionais de saúde, formando um conjunto de práticas (convencionais ou não) que contribuam para a autonomia e a potência das pessoas nas suas práticas de cuidado em saúde. O referencial teórico da Educação Popular em Saúde parte da Educação Popular, utilizando-se da concepção ampliada de saúde e suas dimensões social, cultural e histórica para pensar e desenvolver cuidado em saúde e suas práticas. Este estudo tem por objetivo conhecer e analisar as práticas e o cuidado em saúde, realizadas por usuários, na perspectiva de unidades de atenção básica do município de Araricá/RS e como estas práticas podem se relacionar com as práticas complementares propostas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e com os saberes populares, na produção do cuidado. Este é um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Os dados produzidos foram organizados para interpretação a partir da análise do discurso (AD). Participaram do estudo 64 usuários das unidades de saúde do município de Araricá/RS com o modelo Estratégia de Saúde da Família, que consentiram e assinaram o TCLE e o termo de uso de imagem e voz. Foram realizadas rodas de conversa com grupos de usuários em locais da comunidade abordando os temas de educação popular em saúde, saberes populares de saúde e cuidado em saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, parecer 3.510.088. Dentre os principais resultados destacamos o cuidado relacionado às práticas saudáveis e ao conviver. As práticas de cuidado desvelam práticas sociais da comunidade, como o compartilhamento de histórias, de receitas culinárias e de comidas, de chás, o uso de plantas. Sobre as formas de cuidado o estudo aponta o uso das práticas alternativas (não convencionais) como parte do cotidiano da comunidade, trazendo para o contexto dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica a necessidade de oferecer escuta e dar voz ao que pensam, praticam e acreditam as pessoas em sua singularidade de cuidado. As rodas de conversa, como efeito, fortaleceram um espaço de fala no qual foi possível conhecer as necessidades de saúde dos usuários no território e apontaram o potencial das PICS como dimensão educativa e emancipatória da educação popular. Os processos educativos da prática de cuidar e do cuidado em saúde se afirmam por trocas intersubjetivas entre as pessoas, pelo vínculo e pelo respeito ao Outro enquanto ser cognoscente. A partir desta afirmação é imperativo que se encontre espaço para a expressão dos saberes populares e assim foram desenvolvidos cinco produtos como resultado do processo de pesquisa: a) “SABERES POPULARES: Guia de Chás de Araricá” apresentando as plantas, os chás, as especiarias e os temperos mais utilizados no município de Araricá/RS; b) Documentário “Saberes Populares e Cuidados em Saúde (ARARICÁ, 2020)” mostrando a Educação Popular e como se esta constitui num movimento que se expressa através de práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados, possibilitando a aproximação e diálogo entre o saber popular, o saber científico, os profissionais e as instituições de saúde daquela comunidade; c) Ação de extensão - Sessão cinema – o documentário será projetado no Centro Municipal de Cultura de Araricá, como uma sessão de cinema e a comunidade será convidada para assistir e prestigiar um trabalho que foi desenvolvido em conjunto entre usuários, profissionais da saúde e gestão; d) Blog da pesquisadora: utilizado para tornar público e com livre acesso o documentário e o guia de chás, assim como para explicitar os objetivos da pesquisa, apresentar os autores, entre outras informações; e) elaboração de artigo científico; f) elaboração de texto compondo capítulo de livro: A produção de redes de Integração Ensino-Saúde: Experiências de Ensino e Pesquisa. Como considerações finais, compreendemos que ao articular as práticas Integrativas e Complementares em saúde (PIC), a educação popular em saúde e o cuidado em saúde mostrou-

nos um caminho aberto, uma página em branco para receber os desenhos de vida de cada um, para pensar em novas formas de produzir saúde, com oportunidade de diálogo entre usuários e profissionais da saúde, buscando a decisão em conjunto sobre possíveis formas de unir saberes, com assunção dos sujeitos, com amorosidade, com escuta, construindo itinerários de cuidado e de educação em saúde libertadores, singulares, pautados pelo afeto e pelo compromisso ético do respeito aos saberes, à cultura e à diversidade.

Palavras- Chave: Educação Popular; Práticas integrativas; Cuidado em saúde.

ABSTRACT

Popular Health Education is a knowledge-building process that seeks to link people's knowledge with the knowledge of health professionals, forming a set of practices (conventional or not) that contribute to people's autonomy and power in their practices health care. The theoretical framework of Popular Education in Health starts from Popular Education, using the expanded concept of health and its social, cultural and historical dimensions to think and develop health care and its practices. This study aims to know and analyze the practices and health care carried out by users, in the perspective of primary care units in the municipality of Araricá/RS and how these practices can be related to the complementary practices proposed in the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC) and popular knowledge in the production of care. This is an exploratory, descriptive and qualitative study of the case study type. The data produced were organized for interpretation based on discourse analysis (AD). 64 users of the health units in the municipality of Araricá / RS participated in the study using the Family Health Strategy model, who consented and signed the Free and Informed Consent Form and the term of use of image and voice. Conversations were held with groups of users at community sites addressing the themes of popular health education, popular health knowledge and health care. The project was approved by the Research Ethics Committee, as directed by the Resolution of the National Health Council No. 466/2012, opinion 3,510,088. Among the main results, we highlight the care related to healthy practices and living together. Care practices reveal social practices in the community, such as sharing stories, cooking recipes and food, teas, and the use of plants. Regarding forms of care, the study points to the use of alternative (unconventional) practices as part of the community's daily life, bringing to the context of health professionals in primary care units the need to offer listening and give voice to what they think, practice and people believe in their uniqueness of care. The conversation circles, in effect, strengthened a space of speech in which it was possible to know the health needs of users in the territory and pointed out the potential of PIC as an educational and emancipatory dimension of popular education. The educational processes of the practice of caring and health care are affirmed by intersubjective exchanges between people, by the bond and respect for the Other as a cognitive being. Based on this statement, it is imperative to find space for the expression of popular knowledge and thus five products were developed as a result of the research process: a) "POPULAR KNOWLEDGE: Guide to Teas of Araricá" presenting plants, teas, spices and the most used spices in the municipality of Araricá / RS; b) Documentary "Popular Knowledge and Health Care (ARARICÁ, 2020)" showing Popular Education and how it is constituted in a movement that is expressed through care practices, in the production of shared knowledge, enabling the approximation and dialogue between knowledge popular knowledge, scientific knowledge, professionals and health institutions in that community; c) Extension action - Cinema session - the documentary will be screened at the Araricá Municipal Culture Center, as a cinema session and the community will be invited to watch and honor a work that was developed jointly between users, health professionals and management ; d) Researcher's blog: used to make the documentary and the tea guide public, with free access, as well as to explain the research objectives, present the authors, among other information; e) elaboration of a scientific article; f) elaboration of text composing a book chapter: The production of Teaching-Health Integration networks: Teaching and Research Experiences. As final considerations, we understand that when articulating Integrative and complementary practices in health (PIC), popular education in health and health care showed us an open path, a blank page to receive the life drawings of each one, to think about new ways of producing health, with an opportunity for dialogue between users and health professionals, seeking a joint decision on possible ways to unite knowledge, with the assumption of the subjects, with

lovingness, with listening, building care and education itineraries liberating, singular in health, guided by affection and the ethical commitment of respect for knowledge, culture and diversity.

Keywords: Popular Education; Integrative practices; Health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Convite realizado aos usuários	32
Figura 2 – Elementos do Episódio 1.....	40
Figura 3 – Elementos o Episódio 2	41
Figura 4 - Elementos o Episódio 3	42
Figura 5 – Elementos o Episódio 4.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Bairros e número de participantes por roda de conversa	34
Quadro 2 - Formas de cuidado e vinhetas ilustrativas de alguns participantes	44
Quadro 3 - Chás mais utilizados e suas funcionalidades	53
Quadro 4 - Quadro de Práticas Integrativas e Complementares.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
ANEPS	Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DC	Diários de Campo
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IT	Itinerário terapêutico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUMESC	Núcleos Municipais de Educação em Saúde coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana pela Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNEP	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Início a escrita dessa apresentação contando um pouquinho sobre o meu percurso até aqui. Cresci num município do interior, cercada de afeto e lembro bem, dos dias em que não me sentia tão bem e meus pais ou meus avôs colhiam e faziam um chá para mim. Ou então, minha avó Olivia passando mastrus (uma planta que ajuda na cicatrização misturada no álcool 70°) ou banha nos meus machucados quando eu caía. Lembro das mãos da minha avó Erenita, e o som baixinho da reza, benzendo os netos, todos em fileira - minha avó foi uma grande benzedeira de sua comunidade, em Ametista do Sul/RS, mas nos deixou no mês de julho deste ano e não poderá me abençoar com a reza do seu terço, mas tenho certeza, que de onde estiver, se fará presente.

Vivi entendendo a importância e o poder das plantas, não só na cura, mas no afeto e das lembranças que elas representam na minha vida, sempre foi sinal de cuidado e de amor para mim. Sou graduada em Psicologia e durante minha graduação tive somente uma disciplina sobre Saúde Pública, e foi a partir dela que me questionei e me dei conta do quanto existia um preconceito relacionado a essa área de atuação. A partir disso, achei que precisava ir além das paredes da sala de aula vivenciando e aprendendo de forma prática o que existia no Sistema Único de Saúde.

Foi então, que participei do Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) - a Associação Brasileira da Rede Unida é responsável pela Coordenação Nacional do Projeto VER-SUS Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - que tinha como objetivo propiciar uma vivência, conhecendo os serviços de Saúde Públicos em determinado município (no meu caso foi na região central de Porto Alegre/ RS), e me possibilitou o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde. Vi um SUS com força, com garra, que tinha muitas qualidades. Vi pessoas prontas para trabalharem e tornarem esse sistema com uma maior qualidade, vi profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população que atendiam. Vi a possibilidade de aprender nesse contexto.

Desde o primeiro semestre da graduação realizava estágios que foram em sua maioria na área da educação. Fui por 6 anos professora da rede de ensino municipal, com alunos do nível fundamental. E com isso, comecei a ver a escola como um espaço potencial de prevenção e promoção da saúde às questões da saúde pública e coletiva e que a atenção básica teria um

espaço muito rico. Também fui bolsista de Iniciação Científica por quatro anos e monitora de algumas disciplinas da Universidade UNISINOS/RS, então a pesquisa sempre esteve presente.

Depois da formatura, passei a atuar na atenção básica, numa equipe de Estratégia de Saúde da Família (UBS Maria Edith da Costa), no município de Araricá -RS. Faço parte da equipe do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) e do NUMESC (Núcleos Municipais de Educação em Saúde coletiva). Participo dos grupos com a população e das reuniões de equipe, faço atendimentos individuais e participo do Projeto Saúde na Escola, entre outras coisas.

Logo que saí da graduação, ingressei na especialização de Psicopedagogia e Tecnologia de Comunicação e Informação, pela UFRGS e entendi ali a importância de tornar o processo de aprendizagem mais significativo e prazeroso em qualquer contexto de ensino/aprendizagem. Depois, fui selecionada para a especialização em Saúde Pública pela UERGS em parceria com a FIOCRUZ e a Escola de Saúde Pública/RS. A pós foi muito importante nesse processo de imersão e trabalho no SUS, me tornei uma profissional muito mais humana. O meu trabalho final foi sobre a meditação/mindfulness nos processos de cuidado da população de Araricá/RS e durante a pesquisa me dei conta da importância que essas práticas não convencionais tinham para aquela população e do quanto ainda faltava escutá-los e tornar os grupos da saúde mais prazerosos para eles. Afinal, deveria ser um grupo em que pudéssemos dar voz a eles e não impor a eles somente os nossos conhecimentos técnicos.

Então, me inscrevi para o mestrado profissional e pensei que poderia unir as PICS com a Educação Popular e os cuidados em saúde. Na minha carta de intenções para ingresso no mestrado, eu escrevi:

“Espero que esse mestrado possa me auxiliar a compreender e valorizar os diferentes sujeitos que estão implicados no seu processo de produção de saúde, possa auxiliar a ter usuários com maior autonomia e protagonismo. Que possa me auxiliar provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e que eu consiga fortalecer ainda mais essa luta por um SUS com mais qualidade nas práticas de saúde e acredito que o conhecimento nos “abrem” para mudanças e novas ideias, a partir de possibilidades e experiências concretas que aprimoram e multiplicam saberes para o nosso trabalho cotidiano.”

E foi isso que aconteceu, o mestrado me possibilitou tudo isso que esperei, e ainda mais, me fez perceber que eu posso mudar e ser uma profissional que escuta e que acolhe e que se modifica no seu cotidiano de trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	21
3.2	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE.....	23
3.3	PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	26
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	30
4.1	SOBRE OS ATORES SOCIAIS QUE DERAM VIDA E VOZ À PESQUISA	31
4.2	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DO PERCURSO DE PRODUÇÃO DE DADOS	33
4.3	SOBRE O DIÁRIO DE CAMPO: AS (ENTRE)LINHAS DA PESQUISA	34
4.4	UM CENÁRIO EM MOVIMENTO: ONDE TUDO ACONTECEU	35
5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	37
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
6.1	SOBRE A HISTÓRIA DE CADA RODA DE CONVERSA: EPISÓDIOS DE UM ESTUDO DE CASO	38
6.2	EPISÓDIO 1: BAIRRO INTEGRAÇÃO	39
6.3	EPISÓDIO 2: BAIRRO IMPERATRIZ	40
6.4	EPISÓDIO 3: BAIRRO PORTO PALMEIRA.....	41
6.5	EPISÓDIO 4: BAIRRO CENTRO	42
6.6	OS DISCURSOS E OS SABERES: INCURSÕES DE PESQUISA.....	43
6.6.1	Sobre os cuidados em saúde	43
6.6.2	Sobre as formas de cuidado em saúde	49
6.6.3	Sobre o Uso de Plantas medicinais.....	52
6.6.4	Sobre o conhecimento das PIC utilizadas no município	54
6.6.5	Sobre as características dos processos educativos da prática de cuidar	56
7	PRODUTOS TÉCNICOS DIDÁTICOS.....	60
7.1	SABERES POPULARES: GUIA DE CHÁS DE ARARICÁ.....	60
7.2	DOCUMENTÁRIO: SABERES POPULARES E CUIDADOS EM SAÚDE	

(ARARICÁ, 2020)	61
7.2.1 Sessão cinema.....	62
7.3 BLOG.....	62
7.4 CAPÍTULO DE LIVRO	62
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74
APÊNDICE B - TERMO DE USO DE IMAGEM E VOZ.....	76
APÊNDICE C - ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSA	77
APÊNDICE D – SABERES POPULARES: GUIA DE CHÁS ARARICÁ/RS	79
APÊNDICE E – FICHA TÉCNICA DO DOCUMENTÁRIO	82
APÊNDICE F -TRILHA SONORA DO DOCUMENTÁRIO/PARTITURAS	84
ANEXO 1 - TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE FOI REALIZADA A PESQUISA.....	87
ANEXO 2 – PARECER PLATAFORMA BRASIL.....	88

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde, nesse estudo, foi entendida como um processo de construção de conhecimentos buscando inserir a população nesse tema, junto com os profissionais em saúde, para que possam formar um conjunto de práticas que contribuam para aumentar a autonomia e a potência dos usuários nas suas práticas de cuidado. Além disso, com a educação em saúde, buscamos entender as necessidades dos usuários e potencializar os serviços de saúde para que possam corresponder e auxiliá-los nesse percurso (BRASIL, 2006a).

Diante dessa concepção, para Freire (1980, p. 39):

é preciso que a educação esteja – em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos – adaptada ao fim que se persegue: permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história.

Além disso, Freire (1980) acredita que precisamos buscar uma educação popular capaz de transformar a sociedade, incentivar o diálogo utilizando teorias e práticas que estejam atentas a ouvir o outro, para educar e ser educado, levando em conta a trajetória de vida do sujeito, suas experiências, seus saberes e a sua cultura. E entende-se que é isso que esse trabalho pretende representar.

As práticas e as metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS) também possibilitam o encontro entre trabalhadores e usuários, entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado, entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares, resignificando saberes e práticas. Soma-se a esta prática de cuidado, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e o reconhecimento da importância das manifestações populares em saúde e da medicina não convencional, considerada como prática voltada à saúde e ao equilíbrio vital do homem (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP) propõe metodologias e tecnologias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma prática voltada para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2012). Da mesma forma, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) possibilitam a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde fazendo uso de métodos naturais, focados no acolhimento, na humanização do cuidado, na escuta e no

desenvolvimento de vínculos entre terapeuta e usuário, família e profissional de saúde (BRASIL, 2006b).

Ao longo dos anos as PIC continuaram a crescer e a se diversificar (LEVIN; JONAS, 2001). Na década de 1990, aconteceu um interesse acadêmico maior pelo assunto. Em destaque, o Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), liderados por Madel Luz, escreveu sobre a multiplicidade de saberes e práticas e a diversidade cultural e epistemológica das PIC (BRASIL, 2006b). As experiências nos serviços do SUS expandiram, logo após a publicação da primeira edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde em maio de 2006 (BRASIL, 2006b). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a utilização dessas práticas alternativas pelos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, bem como das equipes de Saúde da Família, acabou dando maior amplitude para a população usuária do sistema na busca de outra racionalidade para a produção do cuidado (BRASIL, 2006b).

Ao compreender estes dois modos de aprender e ensinar em saúde, PIC e Educação Popular em Saúde, este estudo tem como foco analisar os caminhos de cuidado que surgem na interface das práticas de saúde no espaço das unidades de saúde do município de Araricá/RS, cenário do estudo. Do compartilhamento e o diálogo entre estas duas práticas na produção de cuidado podem aflorar “novas configurações e compreensões sobre a saúde: uma saúde ampliada, diversa, múltipla, contraditória até em suas múltiplas vertentes, tolerante e inclusiva.” (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005, p. 17), diria até que não são novas configuração, mas sim, diferentes configurações, que foram de alguma forma sendo acolhidas ao longo do trabalho.

Considerando as PIC já inseridas no contexto das ESF no município de Araricá/RS e os processos de Educação Popular em Saúde, este trabalho busca reconhecer e analisar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, para que todos assumam a condição de aprendizes.

