

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE EDUCAÇÃO – EDUCASAÚDE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS
EM SERVIÇOS DE SAÚDE



O SABER POPULAR
NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE

SANDRA CORRÊA DA SILVA

Orientadora: Professora Dra. Patrícia Abel Balestrin

Porto Alegre, abril de 2013.

SANDRA CORRÊA DA SILVA

**O SABER POPULAR
NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho apresentado como pré-requisito para a
conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas
em Serviços de Saúde. Parceria da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Grupo Hospitalar Conceição e
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

ORIENTADORA: PROFESSORA DRA. PATRÍCIA ABEL BALESTRIN

PORTO ALEGRE, ABRIL DE 2013.

AGRADECIMENTOS

Este, como todos os trabalhos, é fruto de um processo, de uma construção coletiva, com a qual muitas pessoas contribuíram para que se pudesse chegar até sua conclusão.

À orientadora, professora Dra. Patrícia Abel Balestrin, colega de profissão e de inquietações, pelo incentivo à minha capacitação, pelo apoio, dedicação e interesses manifestos. À professora Rosângela de Fátima Rodrigues Soares, orientadora inicial deste trabalho, que estimulou a realização do mesmo. Aos professores e tutores do curso de especialização, pela explanação de novos conhecimentos e saberes e pelas trocas de experiências efetivadas.

Aos colegas do curso de especialização, pelos momentos de convívio e pelas ricas discussões, pelas trocas de vivências e sentimentos. Aos colegas de trabalho, pelo apoio de retaguarda, pelo incentivo e entendimento pelas posturas e caminhos assumidos. Aos profissionais sujeitos deste estudo, pelo desprendimento pessoal em dividir suas experiências e percepções.

Aos meus familiares e amigos, que suportaram os fins de semana entrecortados, entendendo os momentos de ausência ou de impossibilidade de um contato mais próximo.

“É preciso simplicidade, muita simplicidade,
para aprender a acolher o saber e a vida do outro,
reconhecendo que não dispomos de um olhar consertador de vidas
e nem de receitas que digam como fazer para se viver melhor ou de outra forma.
Aliás, não há um viver melhor ou pior... há a forma como cada um vive!
É preciso simplicidade para aprender a andar no mesmo tranco que os outros,
ou às vezes, recuar ou avançar.
É necessário leveza para poder se desvencilhar das verdades prontas e acabadas,
das ortodoxias, dos saberes superiores, das dicotomias e, assim, dar espaço e trânsito
para a invenção da vida, do trabalho e das andanças.
Quando os moldes normalizam e prendem,
devemos ter a capacidade de puxar a cadeira para trás
e abrir espaço para a fluidez da criação.
Criar e inventar faz parte da produção de uma estética do existir...
estética enquanto capacidade criativa da invenção da vida,
a partir daquilo que é importante para o sujeito... sem moldes e sem receitas.
Nesses fazeres, não podemos querer andar solitos... não há um fazer solito.
Temos que andar no compasso e na cadência dos rumos e rumores,
vindos das andanças dos nossos colegas de outros campos de saberes.
São andanças que ora acontecem mais juntas, ora mais distantes,
mas nunca solitas.
E nessa toada, não podemos esquecer que além dos pontos de conexão
com os colegas de perto,
também temos que tecer pontos de nó com as demais políticas públicas,
fazendo a rede acontecer por meio do trabalho vivo,
que emerge dos movimentos da vida das pessoas,
o que requer que rompamos com as práticas estanques
e burocratizadas dos encaminhamentos,
produzindo a co-responsabilização e o compartilhamento no trabalho que operamos.
(DIELLO, 2012, p. 6).