As práticas populares de cuidado e as PIC são carregadas de atitudes de acolhimento, por isso auxiliam o usuário e sua família a ressignificar a vivência de sofrimento experienciada, fazendo a reorganização de suas posturas diante da vida (VASCONCELOS, 1995), e constituem alguns dos motivos pelos quais as pessoas buscam alternativas de cuidado à saúde, além das terapêuticas já oferecidas pelo modelo biomédico de atenção em saúde. (SIQUEIRA et al., 2006).

Freire (2002) na teoria da autonomia defende que o foco deveria ser criar uma educação para a autonomia e que cada um deveria ter responsabilidade sobre si mesmo e no seu processo de bem-estar gerindo e tendo autonomia do seu próprio cuidado. Reside aqui a importância de uma pedagogia/aprendizagem que possibilite ao sujeito o empoderamento sobre o seu conhecimento. As práticas de educação popular e as práticas complementares de cuidado em saúde são espaços férteis para este empoderamento.

No município de Araricá/RS, a maioria dos tratamentos em saúde envolvem intervenções farmacológicas. Assim como para Vorkapic e Rangé (2011), é urgente a necessidade de outras estratégias para o cuidado já que não parece razoável passar uma vida inteira fazendo uso de medicações. Por ser um município com 5.710 habitantes aproximadamente (ARARICÁ, 2020), é comum vermos saberes populares em saúde sendo ensinados nas famílias e na comunidade, mas muitas vezes, sem protagonismo ou aderência às práticas de saúde na rede pública.

A partir das características da população no município de Araricá/RS, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como as práticas e o cuidado em saúde realizados por usuários podem se relacionar com as práticas complementares propostas na PNPIC e com os saberes populares em saúde, na produção do cuidado?

Acreditamos que o estudo possa dar maior visibilidade para as práticas já realizadas pelas famílias e usuários no município e que ainda não são verdadeiramente consideradas para a construção de projetos de cuidado. Como efeito espera-se que as ações promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos tanto individuais como em grupos nos serviços da rede pública e que sirvam de alicerce para propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações em saúde, em situações, nas quais, as doenças interfiram na qualidade de vida dos usuários.

Buscamos também o compromisso dos participantes desse estudo com o controle social – ainda que não muito efetivo no município - e com o SUS, que se tenha um aumento dos agentes multiplicadores nesta comunidade, a sensibilização e o reconhecimento das lideranças comunitárias, o fortalecimento dos movimentos sociais e o empoderamento popular voltados aos direitos de cidadania. Além disso, que se tenha união de forças pelo coletivo para que a saúde seja a conquista da luta popular e um espaço educativo e de aprendizagem entre profissionais e usuários dos serviços, capazes de ressignificar os cuidados em saúde em suas vidas, importantes para a superação de doenças ou em determinados modos de viver (NERY; NERY; NERY, 2012).

O estudo busca evidenciar uma forma de cuidado que já se faz presente na rotina e na

história das pessoas e que precisa ser investigada, registrada e arquivada, como uma memória viva do patrimônio cultural, de modo a ser preservada mesmo com o passar dos anos (VARGAS, 2017).

Desejamos que você tenha uma ótima leitura do trabalho e faça uma boa vivência deste!

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Esse trabalho teve como objetivo conhecer e analisar as práticas e o cuidado em saúde realizados por usuários e como estas práticas podem se relacionar com as práticas complementares propostas na PNPIC e com os saberes populares em saúde, na produção do cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Conhecer e descrever os saberes e práticas populares em saúde de usuários da Atenção Básica de Saúde, de Araricá/RS, a partir do uso de chás e plantas;
- b) Identificar a compreensão dos usuários quanto ao uso dos saberes populares no cuidado em saúde;
- c) Compreender como as rodas de Educação Popular em Saúde, como espaço de diálogo e troca de saberes podem ser estratégias de diálogo, de promoção do controle social, de cidadania e de diversidade cultural;
- d) Identificar aspectos do protagonismo dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos através de suas práticas em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O uso das práticas integrativas nos serviços públicos de saúde iniciou há muito tempo. Em 1978, na Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde se realizaram as primeiras recomendações para a inserção das práticas complementares, que acabaram expandindo-se por todo o mundo. No Brasil, o uso dessas práticas no Sistema Único de Saúde começou a ganhar força após a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986) e, desde então, têm sido utilizadas e ampliadas no escopo das ações em saúde na Atenção Básica (AB) (TELESI JÚNIOR, 2016).

Na 8ª Conferência de Saúde foi aprovado, e consta no relatório final, o uso das PIC, dando ênfase para a escolha democrática do usuário do serviço de saúde na sua prática terapêutica de cuidado. A PNPIC foi aprovada no SUS, através da portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b). Sobre a versão atualizada da PNPIC (BRASIL, 2015), destacamos que sua implementação:

envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Esta política 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, 2015, p. 7).

Na sua primeira versão, a PNPIC (BRASIL, 2006b) incluía apenas cinco práticas. Atualmente fazem parte das práticas disponíveis no SUS vinte e nove tipos, entre elas: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, fitoterapia, reiki, meditação, yoga, terapia comunitária, auriculoterapia, reflexologia, aromaterapia, entre outras (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

O aumento do uso das PIC na Atenção Básica se dá não só pela abordagem de problemas para os quais outro olhar se torna necessário, mas também por serem cada vez mais reconhecidas como cuidado para as pessoas (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Essas práticas podem ser reconhecidas como novas maneiras de desenvolver a equidade e a integralidade, pois são práticas terapêuticas com uma compreensão integrada de saúde e doença, muito relacionadas com a humanização das práticas clínicas e da inclusão de outras abordagens para diagnóstico e terapêutica, considerando diferentes modelos, crenças e itinerários de saúde (ANDRADE, 2006; TESSER; BARROS, 2008).

Para Astin (1998) e Davis-Floyd e John (2004), as PIC são práticas com boa aceitação da população, de diferentes culturas, pois estimulam o usuário como protagonista e se apoiam em uma boa relação terapeuta-paciente, fazendo com que o usuário seja mais participativo no seu processo de cuidado. Essas práticas podem amplificar as possibilidades terapêuticas, pois aumentam a visibilidade de questões psicossociais, emocionais e de interação com elementos da natureza, tendo consideração pela subjetividade do sujeito, possibilitando uma conduta eficaz e integral (CUNHA, 2010).

Entendendo o indivíduo numa dimensão global, a partir de sua singularidade, relacionado aos seus processos de adoecimento e de saúde, a PNPIC reforça a integralidade da atenção à saúde, princípio do SUS que reivindica a interação das ações e serviços. As PIC auxiliam na ampliação e visibilidade para a corresponsabilidade dos indivíduos pela sua saúde e pelo exercício da cidadania (BRASIL, 2015). As Práticas Integrativas e Complementares:

envolvem sistemas e recursos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006b, p.10).

Nesse sentido, uma das PIC é o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, autorizado e estimulado pela Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) criada em 2006, pelo Decreto de nº 5.813. Um dos objetivos da PNPMF é “promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros” (BRASIL, 2006c, p. 12).

Desta forma, levando em consideração esse objetivo, sabemos que muitos dos tratamentos com plantas medicinais são de conhecimento popular, que são valorizados entre as comunidades por serem transmitidos de geração em geração, através da fala e do diálogo. Cabe lembrar que para muitas famílias esse tipo de tratamento é a principal forma de cuidado e tratamento (FLORIANO, 2016).

O estudo desenvolvido por Aguiar, Kanan e Masiero (2019) destaca que usuários e profissionais procuram nas PIC um auxílio para melhoria de sua saúde e na qualidade de vida e acreditam que a insatisfação de muitos usuários com o modelo tradicional de cuidado amplia ainda mais o interesse por essas práticas não convencionais, como um suporte e complemento a sua assistência à saúde. Nesse sentido, é importante citar que apesar das práticas integrativas e complementares já apresentarem resultados positivos comprovados no cuidado da saúde, cabe

lembrar que são práticas complementares, pois não se pretende substituir os recursos terapêuticos convencionais oferecidos pelo sistema de saúde, mas sim, somar com eles (BRASIL, 2006b).

3.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Educação Popular em Saúde (EPS) pode ser entendida como uma prática que visa a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, através da interlocução entre a pluralidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Cabe lembrar que esse saber não tem como intenção, de forma alguma, a ambição de querer se sobrepor os saberes científicos, mas agir de forma compartilhada e através do diálogo com as práticas profissionais de saúde que já são instituídas nos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

A Educação Popular em Saúde apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS. Interage não apenas no que diz respeito à educação em saúde, mas, sobretudo no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde (BRASIL, 2012).

Em 1970, a educação popular foi construindo sua singularidade por meio da contraposição dos saberes e práticas convencionais, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizadora imposta à população. Por meio dos movimentos populares e de profissionais da saúde insatisfeitos com o modelo de saúde até então vigente, as práticas de educação em saúde começaram a sofrer uma grande transformação (BRASIL, 2012; PINHEIRO; BITTAR, 2016).

A partir desse contexto, profissionais da saúde orientados pelos métodos da Educação Popular de Paulo Freire se uniram aos grupos populares e passaram a fazer saúde, bem como pensar nela de novas formas, atuando dentro das comunidades e de seus territórios, em serviços comunitários, sem vínculo com o aparato estatal. A educação popular em saúde aconteceu como uma estratégia de construção da participação popular não apenas no âmbito da saúde, mas da vida social como um todo (VASCONCELOS, 2007; ALVES; AERTS, 2011).

Embora tenha sido originada de prática informal, a educação popular em saúde iniciou sua estruturação num movimento articulado, em 1991, no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, ocorrido em São Paulo, por meio da criação da Articulação Nacional de

Educação Popular em Saúde (ANEPS). Em 1998 essa articulação passou a ser chamada de Rede de Educação Popular e Saúde, integrada por pessoas interessadas em desenvolver um sistema de saúde mais democrático e participativo e colocando em prática a educação popular, não como algo a mais a ser desenvolvido no setor de saúde, mas sim por meio de práticas e ações que possibilitassem mudanças no modelo de atenção em saúde existente (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005).

Nos anos 1990, surge o Movimento de Educação Popular e Saúde, que nasceu a partir de espaços que articulavam pessoas de diferentes áreas, tendo em comum os problemas da saúde. Esse movimento nasce no Rio de Janeiro no interior do grande Simpósio InterAmericano de Educação para a Saúde, organizado pela Organização Pan-americana pela Saúde (OPAS), reunindo profissionais de saúde de todo o continente. O Movimento reuniu diferentes grupos sociais que buscavam juntos refletir, agir e encontrar novas perspectivas na luta por saúde e educação. Esses grupos foram formados por lideranças comunitárias e populares e por profissionais da saúde, professores e pesquisadores das Universidades e Programas de Formação e das Pós-graduações nas áreas de educação e saúde (NERY; NERY; NERY, 2012).

Quando se fala em Educação Popular e Saúde, saberes e práticas populares, é importante pensar que não existe um saber ou uma cultura melhor do que outra, mas culturas e realidades complementares que se inter-relacionam e que podem ser estratégias para a formação de um processo de produção do diálogo e da materialização dos saberes que provêm da prática diária (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010).

As mudanças nas práticas de saúde são necessárias e é importante romper o *status quo* e pensar na importância que é investida no conhecimento que vem do trabalhador da saúde (saber científico) e pouco para os conhecimentos dos usuários dos serviços (saber não científico). Como construir um modelo que oportunize aos sujeitos e seus saberes o seu uso concomitante ao atendimento convencional da atenção nas práticas de saúde?

Para Acioli e Pedrosa (2020), na EPS as práticas partem do diálogo, da problematização, de formas partilhadas de construção de conhecimentos e saberes, “a busca por emancipação e ação política de transformação social em favor das classes populares e grupos marginalizados e subalternizados” (ACIOLI; PEDROSA, 2020, p. 284).

Na busca de caminhos possíveis entre práticas pedagógicas na EPS e processos de produção de conhecimentos e pesquisa, os autores destacam a importância da incorporação dos interesses e saberes dos grupos envolvidos nas investigações, realizadas em diálogo, e principalmente com todos os envolvidos. “Dessa forma, estaria implícita uma correlação

inevitável entre EPS, pesquisa e produção de conhecimentos” (ACIOLI; PEDROSA, 2020, p. 284).

Para isso é preciso propor um espaço de diálogo e discussão entre os saberes científicos e não-científicos resultante da experiência do cuidado em saúde, em encontros e diálogos que permitam que os diversos sujeitos possam se expressar, escutar, sentir, refletir, e reconhecer as experiências e saberes próprios e do outro, além de propor a construção de vidas mais saudáveis (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010).

Acreditamos que cuidar é uma atitude e compreendemos como um momento de atenção e de zelo, uma atitude de ocupação, preocupação e de envolvimento afetivo com o outro (BOSI; USHIMURA, 2007). Cuidar do Outro e cuidar de si são ações de responsabilização, autonomia e produção de si e ao sermos capazes de responder para as questões de vida e saúde, ampliamos as possibilidades de utilizar outros meios de medicação que não somente os farmacológicos, fundamentando a prática no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta entre os profissionais de saúde e os usuário dos serviços de saúde. São atitudes de conversa e de encontro buscando reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades de saúde (GOMES, PINHEIRO, 2005; JORGE, 2011).

A prática de saúde a partir dos saberes populares é antiga e por milhares de anos os cuidados não eram dependentes de um sistema, menos ainda pertenciam a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a continuar a vida em relação ao grupo, e eram orientados a partir de assegurar a vida e recuar a morte (COLLIÈRE, 1989). Hoje, o retorno - se é que um dia deixaram de ser usadas - das medicinas alternativas pode ser entendido como um fenômeno social decorrente desse movimento. Por medicina alternativa se entende racionalidades e práticas que partilham centradas na experiência de vida do usuário e integradora, de caráter não intervencionista (QUEIROZ, 2006).

Ao refletir sobre a educação popular, devemos pensar na construção de novas relações sociais, mais humanizadas, com novas abordagens e intencionalidades para as práticas profissionais na direção de práticas sociais essencialmente preocupadas com a vida e com a humanidade (LACERDA, et al., 2014).

De acordo com Bonetti, Chagas e Siqueira (2014), entre os princípios da educação popular, podemos destacar a defesa da democracia em contraposição ao autoritarismo ainda comum no país, a articulação entre os saberes populares e os científicos promovendo o resgate de saberes visibilizados no campo da saúde, uma aposta na solidariedade e na amorosidade entre os indivíduos, a valorização da cultura popular como fonte de identidade e ancestralidade

e a leitura da realidade como vital para qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania.

3.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Neste contexto, a produção do cuidado em saúde foi compreendida na perspectiva de uma integralidade em saúde. Machado et al. (2007) destacam a integralidade como um conceito que permite a identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não seja alcançável em sua plenitude, princípio que considera todas as dimensões que se pode intervir. Desta forma, o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o aprendizado contínuo e com a prática multiprofissional.

Entendemos por integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade, as práticas que compreendem o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (GOMES; PINHEIRO, 2005). Partilhamos da compreensão de que educação em saúde é elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO et al., 2007).

O campo da saúde não tem ou não deveria ter como objeto único a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, ou seja, um lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar à cura ou a um modo qualificado de se levar a vida (GARIGLIO, 2012).

Partimos da compreensão de Ayres (2004) para pensar o cuidado como uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro. Ou, na realização de ações de saúde, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade (AYRES, 2004).

A ação em saúde (GARIGLIO, 2012), tendo o conceito de cuidado como pano de fundo desenvolve espaços de encontros entre o profissional de saúde e o sujeito/pessoa apoiados nos saberes estruturados, mas sem colocar aí um ponto final. Ao tornar o mais simétrica possível a relação entre o usuário e o profissional de saúde, criam-se possibilidades e ações terapêuticas que são compartilhadas, que geram autonomia e responsabilização do usuário em relação ao seu modo de levar a vida. Ter o conceito de cuidado como balizador das práticas de saúde e

colocar a pessoa como centro da atenção, implica na incorporação de outros saberes para além dos típicos da saúde.

Devemos ter claro que mesmo esses saberes não são suficientes para dar conta da singularidade do encontro entre sujeitos, que é sempre carregado de imprevistos e de acasos. Cuidar na perspectiva do acolhimento e da constituição de vínculos (GARIGLIO, 2012) pressupõe atitude de responsabilização, expressa a partir da capacidade de trazer para si a função da resposta por determinada situação. É uma atitude de implicação, que no caso dos serviços de saúde, pode ser evidenciada através do fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território. Quanto à responsabilização pelas práticas, suas transformações passam pela valorização de novos saberes, pela relação dialógica da equipe entre si e com os usuários e por uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores.

A assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas deve ter forte alicerce na identificação de problemas a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida, e neste ponto que se compreende uma potente interface entre Educação Popular em Saúde e PIC. Estes entendimentos sobre integralidade conduzem a procurar por mais e melhores respostas para o cuidado em saúde e os itinerários ou caminhos que o compõe, singularmente e coletivamente, nas diferentes realidades sociais, culturais, políticas e econômicas em que se inserem as pessoas e suas vidas.

Segundo Campos (2006) a motivação para o ato de cuidar provavelmente mobiliza no cuidador a necessária sensibilidade que lhe permite captar as necessidades de quem é cuidado. Neste sentido, a ‘boa captação’ é essencial para o ‘bom cuidado’ e neste conjunto de providências do ato de cuidar a boa prática se encontra no bem captar, bem entender as necessidades daquele a quem se destina o cuidado.

Ainda nesta direção, o ato de cuidar deixa de ser um ato de superioridade, de desnível e de unilateralidade para ser um ato recíproco, de experiência compartilhada, pois supõe um entendimento que antecede as palavras ou a intelectualização, é um ato de vivência e de troca (CAMPOS, 2006).