RESUMO

Analisar algumas crenças e mitos relacionados à dinâmica da violência, suas inserções na cultura e conexões com o Saber Popular na promoção de ações de saúde era o foco inicial desta pesquisa. No entanto, a partir da coleta de dados o Saber Popular relacionado à promoção de saúde emergiu como tema principal desta investigação. Assim, o objetivo geral deste estudo ficou centrado na descrição e análise de como os profissionais da saúde percebem o Saber Popular, a partir de crenças e mitos trazidos pelos usuários em seu cotidiano de trabalho, refletindo acerca da possibilidade de construção de práticas multiprofissionais integrativas para o Programa de Residência Multiprofissional. Os objetivos específicos foram: como o Saber Popular é percebido pelos profissionais, a identificação de potencialidades e dificuldades na atuação profissional a partir da expressão dos mitos e crenças e as possíveis interferências decorrentes dos conceitos e percepções manifestos pelos profissionais da saúde na relação com os usuários. Realizou-se uma pesquisa com metodologia qualitativa, de caráter exploratório, com aplicação de questionário e a metodologia empregada foi a análise de conteúdo descrita por Bardin. Foram selecionados aleatoriamente sete profissionais, compondo uma amostra de 01 profissional para cada categoria envolvida no projeto de implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HMIPV. Na análise do material pesquisado, identificou-se uma diversidade de relatos de situações relativas ao Saber Popular, tanto no âmbito pessoal, quanto no âmbito do trabalho e diversos outros mitos foram expressos, muitos deles pertencentes ao cotidiano da prática em saúde. As categorias emergentes foram: saber popular e saber científico, saber popular e vulnerabilidade e saber popular enquanto ferramenta na prática profissional. Verificou-se que o Saber Popular é identificado como valorativo, apesar da percepção de ambivalência existente entre os diversos saberes, da pouca percepção ou manifestação dos profissionais enquanto sujeitos sociais e da

identificação de sobreposição do saber científico sobre o popular, demonstrando ainda certa hierarquização do saber.

PALAVRAS-CHAVE: saber popular, saber científico, promoção de saúde.

ABSTRACT

To analyze some beliefs and myths related to the dynamics of violence, their insertions in culture and connections to Popular Wisdom in the promotion of health activities was the initial focus of this research. However, along the data related to Popular Wisdom in promotion of health was gathered, it became the centre of this research. So, the objective of this study focused the description and analysis of the way health professionals perceive the Popular Wisdom, from myths and beliefs brought by users in their daily work, reflecting on the possibility of building multidisciplinary integrative practices to Multidisciplinary Residency Program. The specific objectives were: to know Popular Wisdom in the way professionals understand it, to identify potentialities and difficulties in professional performance from the expression of myths and beliefs and the possible interferences arising from the concepts and perceptions shown by health professionals in relation to users. A qualitative approach was conducted, using explanatory methodology, in the form of questionnaire. The methodology used was content analysis described by Bardin. The selection of seven professionals was conducted randomly, composing a sample of one professional for each category involved in the insertion in the Residency Program Integrated Multidisciplinary Health (RIMS) project of HMIPV. In the analysis of the collected material, a variety of reports relating to situations of Popular Wisdom was identified, both personal and in work scope and many other myths were expressed, many of them belonging to everyday health practice. The categories were: popular wisdom and scientific wisdom, popular wisdom and vulnerability and popular wisdom as a tool in professional practice. In analyzing the data it was found that Popular Wisdom is identified as evaluative, despite the perception of ambivalence between different wisdoms, the low perception or manifestation from professionals as social subjects and sometimes the identification of overlapping of scientific and popular knowledge, demonstrating some wisdom hierarchy.

KEYWORDS: popular wisdom, scientific wisdom, health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASSEP – Assessoria de Ensino e Pesquisa

GT – Grupo de Trabalho

RIMS – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REFERENCIAL TEÓRICO	12
1.1. Saúde e Cultura – possíveis conexões	12
1.2. O Saber Popular – Crenças e Mitos	12
1.3. Conjugando Saberes – o lugar da Formação	14
1.4. Práticas Educativas – A Educação Popular	16
2 PERCURSO METODOLÓGICO	18
2.1. A escolha do método	18
2.2. Sujeitos	19
2.3. Coleta dos dados	20
2.4. A análise dos dados	21
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICES	
APÊNDICE 01	36
APÊNDICE 02	37

INTRODUÇÃO

Este trabalho teve início em interrogações e percepções pertinentes à minha trajetória como trabalhadora em saúde pública, buscando conjugar a atuação como psicóloga na área ambulatorial e a participação no grupo de trabalho (GT) da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde¹ (RIMS) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Assim, a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde – EDUCASAÚDE, focado na temática das crenças populares e do lugar do saber popular no cotidiano dos trabalhadores da saúde, surgiu a partir da importância de “pensar e refletir” sobre as práticas multiprofissionais possíveis na construção de espaços de Educação em Saúde e a necessária articulação das práticas terapêuticas com a cultura e meio onde se situam.

O HMIPV é um hospital público, gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e, por seu perfil e missão, possui o compromisso com a saúde integral de mulheres, crianças e adolescentes, contribuindo na formulação das políticas públicas. Ao longo de sua trajetória, constituiu-se como uma instituição de referência no atendimento em contextos de vulnerabilidade, principalmente nas situações de violência sexual. Sendo um hospital público, entende-se que uma de suas atribuições é a formação de profissionais para o trabalho no SUS, já tendo a formação em Residência Médica como um marco em sua história.