Sobre cuidado em saúde, cabe ressaltar as contribuições de Berkman (2000) e suas referências às relações interpessoais que emprestam ao indivíduo sentimentos de apoio e proteção que podem propiciar-lhe bem-estar e lança um olhar sobre as relações do trabalho em saúde de forma que, neste contexto, podemos interpretar o suporte social como um ato de cuidado não apenas na relação direta profissional/usuário, mas também nas ações de cunho coletivo, onde se inserem as práticas de EPS e PIC.

Fernandes (2007), revela que ao compreender o cotidiano dos sujeitos, ao identificar os limites e as forças para o ser saudável no dia-a-dia, se direcionam pensamentos e ações em saúde, na dimensão das pessoas em movimento de aprendizagem, compartilhando experiências vividas e possibilidades de construções no contorno da forma, nos limites e forças do cotidiano. Desta forma, uma atitude cuidadora poderia se dar ao promover encontros com a singular e intensa maneira de viver das pessoas, estando atentos às suas diversas expressões.

Para Portugal (2018) a definição de cuidado pode ser construída em torno da oposição entre cuidado formal e informal. No entanto, no cotidiano, o cuidado emerge como prática de trabalho, como compromisso com as trajetórias de vida das pessoas e sua rede social, na família, na rede de amigos e/ou em algum momento do adoecimento, pelas estruturas físicas, operacionais e assistenciais dos serviços de saúde.

Segundo a autora, a intervenção formal (instituições, serviços de saúde) revela pouca capacidade na articulação de especificidades individuais, “produzindo uma atenção normalizada e normalizadora, que dificilmente atende às circunstâncias de vida das pessoas com algum diagnóstico ou doença” (PORTUGAL, 2018, p. 3139).

Para Feuerwerker (2016, p. 35):

cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida.

Um conceito importante para a compreensão do cuidado e das redes que se estabelecem entre os serviços de saúde, as pessoas, seus saberes e as formas como acontece o cuidado, é a perspectiva dos itinerários de cuidado. Segundo alguns autores (KLEINMAN, 1978; CECILIO et al., 2014), itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos. É compreendido como um conhecimento válido que se produz a partir das experiências sociais vivenciadas pelos usuários na busca por cuidado à saúde.

Neste estudo consideramos Itinerário terapêutico (IT) como uma estratégia que permite acompanhar o percurso de um usuário em busca por cuidados em saúde (GERHARDT, 2006; CABRAL et al., 2011). Partimos de uma abordagem centrada no usuário que busca dar visibilidade às práticas reais de atendimento. Ao reconstruir-se o IT, é possível ver diferenças entre a oferta de serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizada de acordo com o modelo de atenção proposto pelas políticas de saúde, e o caminho percorrido pelo usuário, de

acordo com suas escolhas e que se estruturam a partir dos contextos e construções singulares que estes fazem acerca do processo de adoecimento e das condições de saúde.

Para Cabral et al. (2011):

os diversos enfoques possíveis na observação que podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (CABRAL et al., 2011, p. 4434).

No contexto desse estudo, os itinerários, os percursos, a forma singular como cada um cuida de si e dos seus familiares e amigos, na sua rede de afetos e na relação com as equipes de ESF, será considerado em uma dimensão ampliada: cuidado em saúde.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O estudo se caracteriza por ser exploratório (GIL, 2007), de abordagem qualitativa. No enfoque qualitativo o pesquisador é o instrumento-chave, o ambiente é a fonte direta dos dados, o estudo prima por seu caráter descritivo, o resultado não é o foco da abordagem, mas sim o processo e seu significado, ou seja, a interpretação do fenômeno estudado (GODOY, 1995; SILVA; MENEZES, 2005).

Os dados produzidos foram organizados como estudo de caso. Estudos de caso são complexos, pois envolvem múltiplas fontes de dados, podem incluir muitos casos dentro de um estudo. Os projetos de pesquisa que se utilizam de estudo de caso demonstram incorporar diferentes objetivos científicos e suas contribuições teóricas podem ser melhor avaliadas em termos de entendimento, construção de teoria, desenvolvimento e teste de teoria (DOLLEY, 2002; YIN, 2001; RIDDER, 2017).

O estudo de caso tem como característica a profundidade e o detalhamento (VERGARA, 2010). Para Yin (2001), esse estudo representa o método adequado quando há questões do tipo “como” e “por que”, “quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto de vida real (YIN, 2001, p. 19).

O estudo de caso pode ser utilizado de modo exploratório, com o objetivo de investigar uma nova área e criar uma teoria a partir da situação e descritivo, pois tem a finalidade de produzir informações e características sobre um determinado fenômeno, buscando identificar suas causas (ROESCH, 2013; YIN, 2001; SEVERINO, 2007; VERGARA, 2010).

A análise dos dados foi realizada com base nos fundamentos da Análise do Discurso (AD). A partir do material descritivo e narrativo, foi possível trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido, articulando o linguístico com o social e o histórico. As falas dos participantes foram analisadas com a finalidade de apreender o que elas revelam, em um diálogo constante que incluiu objetividades e subjetividades (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na AD a linguagem é analisada em sua complexidade, escapando do teor binário da linguística e compreendida como uma produção própria a determinadas conjunturas históricas e sociais, de contornos instáveis e que produz sentido para os sujeitos inscritos em estratégias de interlocução (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014).

Compreender que nossas lutas (e pesquisas) sempre têm a ver com linguagem, já que estamos continuamente envolvidos com lutas discursivas; segunda atitude, atentar para a ideia de que palavras e coisas dizem respeito a fatos e enunciados que, a rigor, são “raros”, isto é, não são óbvios, estão para além das “coisas dadas”; terceira, que fatos e enunciados referem-se basicamente a práticas discursivas e não discursivas, as quais constituem matéria-prima de nossas investigações, seja em que campo estas se concentrem, e dizem respeito sempre a relações de poder e a modos de constituição dos sujeitos individuais e sociais e finalmente, a atitude de entrega do pesquisador a modos de pensamento que aceitem o inesperado, especialmente aqueles que se diferenciam do que ele próprio pensa (FISCHER, 2003, p. 372-73).

No processo de pesquisa foi possível compreender a capacidade instituinte/criativa, que atuou como dispositivo, no sentido de acreditar que todas as práticas deste trabalho, como disseram Deleuze e Guattari, colocaram-se em condição de não refugiar as pessoas na “reflexão sobre”, mas de operar, criar, experimentar, sem ser “agitando velhos conceitos estereotipados como esqueletos destinados a intimidar toda criação” (GALLO, 1999, p. 181). Esta forma de ver a pesquisa fez muita diferença para a pesquisadora, pesquisados e demais participantes.

Para o desenvolvimento da metodologia foi necessária uma mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados, pois todos foram coautores do processo de diagnóstico da situação e da construção de caminhos para estas questões, como processo contínuo que ocorre nos pequenos momentos da vida cotidiana e vai transformando os sujeitos e demandando desdobramentos de práticas e relações entre os participantes. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais no decorrer do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1985; TRIPP, 2005).

Para Acioli e Pedrosa (2020), o significado de pesquisa quando esta se inscreve na perspectiva da EPS, envolve ação política e pedagógica com a mobilização e o comprometimento com um diálogo permanente entre sujeitos, trazendo como temas de pesquisa problemas que se reproduzem no cotidiano das pessoas.

Na perspectiva da pesquisa como ação política e pedagógica no campo da EPS, é mais importante sua intencionalidade e como os sujeitos participam desse processo desde a definição do que pesquisar até as formas de conduzir, analisar e sistematizar (ACIOLI; PEDROSA, 2020, p. 287).

4.1 SOBRE OS ATORES SOCIAIS QUE DERAM VIDA E VOZ À PESQUISA

Foram convidados para este estudo usuários que frequentavam os Grupos da Saúde existentes em alguns bairros do município de Araricá/RS. Esses grupos ocorrem mensalmente,

com média de 15 a 25 participantes, são organizados pelas unidades de saúde de cada área, nos territórios do município. Para convidar os usuários a participarem das rodas de conversa do estudo, a Secretaria Municipal de Cultura criou os convites e auxiliou com a divulgação através das redes sociais do município e as agentes comunitárias de saúde enviaram via plataforma de comunicação (WhatsApp®) para os usuários de diferentes bairros. Além do convite abaixo, foram feitos mais três e divulgados da mesma forma.

Figura 1 - Convite realizado aos usuários



Fonte: Prefeitura Municipal de Araricá (2019)

Os grupos da saúde que debatem questões de saúde no município são grupos abertos, ou seja, todos os meses novos participantes podem ingressar e participar. Todos os usuários que integram os grupos foram convidados a participar da pesquisa e puderam trazer outras pessoas que tinham interesse em discutir o assunto. Desta forma, ocorreu a participação de 64 usuários das unidades de saúde, que assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou tinham mais de 18 anos. Destes 12 eram do sexo masculino e 52 do sexo feminino e tinham entre 21 e 85 anos.

Como participantes foram considerados somente usuários com 18 anos ou mais e que concordaram em participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo de uso de imagem e voz (APÊNDICE B).

4.2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DO PERCURSO DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para a produção dos dados os atores sociais (usuários), participaram de rodas de conversa organizadas nas unidades de saúde ou local da comunidade em horário adequado para os participantes. Foi utilizado um roteiro para abordar as questões sobre o cuidado em saúde e este foi o disparador do debate de ideias entre os participantes (APÊNDICE C).

A proposta metodológica das rodas de conversa e os convites ampliados para os usuários em seus territórios possibilitaram desenvolver novas formas de cuidado, de acolhida dos usuários nas Unidades de Saúde. Partiu-se do acolhimento e vínculo como estratégias não apenas de produção dos dados, mas de processo de cuidado em saúde e assim a responsabilização e a capacidade de lidar com as histórias de vida que são únicas, de escuta dos seus cuidados em saúde, de seus saberes, contados por eles próprios e que foram emergindo durante as rodas de conversa.

Enquanto instrumento de pesquisa, as rodas de conversa conservam um ambiente para o diálogo, onde todos possam se sentir à vontade para partilhar e escutar. Nas rodas de conversa, o diálogo é um momento singular de partilha, porque pressupõe um exercício de escuta e de fala, em que se agregam vários interlocutores, e os momentos de escuta são mais numerosos do que os de fala. As colocações de cada participante são construídas por meio da interação com o outro, seja para complementar, discordar, seja para concordar com a fala imediatamente anterior.

Conversar, nessa acepção, significa compreender com mais profundidade, refletir mais e ponderar, no sentido de compartilhar (WARSCHAUER, 2002).

A roda de conversa é uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo (MOURA; LIMA, 2014, p. 99).

As rodas de conversa foram gravadas (áudio e vídeo) e posteriormente, foi realizada a análise das práticas discursivas dos participantes. O material produzido foi transcrito e organizado como estudo de caso. As entrevistas foram guiadas por um roteiro norteador buscando abarcar os objetivos deste estudo.

No período de setembro a outubro de 2019, foram realizadas quatro rodas de conversa, em quatro bairros diferentes do município (Bairros Centro, Integração, Porto Palmeira e Imperatriz).

Quadro 1 - Bairros e número de participantes por roda de conversa

Integração	18
Imperatriz	15
Porto Palmeira	16
Centro	14

Fonte: Registro da pesquisa, elaborado pelas autoras

4.3 SOBRE O DIÁRIO DE CAMPO: AS (ENTRE)LINHAS DA PESQUISA

Os diários de pesquisa podem ser compreendidos como um "registro pessoal de eventos diários, observações e pensamentos" (PATTERSON, 2005, p. 142). Além disso, podem ser utilizados para o registro de "reações, sentimentos, comportamentos específicos, interações sociais, atividades e/ou eventos", que ocorreram com alguém em dado período (SYMON, 2004, p. 98). No caso deste trabalho, em alguns momentos, será possível ter acesso a alguns trechos do diário de campo da pesquisadora, que vão dando voz as (entre)linhas do que ocorreu durante a coleta dos dados.

Os diários de campo (DC) embora já fossem utilizados em um formato não oficial, por muito tempo, não foram reconhecidos na pesquisa científica, mesmo que fossem escritos por pessoas com alguma importância acadêmica ou social. Esse formato de escrita foi chamado por Lourau (1993) como algo "fora do texto" (p.71), e com o passar do tempo foi melhor aceito no meio científico. Essa aceitação de um novo modelo de escrita, mais flexível, pode ter relação com os processos de descolonização que ocorreram no mundo, e que trouxeram mudanças para a produção de saberes, para as relações de poder que existia entre o colonialismo e a ciência (LOURAU, 1993). Esse fato, também trouxe mudanças nas relações acadêmicas e nos espaços da pesquisa e na maneira como sujeitos, grupos e as próprias instituições se colocaram diante do formato de escrita e na colaboração de pesquisas.

Este formato de escrita dos dados deve ser considerado ferramenta de pesquisa, como prática discursiva, pois auxilia no registro e, ao mesmo tempo, se apresentam na relação com o outro. O diário é uma ferramenta de uso do pesquisar, que possibilita o registro daquilo que

mais o afetou durante a produção de dados (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014). Acreditamos que este instrumento pode fazer o leitor reviver aquele momento quase como se estivesse no local, junto com o pesquisador, por isso, utilizamos essa prática em alguns momentos dessa escrita.

O DC é uma forma adequada para escrever as primeiras impressões, sentimentos, percepções do pesquisador, para além do roteiro principal das rodas de conversa. E no fim as (entre)linhas tornaram-se muito mais do que algo “fora do texto”, mas sim, parte importante do contexto de análise e produção dos dados, e foi preciso trazer isso para dentro da escrita.

Desta forma, os DC tornaram-se importantes para a pesquisa, pois como nos lembra Barros e Kastrup (2009),

esses relatos não se baseiam em opiniões, interpretações ou análises objetivas, mas buscam, sobretudo, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos”. Ou ainda, possibilita “um retorno à experiência do campo, para que se possa então falar de dentro da experiência e não de fora, ou seja, sobre a experiência (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 70).

4.4 UM CENÁRIO EM MOVIMENTO: ONDE TUDO ACONTECEU

A pesquisa ocorreu no município de Araricá, que foi criado pela Lei nº 10.667, de 28 de Dezembro de 1995. Fica situado na Região do Vale dos Sinos, entre a Encosta do Morro Ferrabraz e Vale do Rio dos Sinos e localiza-se a 70 km da Capital. Sua área territorial é de 36,57 Km², tendo área rural de 26,51 Km² e área urbana de 10,06 Km². A População do município é formada, segundo informações do site da prefeitura, por 5.710 habitantes - aproximadamente 6.000 habitantes. Além disso, Araricá é considerada a "Cidade das Azaléias" e promove, anualmente, a Festa das Azaléias, desde o ano de 2000 (ARARICÁ, 2020).

De acordo com o Plano Municipal de Araricá 2018/2021, atualizado no ano de 2017, o município tem, hoje, aproximadamente 7.600 habitantes. Esse número de população surgiu a partir do mapeamento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Hoje, o município conta com 100% de cobertura da população, de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PMA/SMS, 2017).

O município conta com duas unidades de atenção primária em saúde com Estratégias de Saúde da Família: A primeira ESF Ana Neri, se localiza no bairro Imperatriz. Atualmente, a unidade de Saúde conta com a equipe básica completa, médico da família, enfermeira, recepcionista, higienizadora, técnica de enfermagem, dentista e 5 Agentes Comunitárias da Saúde, além de profissionais de especialidades como fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista.

A unidade conta com grupos de controle ao tabagismo; Grupo da Coluna e mais Saúde; Grupo da Saúde que acontece nos bairros Imperatriz e Porto Palmeira; Grupo de gestantes e seus familiares; Grupo de roda de terapia Comunitária; Grupo de Artesanato; e Grupo de Oficina Culinária.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Edith da Costa, fica localizada no Bairro Estação. Atualmente, a unidade de Saúde conta com uma equipe básica formada por médico da Família, enfermeira, recepcionista, higienizadora, técnica de enfermagem e 5 Agentes Comunitárias da Saúde. Além de profissionais de especialidades como psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista. A unidade conta com grupos de controle ao tabagismo; Grupo da Saúde que acontece nos bairros Centro e Integração; Grupo de gestantes e seus familiares. Nesta Unidade também está cadastrado o serviço do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF III), com a proposta de apoiar as equipes de Saúde da Família na busca de resoluções mais efetivas à complexidade dos problemas de saúde encontrados no território. O núcleo é formado por nutricionista, dois psicólogos, fonoaudióloga e fisioterapeuta.

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Todos os participantes que tiveram interesse em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com a sua participação na pesquisa. Além do TCLE, os participantes assinaram o Termo de Uso de Imagem. A responsável pela área de Saúde, do município de Araricá/RS, assinou o termo de ciência e autorização (ANEXO 1), permitindo a realização da pesquisa no município, assim como a realização das rodas de conversa nas Estratégias de Saúde da Família ou em outras localidades caso fosse necessário. Esse projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número do Parecer: 3.510.088) (ANEXO 2), por meio da Plataforma Brasil, a fim de cumprir e garantir a adequação dos procedimentos éticos, conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Primeiramente, apresentamos o material produzido nas rodas de conversa em uma referência ao formato *episódio*¹, pois foi assim que se deu a construção do estudo de caso: por momentos de conversa, pela observação da pesquisadora e os registros em seu diário de campo e pela análise do discurso após a transcrição do material produzido em cada roda. A discussão levará em conta os temas trabalhados em cada roda de conversa, que foram definidos a partir dos objetivos deste estudo e tiveram 3 eixos norteadores: Educação popular em saúde; Saberes populares de saúde; e cuidado em saúde.

6.1 SOBRE A HISTÓRIA DE CADA RODA DE CONVERSA: episódios de um estudo de caso

As quatro rodas de conversa aconteceram em diferentes locais da cidade, com seus ritmos, tempos, modos de ser, histórias de vidas diferentes e que se complementaram, pois conhecimentos foram compartilhados e acima de tudo, respeitados. Para entender um pouco o que foram as rodas de conversa, colocamos um trecho do registro do diário de campo da pesquisadora:

Senti todos orgulhosos de seus saberes! Orgulhosos por terem ajudado na construção daqueles encontros, por contarem a história de suas vidas e de suas famílias, histórias íntimas, que eram recordadas ao sentir o cheiro do chá ou ao contar a receita do bolo de alguém querido, ao lembrarem dos pais que faziam chás antes de irem dormir e que agora, fazem o mesmo pelos seus filhos. Foi muito prazeroso fazer parte dessas rodas, pois me senti acolhida e ao mesmo tempo acolhedora. A cada encontro que tivemos, chorei e sorri muitas vezes (e eles também), mas acima de tudo aprendi com as nossas diferenças e com as nossas semelhanças. Foram rodas com pessoas amigas e dispostas a aprender e a ensinar (Diário de Campo da Pesquisadora, 2019).

As rodas de conversa vêm ao encontro de uma clínica do sujeito, onde a doença não é central, mas apenas uma das partes no conjunto corpo/mente. As rodas potencializaram a articulação e diálogo de diferentes saberes para que pudéssemos ter uma compreensão maior dos processos de saúde e adoecimento e da necessidade de inclusão daqueles usuários como cidadãos que poderiam ser participantes das suas condutas em saúde, inclusive da elaboração de seus projetos terapêuticos e na escolha de seus cuidados em saúde (MOREIRA, 2011). Para cada Episódio, trouxemos alguns elementos das rodas, demonstrados através de fotografias, como chás, receitas, o movimento do compartilhamento, mudas e plantas que os usuários

¹ Grifo nosso.

trouxeram de suas casas.

6.2 EPISÓDIO 1: BAIRRO INTEGRAÇÃO

A primeira roda de Conversa aconteceu no bairro Integração. O encontro aconteceria num local cedido pela igreja, em que também ocorrem os grupos da Saúde, mas não tivemos mais acesso após a saída da agente comunitária de saúde responsável por aquela área. Dessa forma, tivemos que buscar outro local para o encontro. E gentilmente, uma das participantes ofereceu sua garagem para fazer o grupo. Ao chegar, havia uma mesa farta com bolo de maracujá, chazinho gelado, muitas mudinhas de chás trazidos pela comunidade e pequenos galhos de plantas para explicar como usavam e para que eram utilizados nos seus cuidados. A garagem tinha a imagem da Nossa Senhora Aparecida, móveis antigos, fotos da família que lembravam nossas próprias casas, os animais da família, foi uma roda completa, como eles mesmos falaram:

“A Garagem da Nena é puro conhecimento e aprendizagem” (P27M, 53 anos).

Foi um encontro cheio de emoções, todos empenhados, fizeram daquele encontro algo especial para todos. Em certos momentos, falavam todos juntos, querendo contar sobre suas experiências, suas formas de cuidado. A roda foi um misto, de um lado usuários orgulhosos por ensinarem seus conhecimentos com os chás e de outro, profissionais orgulhosos por indicarem não somente medicamentos ou procedimentos convencionais, mas também por poderem ofertar algo complementar, como as PIC.

Deixaremos registrado aqui um dos trechos do diário de campo da pesquisadora, sobre essa primeira roda:

A câmera desligou e todos continuaram ali, trocando mudinhas e receitas de xarope, tomando chazinho de cidreira com alface, comendo bolo de maracujá (colhido do pátio da casa). E nesse momento, veio a história do pão de moranga. A história do pão de moranga foi emocionante, pois uma das participantes relatou que ao ir ao velório de uma das integrantes do grupo, escutou a filha da amiga dizendo que nunca mais comeria o pão de moranga feito pela mãe. Na hora, ela contou que foi para casa pensativa, pois sabia que aquela receita estava num livro de receitas que circula por aquela comunidade. Num certo dia, ela resolveu fazer a receita e levar para a filha da senhora falecida. Então, com esse tom de gentileza e compartilhamento não só de saberes, mas de muito carinho, que iniciou a ‘rodada’ de rodas de conversa (Diário de Campo da Pesquisadora, 2019).

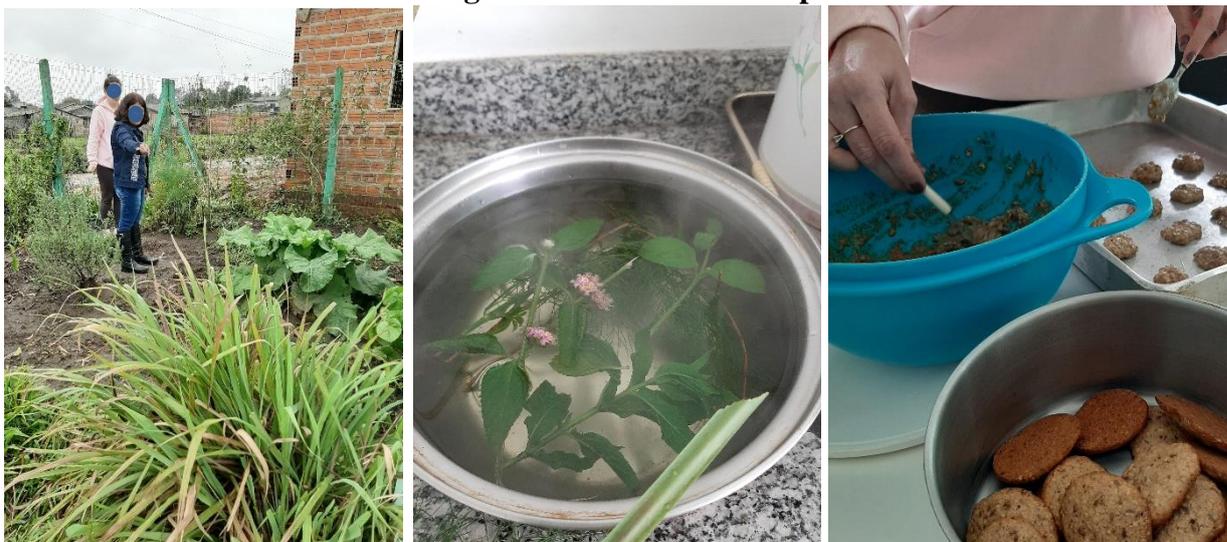
Figura 1 – Elementos do Episódio 1

Fonte: Arquivo da pesquisa

6.3 EPISÓDIO 2: BAIRRO IMPERATRIZ

A segunda roda de conversa ocorreu no bairro Imperatriz nas dependências de uma das Unidades de Saúde, na sala da fisioterapeuta. A ESF Ana Neri, conta com uma horta, que foi criada num projeto de fitoterapia com as profissionais da nutrição, fisioterapia e psicologia, por um pedido daquela comunidade em saber mais sobre os chás. A horta coletiva é cuidada pela comunidade e pelos trabalhadores da Unidade, e as mudinhas foram trazidas por eles, das hortas de suas casas. Juntaram muitos tipos de chás, de várias hortinhas, numa só. A comunidade pode ir buscar, assim como plantar novas mudas. Fomos até a horta, colhemos algumas plantas e com elas fizemos um chá bem especial na cozinha do posto, com a ajuda da pessoa responsável pela higienização e também cuidadora da horta. Tinha cheiro de chá pela unidade toda, uma delícia. Também trouxeram mudinhas de suas casas, teve receita de cookies da nutricionista feita e assada na hora. Foi uma roda de conversa muito amiga, que trouxe muitos saberes, que compartilhou histórias, receitas, e o principal, soube escutar o que cada um falava com muito respeito, inclusive incentivando quem não falou muito a participar.

Figura 2 – Elementos do Episódio 2



Fonte: Arquivo da pesquisa

6.4 EPISÓDIO 3: BAIRRO PORTO PALMEIRA

A terceira roda de conversa ocorreu num local bem retirado da cidade, bem no interior do município, no bairro Porto Palmeira, onde fica grande parte da área rural do município. A roda aconteceu embaixo de uma grande árvore. O local utilizado chama-se Sementinha, é uma escola de agricultura e de ensinamentos sobre meio ambiente, preservação ambiental, que era utilizada como conteúdos extras e onde os alunos das escolas do município e Estado podiam ir visitar (hoje, o local não está mais em funcionamento). Lá, os convites foram feitos pela Agente Comunitária de Saúde, já que a grande maioria não tem acesso às redes sociais, e explicou o objetivo do grupo.

O grupo teve certa resistência em falar sobre seus conhecimentos, logo de início, pois um dos moradores relatou que alguém importante da cidade, havia falado que o “*povo do interior não sabia de nada*”. Mas no decorrer da conversa, isso foi sendo acolhido e foi ficando em evidência a vontade que eles tinham em falar sobre seus conhecimentos, principalmente, por ser uma roda formada por comunidade e profissionais. Trouxeram feijão colhido por eles mesmos, sem agrotóxicos, que é motivo de grande orgulho deles. E teve muita história da infância, compartilhamento de receitas de xaropes, trocas de mudas. Esse é um grupo muito unido, de uma comunidade formada na sua grande maioria por idosos, que se visitam com frequência, fazem exercícios de caminhada juntos pelas estradas de terra, jogam cartas. Em muitos momentos, frisavam ao contar sobre algum saber:

“...viu como o povo do interior tem conhecimento” (P35F, 33 anos).

Essa roda, em especial, trouxe o número maior de variedades de chás de suas casas, muitas vezes, precisei pedir para que falassem um de cada vez, pois estavam tão empolgados, que falavam todos ao mesmo tempo. Foi uma roda acolhedora, cheia de entusiasmo e conhecimentos. A roda aconteceu embaixo de uma árvore que remetia natureza e vida! Me senti muito feliz e acredito que eles, através do olhar, de se levantar e explicar sobre o que sabiam, da constante risada ao contar de uma história antiga, mostraram o quanto estavam animados de estarem ali.” (Diário de Campo da Pesquisadora, 2019).

Figura 3 - Elementos do Episódio 3



Fonte: Arquivo da pesquisa

6.5 EPISÓDIO 4: BAIRRO CENTRO

A última, e não menos importante roda de conversa, aconteceu no bairro Centro em uma escola do município. Essa roda foi um pouco afetada pelo temporal que aconteceu pouco antes do grupo iniciar (e que durou até acabar a roda) e pela preocupação com um dos participantes idosos, que estava indo até o grupo de bicicleta e caiu antes de chegar. Então, muitos participantes não conseguiram comparecer. Os participantes do grupo trouxeram bolinhos, receitas que aprenderam com a mãe, avó, chazinhos de suas hortas e muita disposição.

Foi um grupo que falou muito e muitas vezes todos ao mesmo tempo. No final do grupo trocaram receitas, chás e dicas de beleza com a babosa. E foi desse grupo que despertou o desejo de fazer um documentário dos conhecimentos daquela cidade. Um dos integrantes do grupo, com seus 81 anos, contou que na adolescência ele era responsável por reproduzir os filmes em vários municípios do Rio Grande do Sul, e que sentia falta daquilo no município, de mais entretenimento:

“Eu trabalhava com cinema, reproduzia os filmes, me sentia útil por ver as pessoas rindo, felizes, agora falta essa alegria, todo mundo fica em casa, cada um olhando suas coisas...” (P52M, 81 anos).

A partir disso, surgiu a ideia do documentário, de que também seria uma forma de deixar um registro e até, de fazer uma noite de cinema, lembrando os bons tempos, mas agora eles seriam os espectadores e ao mesmo tempo, os atores daquela história.

Figura 4 – Elementos do episódio 4



Fonte: Arquivo da pesquisa

6.6 OS DISCURSOS E OS SABERES: INCURSÕES DE PESQUISA

Os resultados foram categorizados a partir das falas dos entrevistados e, no contexto das rodas de conversa, compõem as práticas discursivas. São representados, em sua literalidade, por *vinhetas*² selecionadas pelas pesquisadoras. Cabe lembrar, que as perguntas realizadas aos participantes foram norteadoras, mas outras puderam ser inseridas ou retiradas, dependendo do andamento da conversa.

Para a melhor compreensão dessas vinhetas, as falas foram separadas por participante, representadas pela letra P e um número (exemplo: P1 = Participante 1). Além disso, logo após o número do participante, foi incluída o sexo (feminino representado pela letra F e masculino representado pela letra M). Logo após o número do participante, foi incluída a idade do participante.

6.6.1 Sobre os cuidados em saúde

Para contemplar os objetivos do estudo buscamos compreender como os participantes entendem cuidado em saúde. Importante destacar que a quantidade de respostas obtidas não

² Grifo nosso.

confere qualidade ou critérios de validade, pois na pesquisa qualitativa a análise do material produzido se dá pelos discursos, pelas histórias, pelos gestos: se constitui enquanto prática discursiva.

Diante do tema CUIDADO, os usuários expressaram preocupação com hábitos e rotinas de vida como: **alimentação saudável; exercícios para o corpo, atenção e carinho com o outro; diversão/lazer e prevenção de doenças**. No quadro a seguir, apresentamos a contextualização de cada forma de cuidado, bem como as vinhetas ilustrativas de alguns participantes:

Quadro 2 - Formas de cuidado e vinhetas ilustrativas de alguns participantes

O que vocês entendem por cuidado?		
	Conceitualização	Falas dos participantes
Relação com alimentação saudável	Foram reunidas as falas que compreenderam o cuidado relacionado à alimentação saudável.	<p>“...cuidado pra mim é uma alimentação crua com bastante sementes isso nós usamos eu meu marido e meus filhos há 20 anos, a gente começou com esse tipo e tudo melhora, intestino.” (P35F, 77 anos);</p> <p>“e aqui no interior a gente come tudo que a gente planta, tudo orgânico, não vai nada de veneno...” (P37F, 68 anos).</p> <p>“Mudei bastante o cardápio depois que eu fiquei sozinha, que a minha família saiu, só eu e o ‘véio’... então eu faço a metade, três tipos de comida e salada. Eu mudei isso aí na alimentação, fritura eu cortei quase tudo.” (P17F, 57 anos);</p> <p>“É isso... mudei a comida gorda, fritura, essas coisas eu não como, mas não foi tão fácil no início.” (P40F, 84 anos).</p>
Exercícios para o corpo	Apresentou as percepções sobre o cuidado como a práticas de exercícios físicos	<p>“Dar uma caminhada, espichar o corpo, se não a gente fica entrevado e aí não é bom.” (P52M, 81 anos);</p> <p>“quando eu posso caminhar, eu caminho... agora eu tô meio preguiçosa [risos]”. (P55F, 69 anos);</p> <p>“...eu faço meus exercícios direitinho tem que fazer se não fico ruim sem o exercício, dói ombro, coluna, pernas.” (P35F, 77 anos).</p>

Atenção e carinho com o outro	Foram reunidas as falas que compreenderam o cuidado relacionado à atenção e carinho por si e pelo outro na convivência.	<p><i>“eu poucas vezes fiquei doente, me sinto amada por mim mesma, cuidada, protegida, isso faz toda a diferença na minha saúde!”</i> (P61F, 42 anos).</p> <p><i>“As histórias também são uma forma de cuidado, poder escutar a história do outro, isso também é uma forma de cuidado”</i> (P45F, 33 anos);</p> <p><i>“ah, eu faço bolo, chimia e divido com as pessoas que eu gosto, cuidado é partilhar, quem não fica bem assim?”</i> (P53F, 67 anos);</p> <p><i>“Então, agora eu vou contar o que é meu serviço: fazer um chazinho para o meu marido, tô cuidando bem dele [coloca a mão sobre o joelho do p43M], nós trabalhamos junto [grupo acolhe a fala da participante, sorrindo e olhando uns para os outro] levo um chazinho para ele, tudo isso eu faço e dou um carinho nele. Ele se sente cuidado e eu também”</i> (P42F, 81 anos).</p>
Diversão/Lazer	Abarcou as falas de usuários que citaram cuidado como práticas de diversão e o lazer, como tocar um instrumento, dançar e cantar.	<p><i>“eu puxo na gaita [risos], eu canto, eu toco, assobio, danço... [participantes sorrindo]”</i> (P44M, 85 anos);</p> <p><i>“Cuidado é se divertir, encontrar uns amigos, fazer festa, rir, não dá pra ficar só pensando coisas ruins!”</i> (P5F, 29 anos).</p>
Prevenção	Foram reunidas as falas que compreenderam o cuidado como prevenção da saúde emocional e física.	<p><i>“Nossa, eu cuido em tudo, prevenção na saúde física e mental, não deixo nada de fora.”</i> (P21F, 71 anos);</p> <p><i>“Cuidado é prevenção, antes de ficar doente eu tomo um chá, faço pré-câncer todo ano... pra quê esperar pra depois se cuidar, né!?”</i> (P32F, 28 anos).</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os encontros com os participantes das rodas de conversa constituíram-se em caminhos de busca por conhecer o cuidado entre os usuários e estabeleceram o diálogo como base de uma relação intersubjetiva importante para a problematização da relação entre os sintomas de dor e sofrimento com as possíveis causas e a construção de itinerários de cuidado. O processo da saúde torna-se um processo de equilíbrio, de energia e de construção de um modo de vida saudável, e essa construção perpassa o conjunto das ações desenvolvidas nesse trabalho

(FERREIRA; SILVA, 2012).

Ao dialogarem sobre o que é cuidado em saúde, os participantes trazem práticas sobre os seus cuidados diários e de suas famílias. Cuidado para os usuários desse estudo teve relação com ação, com mudanças de hábitos, com transformação. E foi através de uma prática dialógica, que puderam desenvolver suas potencialidades de comunicação, interação e construção dos seus conhecimentos, tendo a decisão sobre seus cuidados, humanizando-se (FREIRE; SHOR, 2008).

Nessa ampliação conceitual de cuidado, de itinerários e como essa dimensão poderia ser contemplada em processos de cuidado nos serviços de saúde, é necessário pensar sobre os estilos de vida atuais e hábitos saudáveis, que podem ter relação com alimentação, atividade física, lazer ou a outras mudanças que busquem a promoção e o bem-estar e que possam evitar o surgimento de algumas doenças. Para Vargas (2017, p. 19), “isso é autonomia: olhar para si, observar e escolher ações e formas para cuidar da sua saúde; mas para que as pessoas possam se cuidar é preciso que estejam motivadas e informadas”.