Analisar algumas crenças e mitos relacionados à dinâmica da violência, suas inserções na cultura e conexões com o saber popular na promoção de ações e cuidado em saúde era o foco inicial deste projeto de trabalho, no entanto, a partir da

¹ Frente às novas propostas do Ministério da Saúde foi constituído no hospital desde 2009 um grupo de trabalho com profissionais das áreas da Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, objetivando a construção do Projeto de Residência Integrada Multidisciplinar com ênfase na saúde da criança e na saúde da mulher, priorizando assim a missão materno-infantil da instituição.

coleta de dados, outras reflexões se mostraram pertinentes e necessárias e o Saber Popular relacionado à promoção de saúde emergiu como tema principal desta investigação. O que poderia ser visto, num primeiro momento, como um problema configurou-se então como possibilidade de reflexão relacionada ao universo do fazer em saúde pública; e, buscando não “*ficar pensando na morte da bezerra*” ou “*chorar sobre o leite derramado*” a mudança de rumo se fez necessária.

Assim, o objetivo geral deste estudo ficou centrado na descrição e análise de como os profissionais da saúde percebem o Saber Popular – a partir de algumas crenças e mitos trazidos pelos usuários em seu cotidiano de trabalho –, refletindo acerca da possibilidade de construção de práticas multiprofissionais integrativas para o Programa de Residência Multiprofissional. A fim de que o tema pudesse ser abordado de forma relevante e com maior profundidade alguns questionamentos nortearam esta investigação, entre eles: existe a possibilidade de conjugar os saberes populares (identificados pelos profissionais) com o cuidado em saúde?, e também, será possível utilizar o Saber Popular como instrumento pedagógico no cuidado e atenção às questões da saúde? Deste modo, os objetivos específicos da pesquisa voltaram-se para a descrição e análise das formas como o Saber Popular é significado pelos profissionais, bem como para a identificação de potencialidades e dificuldades na atuação profissional a partir da expressão destes saberes e as possíveis interferências decorrentes das percepções e conceitos manifestos pelos profissionais da saúde na relação com os usuários. Buscou-se, então, compreender se o Saber Popular: é (ou pode ser) utilizado como um instrumento de vinculação com os usuários e se o Saber Popular tem representação valorativa no campo da saúde.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 SAÚDE E CULTURA - POSSÍVEIS CONEXÕES

Entende-se que as experiências de saúde e doença são atravessadas por significados socialmente construídos e, desta forma, não podem ser desvinculadas das estruturas sociais mais abrangentes que permeiam as sociedades. Segundo Costa e Gualda (2010) fatos culturais estão na gênese da relação entre os fatores ambientais e os equilíbrios corporais onde o corpo representa a interface entre o natural e o social. Numa visão antropológica, a saúde não é vista somente como consequência de fatores sociais e econômicos, mas como “um produto culturalmente determinado” (Caprara apud COSTA e GUALDA, 2010, p. 926). Já Good (apud COSTA e GUALDA, 2010) afirma que a cultura é entendida como um conjunto de ideias, conceitos, regras e comportamentos compartilhados em um determinado grupo e que organiza a experiência da saúde e da doença nas distintas sociedades.

Desta forma, compreende-se que as ações efetuadas na área da saúde têm conexão direta com o que se apresenta na cultura e meios mais próximos. Nesse sentido, a cultura deve ser compreendida como uma rede de significados que incluem conflitos e relações de poder presentes nas sociedades, apresentadas através de uma construção simbólica do mundo sempre em transformação, onde os atores sociais escrevem e reescrevem o texto cultural, inseridos em determinado contexto, dentro do qual interpretam, organizam e dão sentido à sua existência (COSTA e GUALDA, 2010).

1.2 O SABER POPULAR – CRENÇAS E MITOS

No contexto desta pesquisa, Saber Popular (ou conhecimento leigo, de senso comum) refere-se à forma como os indivíduos constroem significados a partir das experiências referenciadas pela ordem social e cultural, em busca de explicações

que deem sentido aos acontecimentos; inter-relacionando as diferentes dimensões da vida através da integração de aspectos naturais, mágico-religiosos, sociopolíticos (entre outros) a fim de reconstruir continuamente os saberes numa ação reflexiva (SILVA, 2011). O saber popular relaciona-se, então, com a experiência empírica, obtida através da vivência, dos aconselhamentos de amigos ou familiares, na busca de adaptação do conhecimento científico (BARBOSA, 2004).