Para Freire (2002), a educação pode gerar um fator libertador e de autonomia ao indivíduo possibilitando que desenvolva sua capacidade de dar voz e mudar sua própria visão de mundo, encontrar métodos para resolução de seus problemas e de sua comunidade e entender que pode ser um sujeito consciente, dando vida e sendo protagonista da história. Para o autor, autonomia seria fundamental para formar uma sociedade mais livre, e não poderia ser diferente, acreditamos que as sociedades são fruto daquilo que é construído por cada um, no seu processo de descobertas e no compartilhamento com o outro.

Elencando prioridades e necessidades, os participantes expõem seus percursos e formas para produzir saúde em direção às suas possibilidades e conhecimento e que se legitimam no fazer popular: são as plantas, os chás, as comidas. São representantes de um saber que é comunitário, regionalizado, cultivado pelas famílias, transmitido entre as gerações. É plural e diverso, é prática social, funda-se pela cultura e perpetua-se por um saber-fazer que é único e identitário. E aí reside a força de uma educação popular em saúde, quando a construção de itinerários terapêuticos confere o relevo necessário para as práticas ao invés de desacreditá-las por seu cunho popular. E é neste sentido, que o fosso cultural que afasta a prática de cuidado do trabalho em saúde precisa ser diminuído, analisado e reconduzido por meio de processos de assunção destes sujeitos, por sua cultura, por seus saberes.

Para os participantes o cuidado está relacionado às práticas saudáveis, à busca por exercícios, por uma prevenção ao adoecimento que pode ser alcançada através de um convívio com as pessoas da família e amigos. O conviver e o cuidado, nesta perspectiva, desvelam as

práticas sociais da comunidade, o compartilhamento de histórias, de receitas culinárias, de comidas, de saberes. Reafirmam o papel social e constituidor das práticas sociais: o ato de comer é cultural e a comida é uma forma de comunicação que expressa a identidade de um povo e de grupos, produzindo sentidos. O ato de cozinhar tem relação com a tradição e a memória, trazendo à tona situações de religiosidade, necessidade, lazer, rituais, estética, moralidade etc., e cada cozinha representa um conjunto de práticas e regras compartilhadas (FISCHLER, 1988; DE CASTRO; MACIEL; MACIEL, 2016).

[...] quando falamos em práticas sociais, pensamos em relações que se estabelecem entre as pessoas, por meio da intencionalidade, que buscam transformar a realidade vivida. Tais relações são mediatizadas por um mundo comum que se expressa existencialmente (objetiva e subjetivamente) aos participantes de tais relações por meio desta mesma práxis histórica, bem como pela comunicação intersubjetiva exercida por meio do diálogo (TAFURI; GONÇALVES JUNIOR, 2017, p. 44).

Foi possível perceber que o significado de cuidado para os participantes tem muita relação com o convívio, com diversão, com atenção e carinho com o Outro, com práticas alimentares que são obtidas e compartilhadas através de práticas sociais. Cabe lembrar que é através de práticas sociais que é possível que um indivíduo possa formar sua identidade e se constituir enquanto sujeito. Desta forma, é impossível pensar que alguém possa constituir-se sozinho, de forma isolada, e não pelo meio no qual se relaciona, onde podemos dar sentido às diversas práticas sociais, às pessoas e ao mundo que estamos inseridos. Essas práticas estimulam processos educativos e têm um papel direto na formação das pessoas e como elas se relacionam com a sociedade (OLIVEIRA et al., 2009; TAFURI; GONÇALVES JUNIOR, 2017).

As práticas alimentares, o compartilhamento de saberes e os momentos de convivência entre as pessoas podem representar formas de expressão de uma comunidade e contribuir no processo de construção e de afirmação de suas identidades sociais. De acordo com Lima, Ferreira Neto e Farias (2015), práticas alimentares, como formas de cuidado, não são determinadas somente por questões econômicas, mas também ocorrem a partir da influência de aspectos simbólicos atrelados à alimentação, sendo importante considerar as dimensões cognitivas e imaginárias do ato de se alimentar.

Para Garcia:

A ideia de que o que é gostoso comer pode ser perigoso para a saúde vem acompanhada da valorização de um estilo de vida saudável, de um corpo atlético, que

impõem um novo gênero de vida regrada. O cumprimento de uma nova pauta de cuidados que envolvem principalmente a alimentação e a atividade física determinarão os riscos de vida a que estamos sujeitos, provocando mudanças significativas na nossa relação com a comida (GARCIA, 2005, p. 211).

As práticas discursivas indicam a alimentação como uma prática social, formada por elementos objetivos e simbólicos capazes de converter o ato alimentar em um fato social total. Ato de conexão individual de um lado, e o físico (ou fisiológico) e o psíquico, de outro (LÉVI-STRAUSS, 1974; BOOG, 2013). Neste sentido, a alimentação é pilar da vida social ao oferecer condições objetivas para sua manutenção, e assegurar a constituição de vínculos necessários à sociabilidade humana e à reprodução social. O comportamento alimentar ultrapassa o fato: o que se come, como ou com quem se come pois envolve, ainda, um contrato social de identidades por meio da partilha (ALVES; WALKER, 2013).

O significado/conceito de cuidado para os usuários está em forte relação com a EPS. Podemos entender a educação popular como um esforço que mobiliza, organiza e capacita os setores populares. E o ator social desse processo todo foi o povo e o educador foi convidado a participar contribuindo com os seus saberes (FREIRE; NOGUEIRA, 2002; BRANDÃO; ASSUMPÇÃO, 2009). A importância de saber o que entendem por cuidado é poder entender como se cuidam e de que forma é possível interagir entre os conhecimentos científicos e populares e dar vida a saúde, a aprendizagem e ao cuidado, que é realizado por todos, com a finalidade de poderem se sentir vivos, potentes, transformadores e capazes de ajudar e serem ajudados, entendidos nas suas singularidades e subjetividades. E se é isso que entendem por cuidado, está aí o caminho da constituição das práticas sociais.

Lima (2008) em sua cantiga escreve que ao cuidarmos do Outro estamos cuidando de nós mesmos, e quando nos cuidamos, estamos cuidando do mundo. E no processo de Educação Popular em Saúde e na escuta das falas desse estudo essa afirmação relaciona-se com um cuidado que é coletivo, se eu cuido do outro, estou cuidando de mim também, da minha história, da minha cultura. É um compartilhar de cuidados, que vai muito além do cuidado físico.

Vasconcelos (2001, p.16) assim formulou este processo:

Pode-se afirmar que grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde estão voltadas para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular.

A existência de um fosso cultural entre os serviços de saúde e a população foi percebida nas primeiras iniciativas de educação popular em saúde, que se organizaram nas periferias das metrópoles e das cidades do interior, entre os anos 1975 e 1985. Essas experiências foram sistematizadas em encontros populares e vieram a compor o ideário do que se convencionou chamar de movimento da Reforma Sanitária (STOTZ, 2005).

E essa pergunta tão simples, feita aos usuários sobre o que entendiam por cuidado em saúde, gerou uma dúvida gigante no meu coração, me fez repensar minhas práticas de cuidado como trabalhadora de saúde e que deixo aqui como registro: será que estou (e meus colegas) preparada para cuidar do que chega, de forma tão singular? E quais têm sido minhas referências de cuidado, até aqui, para trabalhar as necessidades da saúde da população que atuo? Será que tenho dado voz somente ao meu conhecimento ou tenho escutado o saber do Outro? (Diário de Campo da Pesquisadora, 2019).

6.6.2 Sobre as formas de cuidado em saúde

As práticas discursivas apontam para contextos de cuidados convencionais e cuidados complementares, assim como o uso das duas práticas concomitantemente. Sobre as formas de cuidado em saúde, relacionados aos cuidados não convencionais, destacamos:

“... eu tenho diabetes e eu sempre tomei um chá para diabetes, faço chá da ameixa e faço e uma outra florzinha que é muito bom pra diabete. Eu tomo chá todo dia, e me cuido... não como muita coisa doce.” (P53F, 67 anos);

“eu tomo chá, um comprimidinho que eu compro por aí, mas médico... eu tomo pouco remédio de médico...” (P25F, 68 anos);

“Às vezes, tem que ir ao médico, né!? Mas se posso cuido em casa, de forma caseira, com aquilo que a gente planta aqui mesmo.” (P41F, 73 anos);

“Claro, uso tudo que posso, são coisas que a gente aprende, eu aprendi com os meus antepassados que eles vieram da Alemanha da Inglaterra e outro veio lá da Itália... e eu aprendi com eles, não foi ninguém que me ensinou eles contavam que fazia e acontecia e tem diversas formas de se cuidar, nem tinha médico na época.” (P44m, 85 anos);

“A última vez que eu fui no médico, foi quando eu tinha 27 anos, eu fui no médico e ele disse “tu tem que controlar a pressão porque senão tu vai morrer, não tem meio ano de vida”, aí mandou fazer exame em NH e POA, eles disseram a mesma coisa... aí pensei assim “eu não vou mais em médico, eles só falam que eu vou morrer”... nunca mais fui em médico! E os outros médicos tão tudo morto e eu aqui vivo, tomando meu chá. [risos]” (P52m, 81 anos).

Outros participantes indicam caminhadas, cuidados diários durante a sua rotina:

“Eu me cuido, faço meus exercícios direitinho tem que fazer se não fico ruim sem o exercício, dói ombro, coluna, pernas.” (P35F, 77 anos).

Percebemos também que muitos utilizam as duas formas de cuidado:

“Eu tomo meus chás, mas acho que... pra saúde mesmo viu, é bom procurar um médico bom viu, (risos), porque eu me salvei assim.” (P43M, 81 anos);

“primeiro eu procuro um médico... o problema é a gente tomando muito remédio, pode tomar pra uma coisa e estragar outra. E eu tenho câncer e eu tinha uma biópsia pra fazer ano retrasado, estava apavorado, daí a mãe da minha nora mandou para mim tomar o ipê roxo e eu tenho em casa... eu tô tomando a casca da árvore. Então os dois juntos é a coisa a se fazer!” (P8M, 75 anos);

“A gente faz uma fisio, se levanta, se espichar assim [balançando os braços], faz um chá... pra ir no médico só se tô bem mal.” (P56F, 56 anos);

“eu quando os outros tão doente eu procuro logo levar no médico (risos), e quando eu tô doente eu faço um monte de coisa pra depois eu ir.” (P57F, 72 anos).

Ainda sobre seus cuidados os participantes relatam não buscarem a assistência médica ou ao atendimento da unidade de saúde quando surgem os primeiros sinais e sintomas de alguma doença, somente quando percebem que sua saúde está mais debilitada.

“Primeiro eu faço um chá, depois se não passa, vejo o que faço, quando tá nas últimas.” (P57F, 72 anos);

“Faço chá, ahhhh, eu no médico não vou, só se eles me levam... eu nunca vou por conta própria, é só se eles me levam...” (P55F, 69 anos);

“Vou no médico pra dizer que fui. Eles [referindo-se aos profissionais da saúde] sabem que no fim vão indicar remédio da farmácia e a gente não vai tomar, vai pra casa tratar com chá da horta ... [risos] só não falem pra eles [todos na roda riem e alguns concordam com a cabeça]” (P21F, 79 anos).

Sobre as formas de cuidado em saúde, “as concepções dominantes do corpo, saúde e doença se constroem na prática médica oficial dominante, representando o polo dominado pela cultura somática, que retraduz, reordena, na sua lógica, os efeitos da difusão da medicina científica” (CANESQUI, 1998, p. 23).

No contexto das práticas populares de cuidado e do uso de seus saberes, as experiências empíricas, baseadas em resultados positivos ou negativos adquiridos durante o uso desses recursos, ressaltam a credibilidade e interesse por essas práticas nos seus cuidados em

saúde (SIQUEIRA et al, 2006). Em um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em Goiânia/GO e que buscou conhecer o posicionamento da população quanto ao recebimento de orientações, por parte de profissionais de saúde, sobre mudanças de comportamento e adoção de métodos não convencionais de saúde, destacam que, antes de procurar o serviço de saúde, os usuários costumam utilizar recursos populares de cura para seus problemas de saúde, citando os chás caseiros como o principal destaque, além de banhos, emplastos, alimentos e benzeduras, o que corrobora com essa pesquisa. Entre usuários de práticas populares é possível detectar um arraigamento e há que se considerar os aspectos socioculturais, transmitidos entre diferentes gerações no seio familiar ou na comunidade, pois a comprovação empírica desses recursos contribui para sua aceitação e utilidade (SIQUEIRA et al., 2006).

Segundo as autoras:

Crenças populares e recursos não convencionais, utilizados na solução de problemas de saúde, configuram-se para a população em geral como fatores extremamente ligados a aspectos sócio-culturais, por isso devem ser considerados como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencente a um processo histórico (SIQUEIRA et al., 2006, p. 72).

Nos diálogos das rodas de conversa com os participantes fica evidente a importância em suas vidas de uma forma de cuidar informal (PORTUGAL, 2018), pois leva um pouco da história de cada um e de suas famílias:

Pesquisadora pergunta para P52M: *“O senhor faz o que quando tá com dor?”*

P52M: *“Eu não tenho dor... não sei o que é ter dor, nunca tive dor (...)”*

Pesquisadora: *“E o que o senhor usa no seu dia a dia, para não ter dor?”*

P52M: *“eu tomo meus chazinho, o chá que eu mais tomo faz 30 anos, é o tanssagem... porque esse é bom, esse é antibiótico natural, e pode tomar sempre, é bom pro homem por causa da próstata e também é pra mulher... porque sendo antibiótico, é natural, vou tomar à vontade... aprendi com minha mãe, e continuo seguindo tudo que aprendi!”*

É necessário destacarmos a importância de compreender que essas práticas alternativas de cuidado fazem parte do cotidiano da comunidade, por isso, cada vez mais é necessário que os profissionais estejam atentos a isso e possam oferecer escuta e dar voz ao que eles têm a dizer. Nesse contexto a EPS reafirma-se como um movimento de compreensão ético-política que amplia as possibilidades de itinerários de cuidado centralizados em sujeitos, na comunidade

e suas práticas, não como uma disputa por saberes, mas na construção horizontal de percursos e possibilidades para o cuidado em saúde.

Como complementar à discussão sobre a EPS e ao identificar aspectos do protagonismo dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos, destaca-se de forma clara, a dimensão cultural das práticas em saúde. Produzir cuidado a partir dos conhecimentos, crenças, saberes e fazeres populares é comprometer-se com a cultura das pessoas, da comunidade. São práticas em saúde que se estabelecem na relação com o Outro, quando é necessário entender que o diferente, no cuidado em saúde, é essencial. Desta forma, é preciso ter respeito pela cultura do que é diferente e dar cotidianidade nos processos educacionais, buscando a valorização da cultura popular, permitindo que cada um seja sujeito de acordo com a sua experiência pedagógica, com o que acredita, nas diferenças e na vida cotidiana (FREIRE; FAUNDEZ, 2002).

Giroux e Simon (2008), destacam a importância de se estar atento ao conceito de diferença, pois as práticas culturais populares, enquanto processos vivenciados por diferentes grupos, cotidianamente, dão visibilidade à capacidade de criar e de inovar das pessoas. Mesmo sabendo os resultados positivos dessas práticas populares, ainda existe uma visão de que a cultura popular é inferior ou indigna de ser considerada como um saber legítimo no meio acadêmico, por ser um saber do território, do cotidiano nas comunidades.

As vinhetas ilustram que o uso das plantas medicinais tem um papel importante nos cuidados em saúde dessa população. As práticas não convencionais de saúde continuam sendo utilizadas pela população e os ditos métodos não convencionais não foram banidos pelo saber científico, exatamente por oferecerem respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas nas suas rotinas (ACIOLI, 2000; SIQUEIRA et al., 2006).

6.6.3 Sobre o Uso de Plantas medicinais

Relacionado às práticas não convencionais de saúde, os participantes acreditam que há remédios não convencionais, como os chás:

“Ah, sim, os naturais, né! Chá também é remédio!” (P33F, 33 anos);

“Nem todo remédio vem num vidro, alguns dependem da gente, ser feliz, caminhar, comer bem.” (P1F, 68 anos).

As práticas de uso de plantas medicinais, bem como receitas e curiosidades foram catalogadas e estão organizadas como um Produto do Mestrado, no formato de um Guia Prático de Chás (APÊNDICE D) com os saberes populares da comunidade de Araricá/RS.

Ao abordar os tipos e usos dos chás pelos participantes, se estabeleceu um diálogo nas rodas de conversa que revelou as dores e as queixas mais frequentes. Organizamos um quadro (Quadro 3) para representar os adoecimentos, os sintomas e os chás utilizados.

Quadro 3 - Chás mais utilizados e suas funcionalidades

Chás mais utilizados Nome Popular	Indicações Populares
Penicilina/ Gervão/ Malva/ Guaco	Dores de garganta
Chá de gengibre/ Folha da pitangueira/ Guaco/ Cidreira/ Poejo/ Sálvia/ Ponta Livre/ Hortelã/ Anis estrelado	Gripe/ Resfriados/ Tosse
Camomila/ Valeriana/ Capim Cidreira/ Macela/ Alecrim	Efeito Calmante
Boldo/ Macela/ Espinheira Santa/ Folha da Goiabeira	Para melhorar a digestão
Camomila/ Valeriana/ Cidreira	Para dormir melhor
Espinheira santa/ Alecrim/ Cidreira/ Capim cidreira/ Poejo	Dores de cabeça
Espinheira Santa/ Alecrim/ Quebra-Pedra	Diurético
Poejo/ Hortelã	Anti - vermífugo
Sálvia/ Folha da amoreira	Sintomas da Menopausa

Fonte: Dados de pesquisa, elaborado pela autora.