Segundo Barbosa (2004) também na área da saúde as práticas populares são identificadas, tendo em vista que as crenças e mitos podem culminar em ações inibidoras ou estimuladoras de determinados comportamentos, de acordo com as experiências vividas e adquiridas; fazendo com que os indivíduos procurem formas de tratamento e prevenção de doenças diferentes daquelas que são adotadas na medicina convencional. Coloca ainda esse autor que as motivações que levam as pessoas a adotarem métodos não convencionais podem ser variadas, independentes de aspectos sociais “pois mesmo em centros urbanos adiantados persistem crenças, credices, tabus e preconceitos” em indivíduos de todas as classes sociais e de diferentes escolaridades (BARBOSA, 2004, p.715).

Azevedo e Guerra (2004, p.28) indicam que mitos “são crenças resistentes e evidências empíricas cuja manutenção se explica pelo desconhecimento, ignorância ou interesses ideologicamente camuflados”, e que, no caso das situações de violência, precisam ser identificados e classificados como: *gerais*, produzidos a partir de posicionamentos históricos e culturais como, por exemplo, o mito da maldade da infância e da bondade dos pais e ainda como *específicos*, onde uma série de falsas crenças objetiva acobertar as situações de violência física e sexual como, por exemplo, o uso da força física na prática educativa.

A busca de ações conectadas com o Saber Popular e com as crenças e mitos trazidos e percebidos nas falas e vivências dos usuários mostra-se pertinente à Política Nacional de Humanização do SUS – HUMANIZASUS (BRASIL, 2004), sendo necessário apontar o crescimento gradativo e significativo de programas envolvendo a humanização da assistência à saúde, onde o cuidado respeitoso e individualizado se relaciona com o cliente e onde a autonomia e o protagonismo dos sujeitos são valorizados. O ato de humanizar, preconizado pelo sistema, pode ser entendido como o reconhecimento das pessoas, que buscam no serviço de saúde a

resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos (SIQUEIRA et al, 2006).

Segundo Valla (1996, p.179):

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente.

Desta forma, as crenças populares podem ser entendidas, enquanto padrões culturais de uma realidade social, como instrumentos colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença (SIQUEIRA et al, 2006).

1.3 CONJUGANDO SABERES - O LUGAR DA FORMAÇÃO

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), na descrição dos objetivos e atribuições do SUS, indica que a assistência às pessoas deve dar-se a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo integrada às ações assistenciais e preventivas. Ressalta-se a importância da identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, incluindo, ainda, como campo de atuação – e, portanto, de atenção do SUS – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Conjugador tais objetivos e atribuições implica refletir sobre nossas percepções e princípios, a fim de que possamos atuar de forma integrada na assistência e desenvolver ações de Educação Permanente em nosso cotidiano de trabalho.

Conforme Ceccim (2004, p.49), a Educação Permanente “entende que o cenário de prática informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”, propondo que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica acerca do fazer dos profissionais, dentro da realidade das ações da rede de serviços, promovendo e produzindo sentidos a partir dos pressupostos da aprendizagem significativa. Dessa forma, a qualificação dos profissionais da saúde deve ser estruturada a partir da problematização do próprio processo de trabalho, configurando-se enquanto um processo, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Ceccim (2005) nos coloca ainda que a identificação e o contato com o desconforto experimentado no cotidiano do trabalho, a partir da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é

insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios, são algumas das condições indispensáveis para que se possa mudar ou incorporar novos elementos à prática.

Merhy (apud CECCIM, 2004) indica que o objeto da saúde não é *objetificável*, não pode ser reificado e que as tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações, promovendo processos de subjetivação e indo além de práticas e saberes tecnológicos estruturados. O autor afirma que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e, coletivamente, reorganizar o seu processo de trabalho.

É importante considerar que, assim como o professor escolhe a forma como vai apresentar o conteúdo aos alunos, também nós, profissionais de saúde, elegemos as mais diversas dinâmicas e metodologias para efetivar as ações de cuidado. Esse processo se dá permeado de escolhas (e seleções) onde “de acordo com a formação de cada um, a sua história de vida e as suas vivências de cada dia, uma leitura do outro é feita, não necessariamente de tudo o que o outro fala, mas daquilo que mais chama atenção, daquilo que mais interessa.” (VALLA, 1996, p.180).

Podemos caracterizar a atenção à saúde como um trabalho de escuta, onde a interação entre o profissional de saúde e o usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial (CECCIM, 2004) e onde visualizar o indivíduo de forma diferenciada daquela preconizada no modelo convencional ou mecanicista permite ao profissional de saúde o desempenho de uma assistência com abordagem integral ao ser humano (SIQUEIRA et al, 2006).

Nesse sentido, Ceccim (2004) acentua que a formação em saúde engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS considerando que a área da saúde deveria objetivar a promoção do acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. O trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria apoiar os usuários para que ampliassem a capacidade de se pensar em um contexto social e cultural. Tal processo poderia dar-se nos momentos tanto das práticas clínicas, quanto das

ações de saúde coletiva com o objetivo de proporcionar a ampliação da autonomia e a capacidade de intervenção dos indivíduos sobre as suas próprias vidas.

1.4 PRÁTICAS EDUCATIVAS – A EDUCAÇÃO POPULAR

No Caderno de Educação Popular e Saúde, editado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.1) já em sua Apresentação se assinala que “a Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS” e que as verdadeiras práticas educativas somente tem lugar entre sujeitos sociais, devendo estar presentes nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna. Tal publicação ressalta também que colocar a educação popular como uma estratégia política e metodológica permite que se trabalhe na perspectiva da integralidade de saberes e práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes e com tecnologias que se colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito ao outro.

De acordo com Pedrosa (2007), a Educação Popular apresenta-se como um dispositivo de reflexão social e de crítica das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e de ideologias naturalizadas. Essa abordagem favorece a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social e possibilita a produção de sentidos para a vida, engendrando a vontade de agir em direção às mudanças julgadas necessárias, “proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade” (p.16).

Pedrosa (2007) nos coloca ainda que a Educação Popular na Saúde implica em atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, projetando caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos, construindo cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação. Vasconcelos (2007), por sua vez, aponta que educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população.

A Educação Popular contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometer-se com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais, o que implica na aproximação entre agentes formais de saúde e população e o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro, representados através do cuidado (PEDROSA, 2007).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 A ESCOLHA DO MÉTODO

A fim de investigar os problemas propostos, optou-se por realizar uma pesquisa com metodologia prioritariamente qualitativa, de caráter exploratório, através da aplicação de questionário, abrindo maiores possibilidades de aprofundamento no assunto a ser pesquisado (uma vez que apenas alguns dados foram avaliados de forma quantitativa). A opção pela pesquisa exploratória foi realizada por estar de acordo com o objeto de estudo deste trabalho, que teve como “finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias” visando à formulação de problemas ou hipóteses pesquisáveis em outros estudos (GIL, 1995, p. 44).

E ainda, segundo nos refere Chizzotti (1998, p. 89):

a finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, onde pesquisador e pesquisados assumem, voluntariamente, uma posição reativa.

A escolha da metodologia estava diretamente relacionada aos objetivos deste trabalho onde a necessidade de repensar práticas e buscar a construção de um fazer multiprofissional torna-se fundamental na implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, através do Parecer nº 148.998.

2.2 SUJEITOS

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, considera-se que o número de sujeitos pesquisados foi suficiente: sete (07), pertencentes às áreas de atuação ligadas à implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HMIPV. São elas: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Tendo em vista que o presente trabalho foi realizado a partir da aplicação de questionários com profissionais da própria instituição, ou seja – profissionais enquanto colegas de trabalho –, na análise dos dados optou-se por não referenciar as categorias profissionais dos sujeitos e, ainda, selecionar apenas profissionais do sexo feminino como participantes na pesquisa.

O universo de profissionais do HMIPV não é diferente do que é observado e descrito em outros locais, onde o número de profissionais do sexo feminino se configura em maior quantidade nas diversas atividades profissionais da saúde. Meyer (2004) ressalta o investimento empreendido, desde o final dos anos 80, na discussão da divisão sexual do trabalho em saúde, especialmente nas profissões voltadas para o cuidado e Pastore (2008) significa o campo de trabalho da área da saúde como um lugar de concentração de trabalho feminino.

Tal fator contribuiu para que a questão do sexo fosse considerada na definição quanto aos sujeitos participantes da pesquisa, visando à garantia da confidencialidade dos dados. Tendo em vista que somente um profissional de cada área participaria do estudo e como, em algumas categorias profissionais, existia apenas um trabalhador do sexo masculino naquela atividade, caso este fosse sorteado, teria seus dados identificados automaticamente. Assim, a decisão de centrar o estudo com profissionais do sexo feminino se fez necessária.