Sobre os chás e a sua importância na vida e no cuidado das pessoas do município, foi possível perceber a felicidade e o carinho com que explicavam sobre esse tema e sobre seus saberes. Isso foi registrado no diário de campo da pesquisadora:

Uma das coisas mais bonitas que percebi durante toda essa pesquisa é que o chá além de ser um elemento da natureza, ele consegue acessar a essência de cada um, que a medicina tradicional não consegue acessar. Ele conta uma história, lembra antepassados, traz saudade no gostinho que ao ser tomado lembra de alguém querido que fazia aquela receita. Cada roda de conversa contou com algo que eu jamais esperei, CONEXÃO pura. O chá foi conexão, conexão entre cada um que participou, conexão com a cura, conexão com cheirinhos que emanava cada vez que alguém

explicava sobre aquelas folhinhas. Como uma das pessoas disse ao final do grupo, já no portão... *“esse grupo teve cheiro de infância, de cuidado, de amor”* (SIC). Me arrepiei em cada conversa, me senti conectada com cada fala, me senti parte daquele grupo, parte da história que cada um trazia. O chá em cada roda foi conexão com a história, com a cultura trazida por cada família daquela cidade, e com a vontade de escutar e aprender e ensinar seus próprios saberes. Ninguém duvidou da sua eficácia, da sabedoria, de alguém que disse que usou e se curou. Todo mundo se acolheu e se respeitou. E não era só respeito pelo que o outro falava, mas respeito pela história e pelo saber de cada um. (Diário de Campo da Pesquisadora, 2019).

Os saberes populares e as diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionados ao contexto sociocultural que caracteriza cada momento histórico vivido (BRASIL, 2013). No estudo os encontros com os usuários possibilitaram conhecer as necessidades de saúde da população no território. A partir das rodas de conversa a equipe de saúde pode pensar em como reorganizar e fortalecer os recursos coletivos e individuais de cuidado, bem como o acompanhamento e o suporte desses usuários e de suas famílias, construindo com os usuários itinerários de cuidado fortalecidos pelos saberes que perpassam as práticas em saúde.

6.6.4 Sobre o conhecimento das PIC utilizadas no município

Sobre o conhecimento das PIC utilizadas no município foi possível entender e identificar o quanto elas são de conhecimento da população. Os participantes referiram conhecer e utilizar algumas das práticas com os profissionais da saúde, em conjunto com a prática de medicina tradicional. No quadro abaixo, estão dispostas as práticas, os profissionais citados pelos participantes e algumas vinhetas exemplares.

Quadro 4 - Quadro de Práticas Integrativas e Complementares

PIC	Profissional responsável	Vinhetas
Auriculoterapia	Fisioterapeuta Psicóloga Fonoaudióloga	<i>“eu faço fisioterapia, exercícios... as sementinhas na orelha... faz mais e um ano, e faz muito bom.”</i> (P22F, 55 anos); <i>“eu coloquei a sementinha na semana que tinha prova, e eu sempre fico muito estressada, e passei aquela semana bem tranquila.”</i> (P16F, 38 anos); <i>“eu nunca mais tive enxaqueca e sei que a sementinha ajuda.”</i> (P22F, 55 anos).

Aromaterapia	Farmacêutica	<p><i>“é que a gente usa bastante camomila, eu trabalho lá no artesanato, junto com a Raquel... então a gente usa bastante camomila, que é calmante, um pouquinho de macela junto, pra dores de cabeça, pra dormir.” (P31F, 72 anos);</i></p> <p><i>“...eu ganhei um travesseirinho, num sorteio do grupo do artesanato, e coloquei debaixo do travesseiro do meu marido porque ele não dorme direito de noite... daí passou uma semana e eu perguntei... aí ele disse que naquela uma semana ele dormiu a noite toda.” (P32F, 28 anos);</i></p> <p><i>“eu participo do artesanato, e às vezes, temos palestras sobre as essências com a mulher da farmácia...” (P57F, 72 anos).</i></p>
Meditação/ Mindfulness	Psicóloga	<p><i>“Eu vou na [cita o nome], ela faz meditação comigo pra melhorar a ansiedade, saio bem leve, menos ansiosa” (P22F, 55 anos).</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Além disso, lembraram de alguns atendimentos nos quais tiveram como indicação o uso de chás, concomitantemente ao uso da farmacoterapia convencional:

“o médico da família falou pra mim tomar limão e capim cidró, quando eu falei que minha pressão que tava alta, eles recomendam também os chazinhos, que é nisso que a gente confia.” (P25F, 69 anos);

*“O doutor *** me indicou a valeriana, que é excelente pro estresse, pra ansiedade, quando se sente nervosa”. (P28f, 56 anos); “...valeriana, o doutor indicou. Eu tomo rivrotil há 8 anos, e em um mês que eu tomei o chá já deu resultado...” (P31F, 72 anos).*

Por fim, os participantes referem que se sentem, muitas vezes, validados pelo médico quando é indicado um tratamento complementar:

“eu aprendi com o médico o negócio da babosa, ele me disse pra fazer o exame e eu disse que tava muito ruim e não podia esperar, aí ele me disse pra tomar o chá da babosa! Eles indicam chá também, aí a gente vê que não é bobagem.” (P57F, 72 anos).

Destacamos que a maioria dos participantes das rodas de conversa já estão vinculados a outros grupos que fazem uso das PIC ofertadas nos serviços de saúde, como as rodas de terapia comunitária, grupo da coluna (que tem auriculoterapia e meditação), grupo do artesanato (que tem aromaterapia e fitoterapia). Apesar disso, percebemos que parte dos participantes não tinha

conhecimento sobre as PIC ofertadas nos serviços de saúde no município ou não sabiam quais profissionais realizavam esse atendimento:

“Eu não conheço.” (P10F, 50 anos);

“Nunca ouvi falar.” (P63F, 78 anos).

Como espaço de produção de pesquisa, de conhecimento, de acolhimento e de informação, as rodas de conversa também são dispositivos para o fortalecimento das práticas entre usuários e serviços/profissionais de saúde. O interesse dos participantes pelas práticas complementares oportunizou o esclarecimento sobre as PICS: como funcionam os atendimentos, quem os realiza e onde acontecem. O grupo escutou atento, curioso sobre as alternativas e muitos procuraram os serviços e puderam experimentar as práticas e algumas comunidades pediram para conhecer mais sobre este assunto nas semanas seguintes à realização das rodas nos bairros.

O diálogo nas rodas de conversa apontou o potencial das PIC como dimensão educativa e emancipatória da educação popular. A saúde tem se desenvolvido como um campo de produção de relações com mais proximidade com as classes populares, possibilitado uma ruptura no modo autoritário de se fazer saúde e de se cuidar. Antagonista a um modelo de cuidado normativo e que desconsidera a participação dos usuários na construção de suas práticas, e educação popular em saúde é potencialmente uma indutora do desenvolvimento de novas formas de entender o adoecimento, em relação com as necessidades dos sujeitos (VASCONCELOS, 2010).

Essa concepção de cuidado em saúde, com relações mais próximas e participativas do usuário nas suas práticas de saúde, caracteriza uma grande mudança e desapego dos profissionais sobre seu poder e saberes aprendidos na academia, para o uso de conhecimento popular, que por muito tempo foi desqualificado, e passa a ser uma atitude educadora que desperta processos participativos, de respeito, de escolha e de acolhimento (TESSER, 2010).

6.6.5 Sobre as características dos processos educativos da prática de cuidar

Foi possível entender e identificar os processos educativos, que foram adquiridos e repassados para os familiares:

“Se ‘criemo’ nas colônia, e naquela época não tinha médico pra corre... daí eu

“tinha um padrinho que benzia, e daí ele disse “agora tu não ganha mais isso”, quase morri daquela dor... Aprendi tudo com os antigos!” (P42F, 81 anos);

“Minha mãe curou nós... eu tinha um tio que era homeopata, a mãe nunca levava no médico, ela levava nesse tio... ele era homeopata, tinha um livro que ele abria aquele livro, e a mãe dava remédio pra nós, aprendi muito com ele.” (P35F, 77 anos);

“Tudo que sei aprendi com a mãe e ela com a vó, e hoje ensino pros meus filhos” (P5F, 29 anos).

Com a análise das falas e práticas das participantes ressaltamos que educação é algo intrínseco à vida dos seres humanos, levando em conta que as experiências de ensino-aprendizagem podem ocorrer em qualquer lugar, desde a escola, até na rua, na igreja, na família. No nosso dia-a-dia a educação se mistura com a vida e vivenciamos momentos de ensino, aprendizagem de modos tão distintos que, às vezes, nos parece ser algo quase imperceptível e quando vemos estamos fazendo como nossos antepassados, reproduzindo e dando vida a algo que é tão nosso e ao mesmo tempo do Outro (BRANDÃO, 2007).

Os participantes relataram que ensinam os seus conhecimentos para conhecidos, vizinhos, filhos, para quem se interessar em saber:

“às vezes, vem um vizinho ou uma visita e começa a perguntar, daí as vezes, eu sei o chá pra que que é e ela me explica ou eu explico...” (P41F, 73 anos);

“Os meus filhos me ligam pra saber o que fazer com os netos, pedir receitas de chás, de coisas que eu fazia para eles, e agora eles querem fazer para os seus quando estão doente!” (P17F, 57 anos);

“A gente fala né, tem que falar, porque alguém falou pra nós.” (P1F, 68 anos);

“eu tenho uma filha de 12 anos e ela não tava dormindo direito de noite, aí eu me lembrei que a minha vó dava pra mim chá de camomila pra dormir... e eu ensinei pra ela, e hoje ela mesma vai lá na horta, pega a camomila e já traz pra dentro de casa.. ela toma 10 minutos antes de deitar e começou a dormir muito tranquilo.” (P16F, 38 anos).

A educação e o ato de ensinar também são formas de cuidado, de cuidar da história, da cultura do povo e passá-la adiante, para as futuras gerações:

Conforme ilustra Brandão, a educação: [...] ajuda a pensar tipos de homens. Mais do que isso, ela ajuda a criá-los, através de passar de uns para os outros o saber que os constitui e legitima. Mais ainda, a educação participa do processo de produção de crenças e ideias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens e poderes que, em conjunto, constroem tipos de sociedades. E esta é a sua força (BRANDÃO, 2007, p. 11).

O saber popular é um resgate identitário, motivo de reconhecimento e orgulho que transborda nas falas, nos discursos, nas trocas que o compartilhamento de mudinhas, chás e receitas possibilita:

“A minha nora vai ali em casa... e já leva a sacola de chazinho junto.” (P25F, 69 anos); “... meu filho mais velho, quando fica doente, ele me liga e pede pra eu fazer um litro de chá pra ele buscar lá em casa” (P9F, 74 anos);

“Sim, os vizinhos quando tão ruim eles vêm e pedem, a gente tem tudo que é tipo de chá.” (P42f, 81 anos).

Ao mesmo tempo em que falam sobre a transmissão do conhecimento, alguns demonstraram certa frustração ao citar que os jovens não se interessam por essas práticas alternativas, o que dificulta a transmissão desses saberes:

“mas ninguém se interessa muito, tu pede pra fazer um chá, e dizem que chá não adianta... tu diz ‘come aquilo, come aquele outro que vai fazer bem’, e eles respondem... ‘ah, vou comer carne’... poucos que seguem isso aqui ou querem aprender.” (P34M, 77 anos);

“... eu já desisti, tenho os filhos grandes pra fazer pros meus netos né... mas eles não fazem, não se interessam em aprender, não vou estar sempre aqui pra fazer por eles!” (P30F, 70 anos).

Para Vasconcelos (1995), na avaliação do profissional seria necessário considerar o impacto direto desse cuidado na biologia do corpo adoecido, e ao mesmo tempo, seu significado na totalidade da vida. O atendimento e a abordagem realizados pelo profissional, ao usuário que busca o serviço, precisam enfatizar questões socioculturais e acontecer por meio do respeito dos saberes, livre de preconceitos (SIQUEIRA et al., 2016).

Pensando nas possibilidades que se abrem para usuários e profissionais de saúde, a experiência produzida pelas rodas de conversa aproxima-se das contribuições de autores que trazem a discussão do cuidado em saúde como espaço para o acolhimento das singularidades de cada um, buscando em cada sujeito potencialidades e autonomia para pensarem sobre suas próprias vidas (WARSCHAUER, 2002; MOREIRA, 2011; MOURA; LIMA, 2014; SAMPAIO et al., 2014).

O cuidado em saúde, na perspectiva da troca intersubjetiva entre as pessoas, pelo vínculo e respeito ao Outro enquanto ser cognoscente deve encontrar espaço para sua expressão.

Pode acontecer dentro dos espaços físicos das unidades de saúde, pode aflorar na relação dialógica que as rodas de conversa possibilitam, pode se dar na troca de saberes e conhecimentos entre as pessoas.

7 PRODUTOS TÉCNICOS DIDÁTICOS

A partir do que foi vivenciado pelas pesquisadoras durante essa pesquisa e através dos movimentos de toda uma comunidade, foram desenvolvidos cinco produtos técnicos.

7.1 SABERES POPULARES: GUIA DE CHÁS DE ARARICÁ/RS

O produto SABERES POPULARES: Guia de Chás de Araricá (APÊNDICE D), foi elaborado buscando dar visibilidade e registro aos saberes da comunidade. A população participou levando os chás para as rodas de conversa, explicando sua utilidade para a saúde, falando algumas curiosidades e como prepará-los. Diante dessas falas e da transcrição, o guia foi sendo construído. Além disso, as imagens dos chás também são fotografias tiradas nas hortas das suas casas, com exceção da planta valeriana.

Desta forma, esse guia teve como finalidade apresentar uma publicação sobre as plantas, chás, especiarias, temperos mais utilizados pela população do município de Araricá/RS. O critério para a escolha das espécies que compõe o guia foi selecionar as plantas mais utilizadas ou citadas nas Rodas de Conversa e que tenham relação com o cuidado em saúde. O guia pretende, principalmente, registrar a história de saberes que ainda são compartilhados e utilizados por várias gerações dessa comunidade.

O interesse constante de conhecer outras práticas de cuidado mostra a importância de se traçar caminhos que possibilitem ferramentas naturais para a prevenção de agravos e para a melhoria da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, reforçando a escuta acolhedora, a ampliação do vínculo terapêutico e a aproximação do ser humano com o meio ambiente e a comunidade que se encontra inserido (BRASIL, 2006b), e podemos encontrar isso nas práticas de cuidado tradicionais e alternativas, assim como afirma a OMS.

Apesar de usado um conhecimento considerado não científico para a constituição desse guia, não se trata de um trabalho de senso comum ou de menor valor de conhecimento. Chassot (2018), acredita que senso comum é definido como aquele que é disseminado em todo tecido social. Já os saberes populares são aqueles relacionados com as práticas que fazem parte do cotidiano das classes destituídas de capital cultural e econômico.

O endereço eletrônico para o acesso ao guia será:

<<https://saberespopulares.weebly.com>>

7.2 DOCUMENTÁRIO: SABERES POPULARES E CUIDADOS EM SAÚDE (ARARICÁ, 2020)

A ideia da criação do filme/documentário surgiu a partir de uma conversa informal durante uma roda de conversa realizada para a pesquisa. Um dos participantes contou com orgulho sobre o trabalho que mais gostou e do quanto ele unia a população e as pessoas através da projeção dos filmes do Teixeira³, há 60 anos, na região. Além disso, trouxe na sua fala a importância do cinema para a saúde e para o cuidado das pessoas:

“Eu trabalhava com cinema, reproduzia os filmes, me sentia útil por ver as pessoas rindo, felizes, agora falta essa alegria, todo mundo fica em casa, olhando suas coisas. A maioria das doenças é na cabeça... (...).” (P52M, 81 anos).

Dessa forma, surgiu a ideia e a motivação para fazer o documentário. O filme buscou mostrar de forma audiovisual e com o protagonismo dos usuários uma parte dos resultados da pesquisa. Ilustra a Educação Popular e como esta se constitui em um movimento, como se expressa por meio de práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados e na constituição de sujeitos e atores políticos no campo da saúde. Além de produzir o registro cultural das práticas e saberes populares, o documentário busca aproximar de todos as possibilidades e feitos do diálogo entre o saber popular, o saber científico, os profissionais e as instituições de saúde daquela comunidade.

Para o documentário foi elaborada uma ficha técnica (APÊNDICE E) e destacamos que sua produção é complementar aos objetivos desse trabalho, seu roteiro seguiu as questões norteadoras das rodas de conversa. Complementarmente foram produzidas duas melodias para a trilha sonora do documentário, assim como suas partituras (APÊNDICE F) desenvolvidas pelo músico e compositor Anibaldo Arno Hoffmeister.

O endereço eletrônico para o acesso e visualização do documentário é:

< <https://www.youtube.com/watch?v=U-XWVbpTYUY> >

³ Teixeira, nome artístico de Vítor Mateus Teixeira (Rolante, 3 de março de 1927 — Porto Alegre, 4 de dezembro de 1985), foi um cantor, compositor, radialista, ator, trovador e produtor de cinema. Teixeira se tornou um ídolo à revelia da vontade do bom-gosto dominante, vendeu 25 milhões de discos, foi carregado por multidões em Pelotas (RS) e em Catolé do Rocha (PB), montou uma produtora de cinema, fez 12 filmes, excursionou pelos Estados Unidos. Teixeira é considerado um dos maiores artistas gaúchos e também é conhecido como "O Rei do Disco" pelos seus recordes de vendas e pelo número de composições (FEIX, 2019).

7.2.1 Sessão cinema

A sessão cinema será executada como ação de extensão do Programa de Extensão EDUCAÇÃO NA SAÚDE: FORMAÇÃO E TRABALHO NAS REDES DE ATENÇÃO [41558] e é um dos produtos que será desenvolvido posteriormente, pois com a pandemia da COVID-19⁴, de março de 2020, no Brasil, esse momento teve que ser adiado. Esse será um momento em que usuários e trabalhadores poderão ver a obra que criamos juntos.

O documentário será projetado no Centro Municipal de Cultura de Araricá, como uma sessão de cinema e a comunidade será convidada para assistir e prestigiar um trabalho tão lindo que foi desenvolvido em conjunto entre usuários, profissionais da saúde e gestão. Neste trabalho fomos usuários, trabalhadores e também atores.

7.3 BLOG

O blog foi um produto desenvolvido na disciplina de Atelier de Pesquisa III – Projetos em prática do mestrado profissional PPGENSAU-FAMED/UFRGS. Utilizaremos o blog como meio de divulgação dos produtos - documentário e o guia de chás - assim como para explicar objetivos da pesquisa, autores, entre outras informações.