Definida esta questão, os sujeitos foram selecionados aleatoriamente, através de sorteio, compondo uma amostra de 01 profissional para cada categoria envolvida no projeto da RIMS. Por fim é importante registrar que a inclusão das profissionais estava condicionada à aceitação de participação na pesquisa, expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 01), o que é fundamental na prática de pesquisa com seres humanos, conforme orienta a Resolução nº 196. (BRASIL, 1996).

A faixa etária das entrevistadas está compreendida entre 41 e 56 anos (média de 47,5 anos), constituindo-se de profissionais com tempo de atuação profissional² entre 16 a 39 anos (média de 24 anos) e com inserção no hospital pesquisado de 2 a 10 anos de atividade (média de 7,4 anos). A seguir apresento um quadro que sintetiza os dados de identificação e tempo de atuação profissional dos sujeitos pesquisados:

SUJEITOS (S)	IDADES	TEMPO DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NO HMIPV
1	56	39	10
2	41	16	04
3	48	26	02
4	46	23	10
5	42	16	06
6	53	Ignorado	10
7	47	24	10
MÉDIA	47,5	24	7,4

2.3 COLETA DOS DADOS

O contato com os profissionais das diferentes áreas foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, num primeiro momento identificando quais profissionais se disponibilizariam a participar no estudo. Foi esclarecido, antes da escolha das participantes, que o uso do material de pesquisa seria sigiloso e que se destinaria exclusivamente à aplicação no presente estudo e que, na divulgação dos resultados do mesmo, os dados pessoais de cada entrevistada seriam omitidos, preservando o sigilo das informações. A partir da indicação das profissionais de possibilidade de inclusão no estudo, levando-se em consideração também o período de férias das diversas trabalhadoras, o sorteio das participantes foi realizado com a presença de colegas de diferentes áreas de atuação, comprovando a lisura do processo.

A coleta de dados se deu através do preenchimento de questionários que foram entregues em envelope fechado, pela pesquisadora, às participantes selecionadas para a pesquisa, estipulando o prazo de quinze dias para o preenchimento dos mesmos e devolução. O questionário constituía-se de um roteiro pré-determinado (APÊNDICE 02) que segundo Chizzotti (1998, p. 92) buscava

² Uma das entrevistadas não respondeu o item - tempo de atuação, sendo considerado como ignorado. Desta forma, a média registrada neste item está influenciada por esse fator.

“colher informações baseadas no livre discurso do entrevistado”, de forma não diretiva.

As participantes consideraram importante o tema proposto pela pesquisa e demonstraram interesse em ter conhecimento dos resultados da mesma. Assim, foi informado que o grupo de profissionais vinculados ao curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde entendia a importância de compartilhar o resultado dos diversos trabalhos produzidos no âmbito desse curso com os demais profissionais do hospital, propondo, para a Direção e Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP) do HMIPV, a divulgação dos trabalhos apresentados. Além disso, com a conclusão da pesquisa, faz-se necessária a entrega de Relatório ao Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, tornando pública a veiculação deste estudo no próprio hospital.

2.4 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos a partir dos questionários foi realizada através do processo de análise de conteúdo, configurado como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1991, p. 31). O objetivo da análise foi, conforme Chizzotti (1998, p. 98) “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

A análise de dados qualitativos envolveu a busca de padrões entre as informações apresentadas pelos sujeitos, através de um processo de síntese, para organizá-los em busca de relevância, permitindo, então, que fossem apreendidos (KUDE, 1997). Nesse processo, foram elencados alguns eixos de discussão, obtidos a partir da categorização e da análise dos dados, destacando-se entre eles: saber popular e saber científico; saber popular e vulnerabilidade; saber popular como estratégia para a prática profissional.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a minuciosa leitura do material obtido através dos questionários, foi possível categorizar os dados primeiramente sob um aspecto geral, que engloba a discussão sobre a totalidade de questionários respondidos; para em seguida, discorrer sobre categorias específicas, formadas a partir das questões relevantes que emergiram na análise do texto. Somente a partir disto se tornou possível a reflexão sobre os dados, permitindo assim, que se pudesse buscar conclusões, ligações, semelhanças, diferenças e dificuldades existentes na construção de práticas multiprofissionais no âmbito da saúde.

Considerando os sete questionários preenchidos, identificou-se, a partir da primeira pergunta do questionário – “Como você entende o termo ‘saber popular?’” – que este é de conhecimento da totalidade das profissionais pesquisadas. Em suas respostas, as participantes³ indicam que o saber popular está associado ao conhecimento “*transmitido entre gerações*” (S1;S4;S6), retratando-o como “*sendo a cultura trazida pelo povo através de suas crenças e tradições*” (S3) ou ainda como “*um conhecimento empírico, formado a partir das observações da vida cotidiana*” (S7); “*um saber que passa para as experiências vivenciadas*” (S5), “*sem seguir doutrinas, regramentos, não é científico*” (S2), baseado no “*conjunto de ideias e crenças tradicionais do povo sobre os fenômenos da natureza e humanos [...] que ajudam a interpretar os acontecimentos e pautar os comportamentos*” (S6). Tais dados confirmam a percepção de Costa e Gualda (2010) ao indicar que as ações efetuadas na área da saúde tem conexão direta com o que se apresenta na cultura e que esta deve ser compreendida como uma rede de significados conflitantes e representativos das relações de poder existentes na sociedade.

³ Ao longo da análise, a indicação de citações das profissionais pesquisadas será representada, entre parênteses, pela letra S(sujeito), seguida pelo número correspondente ao designado para cada participante no estudo.

Junges (2011, p.4328) aponta que a cultura interfere diretamente nos processos de saúde e doença e as representações dos usuários sobre o modo de enfrentar esse processo são essenciais para as práticas de cuidado, sendo necessário que os profissionais estejam atentos aos usos e costumes culturais das comunidades atendidas. Esse procedimento requer mudanças na escuta e na acolhida dos saberes populares por parte destes profissionais, possibilitando trocas de conhecimento em busca de uma saúde integral, ressaltando a importância de “entender como os profissionais reagem frente ao aparecimento de saberes que não são validados pelo conhecimento científico”.

O conceito de “saber popular” manifesto pelas pesquisadas trouxe à tona a percepção do conhecimento empírico, adquirido no dia-a-dia, apoiado na construção de significados obtidos a partir das experiências vividas, onde cada indivíduo compreende as situações a sua maneira, através de tentativas e erros, baseando-se também na passagem de informações apreendidas ao longo de gerações, originando aprendizado e conclusões nesse processo (BARBOSA, 2004; SILVA, 2011).

Silva (2011) ressalta que o saber popular, na relação saúde-doença, é construído a partir da integração da experiência, onde o que é vivido configura-se como um meio de conhecimento, indicando que sua principal função é encontrar explicações sociais contextualizadas para a doença; enquanto Barbosa (2004, p.715) aponta que o conjunto destes saberes e práticas se encontra pautado “na vivência, na experimentação e na avaliação do sucesso ou insucesso destes recursos”, indicando ainda que as “práticas de saúde conseguem sobreviver mesmo diante da sua rejeição pela ciência e pela medicina oficial porque de certa forma respondem às necessidades e expectativas da população”, o que se viu confirmado pela análise da questão: “Você pode descrever alguma situação vivida onde algum destes mitos/crenças se apresentou em sua vida?”, exemplificados a partir das falas: “*após nascimento mãe não amamentou porque ficou com ‘figo’, isto é, fissura do mamilo*” (S1); “*mulher usou um WC sujo por isso teve muita secreção vaginal com prurido, referindo-se a gonorreia*” (S1).

Também a partir desta questão uma diversidade de relatos de situações foi referida, tanto no âmbito pessoal, quanto no âmbito do trabalho e diversos outros mitos foram expressos pelas entrevistadas, muitos deles pertencentes ao cotidiano

da prática em saúde, motivando assim a escolha pela ênfase deste trabalho: o saber popular relacionado à promoção de saúde. Exemplifico a riqueza dos dados através dos seguintes recortes: *“uma amiga viu o marido de outra na noite acompanhado de uma mulher, depois de contar para a amiga o que viu a amizade das duas acabou”* (S2 – fazendo referência à crença popular de que em briga de marido e mulher não se mete a colher); *“um raio não cai duas vezes no mesmo lugar”* (S4); *“mãe relatou que perdeu o filho com o ‘mal de sete dias’ referindo-se ao tétano”* (S1); *“bala com papel não tem graça (referência ao uso da camisinha)”* (S4); *“paciente gestante que, na expectativa de ter uma menina, fez enxoval cor de rosa; após confirmação de que o bebê é do sexo masculino, vai a loja trocar as roupas para azul”* (S6) e *“o mito azul é coisa de menino, rosa é coisa de menina aparece bastante”* (S7).