O endereço eletrônico para o acesso ao blog é:

[<https://saberespopulares.weebly.com>](https://saberespopulares.weebly.com)

7.4 CAPÍTULO DE LIVRO

Este produto está em desenvolvimento. A concepção partiu de professoras do PPGENSAU/Mestrado Profissional ao organizar um livro (físico e/ou e-book) a partir dos trabalhos que estão sendo desenvolvidos, promovendo a interação entre

⁴ No início de 2020 ocorreu um surto de pneumonia ocasionada por uma variação do coronavírus cujo primeiro caso foi reportado em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China. O aumento do número de casos rapidamente caracterizou a infecção como um surto, de modo que, no final de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação como uma emergência em saúde pública de interesse internacional (WORLD, 2020). Até o início de agosto de 2020 a pandemia causada pelo SarsCov-2 já infectou 20 milhões de pessoas ao redor do mundo, causando a morte de mais de 700.000 delas (PETRY, 2020).

docentes/pesquisadores, estudantes de iniciação científica, mestrado e doutorado. O título do livro: A produção de redes de Integração Ensino-Saúde: Experiências de Ensino e Pesquisa está sendo produzido com abordagem dos temas de gestão da educação nas redes de saúde e seus processos políticos e técnicos, e constituição de redes e de produção de si no trabalho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Produzir conhecimento, analisar e escrever sobre processos tão singulares é sempre um desafio para quem está no serviço de saúde e ao mesmo tempo, busca seu aprimoramento profissional no espaço acadêmico. O material produzido por esse estudo torna claro o que muitas vezes está subsumido nas práticas de saúde: a importância dos saberes das pessoas, suas crenças e possibilidades nas suas práticas de cuidado. Utilizar-se de recursos convencionais para a prática em saúde (como expressão das ciências e das evidências científicas transformadas em protocolos de saúde) é permanecer em uma produção assistencialista, por vezes fragmentada e quase sempre desvinculada do cotidiano das pessoas e de seus ritmos, tempos, processos sociais, familiares e culturais.

A educação popular em saúde adquire um significado importante dentro do processo saúde-doença, pois oferece possibilidade de novos arranjos e outras respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde. Creditar práticas de saúde existentes e identitárias das comunidades, nos territórios, é conceder aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade o conforto e a força para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento.

As práticas populares de saúde e os recursos não convencionais, como explorados neste estudo (chás, plantas, receitas caseiras) são utilizados no enfrentamento de problemas de saúde, mas não se limitem aos sintomas e sinais de doenças. São percursos de produção do cuidado de si e dos outros. São marcas da inserção de si no mundo, contemplam aspectos socioculturais e devem ser considerados como relevantes ao buscar, com as pessoas, possíveis itinerários para sua produção de saúde, construindo, oportunizando e ampliando um certo cardápio de possibilidades para o enfrentamento de doenças, de agravos, mas também como assunção de sujeitos, com a abordagem de cada sujeito como um ser integral, pertencente a um processo histórico.

Muito há que ser trabalhado na formação, nas ações de educação permanente em saúde com profissionais para que o saber popular seja compreendido e valorizado e para que seja considerado acrescido de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico.

Articular PIC, educação popular em saúde e cuidado em saúde mostrou-nos um caminho aberto, uma página em branco para receber os desenhos de vida de cada um, para pensar em novas formas de produzir o cuidado, dando oportunidade de diálogo entre usuário e profissionais da saúde para que decidam em conjunto quais as possíveis formas de unir os dois saberes, sem ser por meio da desconfiança e da imposição, mas sim por meio de um diálogo

que se faz com amorosidade, com escuta, através de uma educação e um modo de aprender libertadores, pensando nas formas de cuidado possíveis.

Entendemos que essa articulação pode estimular estratégias de diálogo, de promoção do controle social, da cidadania e da diversidade cultural. Compreendemos que foram trocas de saberes dialógicas, mas para além da troca de saberes, foi uma troca que envolveu relações de cuidado, de subjetividades, de sensibilidade, trocas de histórias. Nesse percurso descobrimos que é quase impossível não sair modificado dessa experiência, pois quando se trocam saberes, se passa a (re)conhecer a comunidade, e então uma nova história vai se escrevendo e todos carregam consigo os novos saberes.

Quanto ao protagonismo dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos através de suas práticas em saúde, percebemos que eles têm buscado por novos espaços ou pela transformação do modo de fazer saúde nos espaços construídos nos serviços de saúde, aproximando as reflexões dos usuários e profissionais de saúde.

Acreditamos na potência da construção desse protagonismo e a criação de espaços virtuosos para que os usuários fortaleçam os processos de tomada de decisão sobre sua saúde, seu percurso, seu cuidado e para pensarem sobre suas trajetórias no cotidiano dos seus contextos familiares, culturais, sociais e de vida.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Novas práticas em saúde: estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. **Estudos Saúde Coletiva**. 202(1): 3-17, 2000.
- ACIOLI, S.; PEDROSA, J. I. DOS S. Os processos de produção de conhecimentos e pesquisa na educação popular e saúde. **Revista de Educação Popular**, p. 281-289, 13 jul. 2020.
- AGUIAR, J; KANAN L. A; MASIERO A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019.
- ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(1):319-25, 2011.
- ALVES, H.; WALKER, P. Educação alimentar e nutricional como prática social. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 499-508, 2013.
- ANDRADE, J. T. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. 1. ed. Salvador: **EDUFBA**, 2006.
- ARARICÁ. Prefeitura Municipal. **Araricá Hoje**. Disponível em: <<http://www.ararica.rs.gov.br/php/ararica hoje.php>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2020.
- ASTIN, J. A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. **JAMA**. 1998;279(19):1548-1553, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), vol.8, n.14, pp. 73-92, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2004.v8n14/73-92/pt/>> Acesso em: 10 de abril de 2020.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- BERKMAN, L. F. Social support, social networks, social cohesion and health. **Social work in health care**, v. 31, n. 2, p. 3-14, 2000.
- BONETTI, O. P., CHAGAS, R. A. D.; SIQUEIRA, T. C. A. educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: **II Caderno de educação popular em saúde**, pp. 16-24, 2014.
- BOOG, Maria CF. **Educação em nutrição: integrando experiências**. Campinas: Komedi, 2013.
- BOSI, M. L. M; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, 41(1),150-153, 2007.
- BRANDÃO, C.R. **O que é educação?** 49. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- BRANDÃO, C.R.; ASSUMPCÃO R. **Cultura rebelde: escritos sobre a educação popular**

ontem e agora Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 107 páginas, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CABRAL, A. L. L. V. et al. **Itinerários terapêuticos**: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4433-4442, 2011.

CAMPOS, E. P. Equipe de saúde: cuidadores sob tensão. **Epistemo-somática**. 3(2), 195-222, 2006.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. 1a reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p.13-32, 1998.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 n. 4, p. 679-84, 2006.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 30, n. 7, pp. 1502-1514, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>>. ISSN 1678-4464. Acesso em: 07 de junho de 2019.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. Dicionário de análise do discurso. **Contexto**,

2014.

CHASSOT, A. **Alfabetização científica**: questões e desafios para a educação. (1 ed. 2000, 438P.), 8 ed. p. 360, Ijuí: Unijuí, 2018.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.

CUNHA, G.T. A clínica ampliada. In: **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec. Cap. 3, p. 91-127, 2010.

DE CASTRO, H. C.; MACIEL, M. E.; MACIEL, R. A. **Comida, cultura e identidade**: conexões a partir do campo da gastronomia. *Ágora*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 18-27. ISSN 1982-6737, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/7389/5280>>. Acesso em: 01 julho de 2020.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. S. **Del médico al sanador**. 1. ed. Buenos Aires: Creavida, 2004.

DOOLEY, L. M. Case Study Research and Theory Bulding. **Advances in Developing Human Resources**, vol.4, n.3, aug. 2002.

FEIX, D. **Teixeirinha – Coração do Brasil**. Diadorim Editora, 250 p., 2019.

FERNANDES, S. L. S. A. **O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável**: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

FERREIRA D. C; SILVA G. A. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3087-3098, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M; BERTUSSI D. C, MERHY E. E. (orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 440 p, 2016.

FISCHER, R. M. B. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **Perspectiva**, [s.l.] v. 21, n. 2, p. 371-389, 2003.

FISCHLER, C. “Food, self and identity”. In: **Social Science Information**, vol. 27, n.2, june, 1988.

FLORIANO, E. A. **Identidade, memória e cultura no trato com plantas medicinais**: um possível diálogo entre saberes. Universidade do Sul de Santa Catarina. [tese]. Santa Catarina, 2016.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 4. ed. São Paulo: Moraes, 102 p, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>. 2002>.

Acesso em: 15 de maio de 2020.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 158 p, 2002.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 7 ed. Petrópolis, Rio Janeiro: Vozes, 2002.

FREIRE, P; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 224 p, 2008.

GALLO, S. Notas Deleuzianas para uma Filosofia da Educação. In: GHIRALDELLI, Paulo. **O Que é Filosofia da Educação?** Rio de Janeiro: DP&A, 1999. P. 157-184.

GARCIA, R. W. D. Alimentação e Saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: GARCIA.R. W. D.; CANESQUI, A. N.(org). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 304 p, 2005.

GARIGLIO, M. T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública** [Internet]. Scielo, SP;22:2449–63., 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIROUX, H.; SIMON, R. Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular. In: MOREIRA, Antônio Flávio; SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **Currículo, cultura e sociedade**. 10. ed. São Paulo: Cortez, p. 93- 124, 2008.

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.287-301, 2005.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**; 12 (2B): 85-95, 1978.

LACERDA, D.A.L. et al. Educação popular e controle social em saúde do trabalhador: desafios com base em uma experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1377-1388, 2014.

LEVIN, J. S; JONAS, W. B. **Tratado de medicina complementar e alternativa**. 3. ed. São

Paulo: Manole, 2001.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss, In: **Sociologia e Antropologia**, vol. 2, São Paulo: EPU/Edusp, p. 37-184, 1974.

LIMA, R. Cuidar do outro é cuidar de mim. Roteiros Cenopoéticos, 2008. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: roteiros para refletir brincando**: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

LIMA, R. S; FERREIRA NETO, J. A.; FARIAS, R. de C. P. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 507-522, 2015. ISSN 2238-913X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16072/18775>>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro, UERJ.1993. [php/demetra/article/view/16072/18775](http://demetra/article/view/16072/18775)>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**. vol.12 no.2, Rio de Janeiro, 2007.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. IN: Spink et all (Orgs). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2014.

MOREIRA, R. **Projeto Maluco Beleza**: a comunicação como dispositivo terapeutizante de (re)significação de sentido de vida, no contexto da reforma psiquiátrica. 2011. 217 f. Tese (Doutorado) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 95-103, 2014.

NERY, V. A. S.; NERY, I. G.; NERY, W. G. Educação popular em saúde: um instrumento para a construção da cidadania. **C&D - Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.114-129, jan./dez., 2012.

OLIVEIRA, M. D; OLIVEIRA, R. D. Pesquisa social e ação educativa: conhecendo a realidade para poder transformá-la. In: C. R. BRANDÃO (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliens, p. 17-33, 1983.

OLIVEIRA, M. W. et al. Processos educativos em práticas sociais: reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais. In: **REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO**, n. 32, 2009, Caxambu. Anais da 32ª Reunião Anual da ANPED. Caxambu: ANPED, 2009. p. 1-17. Acesso em: 03 de março de 2019.

PATTERSON, A. Processes, relationships, settings, products and consumers: the case for qualitative diary research. **Qualitative Market Research: an International Journal**, v. 8, n. 2, p. 142- 156, 2005.

PETRY, P.C. Epidemiologia em tempos da pandemia COVID-19. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 4, n. 1, p. 06-10, 2020.

PINHEIRO, B. C, BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, 18(1):77-82, jan./mar. 2016.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 273-284, 2015.

PMA/SMS - PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARICÁ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Araricá: SMS, 2017.

PORTUGAL, S. Para uma abordagem reticular do cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3137-3139, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARICÁ. [**Convite para roda de conversa**]. Araricá, 02 de out. 2019. Facebook: @prefeituramunicipaldeararica. Disponível em: < <https://www.facebook.com/prefeituradeararica/photos/a.2102258713329227/2382638988624530>>. Acesso em: 10 de março de 2020.

QUEIROZ, M. S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: Nascimento MC, organizador. **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec; 2006.

RIDDER, H-G. A Contribuição Teórica dos Projetos de Pesquisa de Estudo de Caso. **Pesquisa de negócios 10**: 281–305, 2017.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudos de caso**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Brasil. **Interface** (Botucatu); 18 Supl 2:1299-1312, 2014.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface** (Botucatu) vol.14 no.32 Botucatu Jan./Mar. 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-

culturais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; 15(1): 68-73, 2006.

STOTZ, E. M., DAVID, H. S. L., WONG-UN, J.A. Educação Popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Rev APS**.;8(1):90-112, 2005.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2005.

SYMON, G. Qualitative research diaries. In: CASSEL, C., SYMON, G. **Essential guide to qualitative methods in organizational research**, London: Sage, 2004.

TAFURI, D. M.; GONÇALVES JUNIOR, L. **Fundamentos teóricoconceituais da pesquisa em práticas sociais e processos educativos**. Educação Unisinos, São Leopoldo, v. 21, n. 1, p. 40-49, 2017.

TELESI JUNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142016000100099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de março de 2018.

TESSER, C. D. **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, P. 174-188, 2018.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VARGAS, E. C. de A. **Interface entre os saberes populares e científicos sobre plantas medicinais**: perspectiva da autonomia do cuidado em saúde [dissertação]. Niterói: [s.n.]; Universidade Federal Fluminense, 2017.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**. Dez-1996 Mar; 49/50: 101-6; 1995.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção á saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; p.18-30. 2007.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos

serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M.(Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo, Hucitec, 2001.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VORKAPIC, C. F.; RANGÉ B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. 7(1), p. 50-54, 2011.

WARSCHAUER, C. **A roda e o registro: uma parceria entre professor, aluno e conhecimento**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

WORLD Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): **Interim guidance** [Internet]. Geneva; 2020 Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>>. Acesso em junho de 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário (a), da pesquisa **Saberes populares e os itinerários de cuidado em saúde: um estudo de caso no município de Araricá/RS**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º – Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

A presente pesquisa tem o objetivo de conhecer e analisar as práticas em saúde realizadas por usuários, seus itinerários para o cuidado e a correspondência destas práticas com as práticas complementares propostas na PNPIC e suas relações com o cuidado em saúde.

2º – Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei de participar de uma roda de conversa a ser marcada em um horário adequado para mim e que será realizada na unidade de saúde que frequento. Esta roda de conversa será filmada e gravada e posteriormente as falas serão analisadas.

3º – Foram descritos os riscos e benefícios que poderão ser obtidos.

O benefício esperado com os resultados da pesquisa será a compreensão da importância dos saberes populares para o itinerário de cuidado em saúde, o que pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de diálogo de promoção da saúde, do controle social, da cidadania e da diversidade cultural. Espera-se que promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos individuais ou coletivos nos serviços de saúde e que sirvam de alicerce para propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações preventivas, em situações, nas quais, as doenças interfiram na qualidade de vida dos usuários.

4º - Estou ciente de que toda e qualquer participação em pesquisa acarreta risco ao participante, como constrangimentos na participação das rodas de conversa, vergonha ao falar no grupo ou sobre saberes populares. Para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e o anonimato. Ficou claro que os dados poderão ser utilizados em outros projetos, desde que devidamente aprovados por CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e que haja o meu re-consentimento.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Minha participação ou recusa ou desistência, em nenhuma situação, acarretará prejuízo para futuros ou atuais atendimentos de saúde em qualquer unidade de saúde, para mim ou para qualquer membro de minha família.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professora Fabiana Schneider Pires (pesquisadora responsável), no telefone (51) 99115 7777, com a pesquisadora Alana Hoffmeister no telefone (51) 99641 9048, na Faculdade de Medicina da UFRGS - R. Ramiro Barcelos, 2400 - Floresta, Porto Alegre - RS, 90035-002, no telefone: (51) 3308-5232 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone (51) 3308-3738.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização às pesquisadoras responsáveis pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

_____, _____, _____. (local, dia, mês)

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B - TERMO DE USO DE IMAGEM E VOZ



AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE IMAGEM, VOZ, DADOS DIGITAIS E RESPECTIVA CESSÃO DE DIREITOS (LEI nº 9.610/98)

Pelo presente instrumento particular, eu, _____, RG _____ e CPF _____, residente e domiciliado(a) na Rua/Avenida _____, por intermédio deste documento e na melhor forma de direito, AUTORIZO, de forma gratuita e sem qualquer ônus, o/a pesquisador(a) Alana Hoffmeister utilizar as imagens de trabalhos desenvolvidos, vinculados em material produzido da pesquisa **Saberes Populares e o cuidado em saúde: um estudo de caso no município de Araricá/RS**, tais como fotos, vídeos, entre outros, em todos os meios de divulgação possíveis, quer sejam na mídia impressa (livros, catálogos, revista, jornal, entre outros), televisiva (propagandas para televisão aberta e/ou fechada, vídeos, filmes, entre outros), radiofônica (programas de rádio/podcasts), escrita e falada, internet, banco de dados informatizados, multimídia, home vídeo, DVD, entre outros, e nos meios de comunicação interna, como jornal e periódicos em geral, na forma de impresso, voz e imagem. Por intermédio desta autorização, também faço a CESSÃO a título gratuito e sem qualquer ônus de todos os direitos relacionados à minha imagem corporal ou voz, bem como direitos autorais dos trabalhos, desenvolvidos, incluindo as artes e textos que poderão ser exibidos, juntamente com a imagem ou não. A presente autorização e cessão são outorgadas livres e espontaneamente, em caráter gratuito, não incorrendo a autorizada em qualquer custo ou ônus, seja a que título for, sendo que estas são firmadas em caráter irrevogável, irretratável, por prazo indeterminado, obrigando, inclusive, eventuais herdeiros e sucessores outorgantes. Por ser de minha livre e espontânea vontade esta AUTORIZAÇÃO/CESSÃO, assino este documento em duas vias de igual teor. Esta autorização está baseada na Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 e às cessões de uso de imagem, também se aplica o Código Civil (Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002), especialmente seus dispositivos sobre os Direitos de Personalidade.

Por ser de minha livre e espontânea vontade esta AUTORIZAÇÃO/CESSÃO, assino este documento em duas vias de igual teor.

_____, _____, _____, _____. (Local, dia, mês e ano)

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSA

Planejamento dos eixos norteadores

Os temas trabalhados em cada roda de conversa foram definidos a partir dos objetivos deste estudo e terão 3 eixos norteadores:

1. Educação popular em saúde;
2. Saberes populares de saúde;
3. Cuidado em saúde.

PARA COMEÇO DE CONVERSA: PREPARANDO A RODA

- Data, hora, lugar. Entrega de convites.
- Fala inicial: No primeiro momento das rodas será explicado aos participantes sobre a pesquisa e o que se pretende com ela. Depois dessa explicação poderão se sentir à vontade em assinar o TCLE, concordando ou não em participar da pesquisa. Será explicado que a ideia do encontro é conversar sobre as práticas em saúde e sobre as experiências de cada um com os cuidados de saúde. Será falado que o encontro será gravado, mediante a autorização deles, para registro desse momento possibilitando a transcrição e análise dos dados levantados. Além de dizer que caso queiram, o gravador será desligado, para que falem e que não serão prejudicados caso isso aconteça. Será dito para que fiquem à vontade para não responderem o que não quiseram e que poderão fazer perguntas ou se não entenderem alguma questão poderão ficar à vontade para questionar e esclarecê-la. Será explicado sobre a garantia de sigilo dos dados.
- Acolhida: Além disso, esse será um momento de entrosamento, de conhecer um ao outro, entender um pouquinho da história de cada um, estimular a participação de cada um por meio de falas, narrativas, contação de histórias e demais dispositivos que possam surgir ao longo da roda. Além disso, poderá ser utilizado algum dispositivo para dar início a roda.

DESENNOLAR DA RODA DE CONVERSA

Nesse momento, será explicado os temas a serem conversados e será realizado a leitura de algumas perguntas que poderão dar andamento aos diálogos.

Quadro 1: Questões norteadoras nas rodas de conversa

ROTEIRO	
1.	O que vocês entendem por cuidado? (Caso seja necessário, aprofundar no cuidado em saúde)
2.	O que vocês entendem como medicamento? Existem remédios que não são indicados pelo médico? Poderiam citar alguns deles se houver?
3.	Quais práticas vocês costumam utilizar, como forma de cuidado da saúde, que não é o medicamento farmacêutico? Poderiam citar algumas delas se houver?
4.	Quando vocês sentem algo diferente no corpo, como alguma dor, o que vocês fazem ou onde vocês vão para buscar ajuda?
5.	Como vocês se cuidam? Como as suas famílias se cuidam?
6.	O que você costuma utilizar ou fazer como forma de cuidar da sua saúde?
7.	Quais práticas vocês costumam utilizar, como forma de cuidado da saúde, que não é

o medicamento farmacêutico? Poderiam citar algumas delas se houver?	
8.	Vocês conhecem outras atividades oferecidas pelos médicos ou outros profissionais aqui no município que não seja a indicação de medicamentos ou a consulta convencional?
9.	Vocês costumam utilizar cuidados caseiros em conjunto com os cuidados oferecidos pelos médicos?
10.	Como e com quem vocês aprenderam esses cuidados? (Características dos processos educativos da prática de cuidar)
11.	Como e para quem vocês ensinam esses cuidados?

FINALIZANDO A RODA

- Falas finais: Perguntar se gostariam de dizer mais alguma coisa sobre os temas que conversamos? Gostariam de falar sobre algo que não conversamos?
- Para finalizar: Será agradecido pela participação de todos. E será combinado que assim que o trabalho estiver finalizado poderemos agendar um dia para conversarmos sobre os resultados.

APÊNDICE D – SABERES POPULARES: GUIA DE CHÁS ARARICÁ/RS



Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

SABERES POPULARES
Guia de Chás
Araricá



Alana Hoffmeister
(Coord.)

Fabiana Schneider Pires
(Coord.)

Amanda Hoffmeister
(Colab.)



UFRGS
Porto Alegre
2020

S115 Saberes populares : guia de chás : araricá / Alana Hoffmeister, Fabiana Schneider Pires (coord.) ; Amanda Hoffmeister (colab.). – Porto Alegre : UFRGS, 2020.

46 p. : il. color.

1. Chá. 2. Araricá. I. Hoffmeister, Alana (coord.). II. Pires, Fabiana Schneider (coord.). III. Hoffmeister, Amanda (colab.). IV. Título.

APÊNDICE E – FICHA TÉCNICA DO DOCUMENTÁRIO

FICHA TÉCNICA DOCUMENTÁRIO

Nome do Filme: Saberes Populares e Cuidados em Saúde

Gênero: Documentário

Duração: 00: 25: 13

Ano de Produção: 2020

Sinapse: Esse filme buscou mostrar sobre a Educação Popular e como se constitui num movimento que se expressa através de práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados e na constituição de sujeitos e atores políticos no campo da saúde. Possibilitando a aproximação e diálogo entre o saber popular, o saber científico, os profissionais e as instituições de saúde.

EQUIPE

Direção Geral:

Alana Hoffmeister

Co- diretora:

Fabiana Schneider Pires

Roteiro:

Alana Hoffmeister

Lenara Patricia Trevizani

Julia Medeiros

Fabiana Schneider Pires

Fotografia e gravação de imagens:

Alana Hoffmeister

Edição e Montagem

Julia Medeiros

Alana Hoffmeister

Música/ Trilha Sonora

(feita especialmente para o documentário)

Anibaldo Arno Hoffmeister

Participações

Alana Hoffmeister

Armelinda Dal Molin

Carla Cristina Piffer Paulus

Cecília Cristina Gomes Vitorassi

Debora Baldessini Medeiros

Denesi Lurdes de Souza

Cassilda Francisca de Borba

Anildo Borba

Família Almeida

Gilmar Dal Molin

Leontina da Silva
Nelson S. Kirsch
Patrícia Fernandes Alberto
Pauline Margarete Borges
Rochelle Ciane Born
Rosane Biscardi Tauber Vidal
Anair Adriano da Silva
Darci Manoel da Silva

Trailer

Julia Medeiros

Apoio:

Prefeitura Municipal de Araricá
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Agradecimento especial aos moradores do município que aceitaram esse desafio de se tornarem atores.

Araricá/RS - Brasil
2020

Realização:



APÊNDICE F - TRILHA SONORA DO DOCUMENTÁRIO/PARTITURAS

PÔ CHÁ VIDA

Anibal do Arno Hoffmeister

♩ = 120

Musical score for 'Pô Chá Vida' (measures 1-10). The score is written in 4/4 time with a tempo of 120 beats per minute. It features a complex rhythmic pattern with many sixteenth and thirty-second notes. Measure 8 includes a yellow highlight on a specific chord. Measure 6 has a '3' above a triplet of eighth notes, and measure 7 has a '3' above a triplet of quarter notes.

Musical score for 'Pô Chá Vida' (measures 11-20). The score continues with complex rhythmic patterns. Measure 16 has a '3' above a triplet of eighth notes. Measures 17 and 19 feature dense, multi-measure rests with complex rhythmic markings. Measure 20 ends with a double bar line and a repeat sign.

GIRASSÓIS

Anibal do Arno Hoffmeister

$\text{♩} = 120$

Musical score for measures 1 through 9. The score is written in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 4/4 time signature. It features a complex, rhythmic melody with many beamed notes and rests. Measure 1 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 2 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 3 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 4 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 5 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 6 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 7 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 8 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 9 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir".

Musical score for measures 10 through 19. The score continues the complex, rhythmic melody from the previous page. Measure 10 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 11 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 12 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 13 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 14 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 15 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 16 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 17 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 18 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir". Measure 19 includes the lyrics "Gir Gir Gir Gir Gir Gir".

20 *8va*-----

21 *8va*

22 *8va* *8va*

23 5 3

24 *8va* *8va*

25 *8va* *8va*

26 *8vb*

27 *8vb*

28 5

ANEXO 1 - TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE FOI REALIZADA A PESQUISA

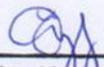
TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Elaine Maria da Silva, Secretária Municipal de Saúde de Araricá e responsável pela área da saúde do município, conheço e estou de acordo com o protocolo de pesquisa intitulada: "Saberes populares e os itinerários de cuidado em saúde: um estudo de caso no município de Araricá/RS.", desta forma AUTORIZO a sua realização. Estou ciente que ela será desenvolvida pela psicóloga Alana Hoffmeister, sob orientação da professora Dra Fabiana Schneider Pires. Conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que a pesquisadora não interferirá no fluxo normal deste Serviço.

Concordo que a pesquisa e a coleta dos dados sejam realizadas nas duas unidades de Estratégias de Saúde da Família, no período de agosto a dezembro de 2019 e que a pesquisadora também possa utilizar outros dados dos grupos da saúde já realizados no período de 2018 a 2019. A coleta será através de rodas de conversas e outras atividades que possam surgir no decorrer dos encontros com os usuários das respectivas Unidades de Saúde, após a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido por eles.

As pesquisadoras já mencionadas acima assumem o compromisso ético de proteger os participantes do estudo, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o menor prejuízo e também a garantia de privacidade dos participantes da pesquisa, protegendo suas identidades e imagens (a não ser que seja autorizado o uso por eles), assim como não utilizando as informações coletadas em prejuízo delas ou da instituição envolvida e respeitando conforme diretrizes e normas da Resolução CNS 466/12. A coleta só terá início após o parecer de aprovação do Comitê de Ética.

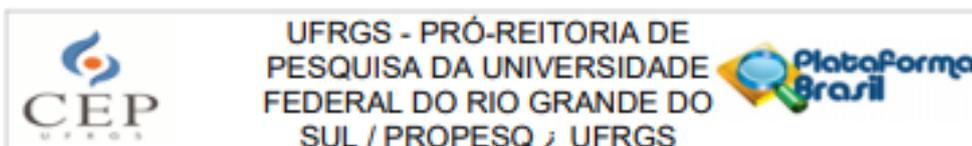
Araricá, 18 de Junho, de 2019.



Elaine Maria da Silva
Secretaria Municipal de Saúde
Araricá - RS
Mat 3717

Secretária Municipal da Saúde
Elaine Maria da Silva

ANEXO 2 – PARECER PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saberes populares e os itinerários de cuidado em saúde: um estudo de caso no município de Araricá/RS

Pesquisador: fabiana schneider pires

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17623319.6.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.510.088

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação do Mestrado Profissional de Alana Hoffmeister, orientada pela Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires (PPG Ensino na Saúde/UFRGS). Participa do projeto a Profa. Dra. Cristine Maria Warmling.

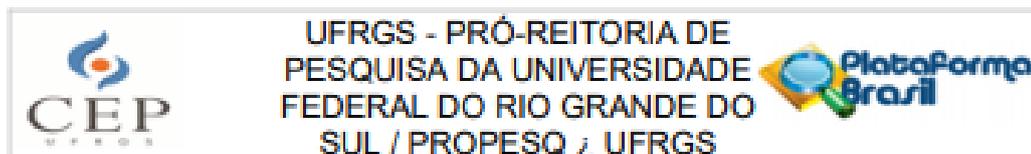
O estudo busca compreender como as práticas em saúde e os itinerários de cuidado podem se relacionar com as práticas complementares propostas na PNPIC (2015) e com os saberes populares em saúde, e de que forma podem produzir caminhos/itinerários de cuidado para os usuários.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, de abordagem qualitativa, com delineamento de uma pesquisa-intervenção.

Farão parte deste estudo em torno de 60 usuários que costumam frequentar e participar grupos de saúde nas duas unidades de saúde do município de Araricá/RS e que concordem em participar e assinar o TCLE.

Para a produção dos dados serão convidados usuários, para rodas de conversa em horário adequado para os participantes e será utilizado um roteiro para abordar as questões pertinentes

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fancupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.516.088

ao tema deste estudo e que possa ser um disparador do debate de ideias sobre o cuidado em saúde, os itinerários pela Rede de Atenção, suas crenças e saberes e como se inter-relacionam com as práticas integrativas e complementares.

Critério de Exclusão:

usuários menores de 18 anos não poderão participar da pesquisa.

O cenário de pesquisa será o município de Araricá/RS, que conta com duas Estratégias de Saúde da Família, a primeira ESF Ana Neri e a segunda UBS Maria Edith da Costa, onde serão realizadas as rodas.

Como instrumento da pesquisa serão realizadas rodas de conversa com 12 a 15 participantes nas duas unidades de saúde do município ou locais nas comunidades abordando os temas de educação popular em saúde, saberes populares de saúde e itinerários de cuidado. Estas serão gravadas (áudio e vídeo) para posterior análise dos discursos dos participantes. O material produzido será transcrito e organizado como estudo de caso.

Para a análise de dados será realizada a análise qualitativa, com base nos fundamentos da Análise do Discurso. Os dados de cada roda de conversa serão organizados como estudos de caso, o que além de prover material descritivo e narrativo, tornará possível trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto.

Cronograma: Previsão de coleta/produção de dados de setembro a dezembro/2019.

Orçamento: R\$ 1.046,00 (custeados pela pesquisadora)

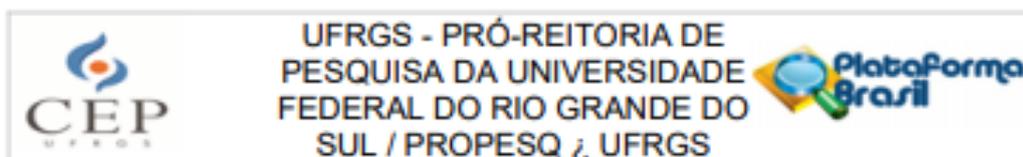
Centro coparticipante: Município de Araricá (RS)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Conhecer e analisar as práticas em saúde e os itinerários de cuidado realizados por usuários, da atenção básica, vinculados a duas unidades de saúde do modelo ESF e compreender como estas

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fariópolis **CEP:** 90.040-080
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** edica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.510.088

práticas podem se relacionar com as práticas complementares propostas na PNPIC (2015) e com os saberes populares em saúde, na produção do cuidado.

Objetivos específicos:

- a) Conhecer e descrever os saberes e práticas populares em saúde de usuários da atenção Básica de Saúde, de Araricá/RS;
- b) Compreender e descrever os itinerários de cuidado de usuários da rede de atenção primária em saúde no município de Araricá/RS;
- c) Compreender a percepção dos usuários quanto ao uso dos saberes populares em saúde no cuidado em saúde;
- d) Analisar a percepção dos usuários quanto o ensino/aprendizagem da Educação Popular em Saúde em conjunto com as Práticas Complementares em Saúde;
- e) Compreender como uso das rodas de Educação Popular em Saúde em conjunto com as Práticas Complementares em Saúde, podem ser estratégias de diálogo de promoção do controle social, a cidadania e a diversidade cultural;
- f) Identificar aspectos do protagonismo dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos através de suas práticas em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

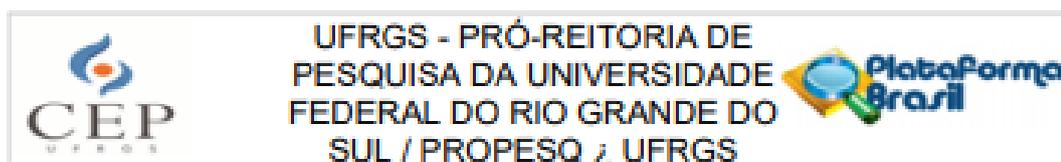
Riscos:

Esta pesquisa envolve riscos como constrangimentos na participação das rodas de conversas, vergonha ao falar no grupo ou sobre saberes populares. Por isso, assegura-se o direito do participante deixar a roda de conversa a qualquer momento, e em nenhuma situação, sua participação ou recusa ou desistência acarretará prejuízo para futuros ou atuais atendimentos de saúde em qualquer unidade de saúde, para o participante ou para qualquer membro de sua família. Todas as opiniões e saberes serão de máxima importância e valor ao estudo e nenhuma discriminação ocorrerá.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, espera-se que os resultados encontrados promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos individuais ou coletivos nos serviços de saúde e que sirvam de alicerce para propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações preventivas, em situações, nas quais, as doenças interfiram na qualidade de vida dos

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.516.088

usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver apresentação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- projeto detalhado;
- cronograma;
- orçamento;
- TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA;
- folha de rosto devidamente assinada;
- informações básicas da PB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação.

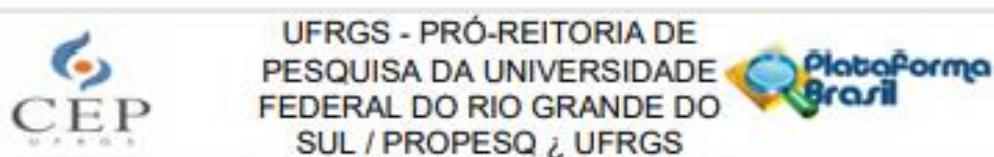
Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1398416.pdf	18/07/2019 14:00:20		Aceito
Folha de Rosto	folharostoAlana.pdf	18/07/2019 13:59:54	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoAlana.pdf	18/07/2019 11:26:04	fabiana schneider pires	Aceito
Orçamento	OrçamentoArarica.pdf	18/07/2019 02:52:42	Alana Hoffmeister	Aceito
Cronograma	cronogramaArarica.pdf	18/07/2019 02:36:54	Alana Hoffmeister	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termocoordenadorasms.pdf	17/07/2019 16:39:06	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle.pdf	17/07/2019 16:33:13	fabiana schneider pires	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima **CEP:** 90.040-080
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4665 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.510.088

Ausência:	tcle.pdf	17/07/2019 16:33:13	fabiana schneider pires	Aceito
-----------	----------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Agosto de 2019

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima **CEP:** 90.045-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** wlica@propesq.ufrgs.br