A questão proposta no roteiro do questionário através da tabela onde foi perguntado se os mitos ou crenças eram conhecidos pelo indivíduo não foi considerada para fins de categorização, tendo em vista que todas as profissionais pesquisadas apontaram conhecer os mitos/crenças populares listados na tabela apresentada.

As duas últimas perguntas do questionário: questão 4 – “Você avalia que estes saberes populares (crenças e mitos) podem ter implicações e estar conectados com a sua prática profissional?” e questão 5 – “Você acha possível utilizar o saber popular em sua prática profissional? De que forma(s)?”, tratavam das implicações que as crenças e mitos podem ter na prática profissional e a possibilidade do saber popular ser utilizado enquanto ferramenta nessa prática. Na análise do material pesquisado, percebeu-se que tais questões se constituíram como parte fundamental das categorias emergentes: saber popular e saber científico, saber popular e vulnerabilidade e saber popular enquanto ferramenta na prática profissional, dando visibilidade à discussão dos dados a seguir descritos.

CATEGORIA – SABER POPULAR E SABER CIENTÍFICO

Esta investigação estava centrada nas crenças e mitos (saber popular) conhecidos pelos diversos profissionais, sem que o saber científico tivesse sido mencionado no instrumento de pesquisa. Porém, mesmo de forma indireta, todas as profissionais pesquisadas abordaram ambos os saberes, trazendo e tecendo conexões entre eles, conforme demonstrado nas falas: *“vem da vivência, do dia-a-*

dia das pessoas, sem seguir doutrinas, regramentos, não é científico” (S2); “entender e respeitar a cultura do paciente e demonstrar que o seu saber popular oferece mais clareza da realidade e o nosso saber científico pode trazer respostas para as suas curiosidades” (S7); “a reprodução destes mitos sem críticas é bem visível, e nosso trabalho também perpassa em desconstruir mitos que não trazem resultados de inclusão ou expressão de preconceitos” (S5).

Leonello e Oliveira (2009, p.919) colocam que o termo senso comum tem sua origem na filosofia, relacionado, de maneira geral, aos conhecimentos e saberes do cotidiano, voltados para estas vivências, sendo um saber construído no cotidiano que não é legitimado socialmente, enquanto que o saber científico é expresso através do saber profissional que “tem legitimidade perante a sociedade como um saber válido e que deve ser difundido”. Os autores afirmam ainda que, na história das práticas educativas em saúde no Brasil, observou-se a valorização do saber científico, contribuindo para uma atenção mais voltada para as demandas dos serviços e de seus profissionais, em detrimento do saber popular e das necessidades dos sujeitos assistidos.

Silva (2011) ressalta que o saber leigo pode ser considerado como oposto ao conhecimento científico, indicando que este conhecimento se relaciona com a forma como os sujeitos constroem significados a partir da experiência, baseados na ordem social e cultural na busca de explicações que forneçam sentido aos acontecimentos, inter-relacionando as diferentes dimensões da vida enquanto que o conhecimento científico enfatiza a ruptura epistemológica entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico, tomando este como a única forma de conhecimento válida, separando o sujeito conhecedor do objeto de conhecimento. Rios (2007, p.503), por sua vez, enfatiza que “o saber científico deve-se fazer entendido pelo saber popular”, destacando a contribuição do senso comum no avanço da ciência, a partir de dificuldades enfrentadas pelas pessoas no dia-a-dia.

A análise dos dados trouxe à tona parte da ambivalência existente entre os diversos saberes e, de forma semelhante ao estudo de Junges (2011), foram constatadas divergências sobre como lidar e acolher (ou não) os saberes populares. A relação entre o saber popular e o saber científico configurou-se como um eixo de discussão, verificando-se:

- 1) o reconhecimento e valorização do saber popular através das falas: *“necessitamos entender corretamente o que o paciente quer nos dizer para poder orientá-lo”* (S1); *“crenças e mitos são muito fortes no nosso dia-a-dia profissional”* (S4);
- 2) a necessidade de mudança de paradigmas por parte do sujeito, interpretada como uma sobreposição do saber científico sobre o popular (JUNGES, 2011), indicada através da necessidade de *“desmistificar estes saberes para obter a adesão ao tratamento”* (S7), ou ainda, pela inadequação do saber leigo, manifesta nas percepções: *“algumas pessoas levam muito a sério estes saberes, [...] acreditar que o raio não cai duas vezes no mesmo lugar pode fazer com que os pais que tiveram um filho com alguma deficiência, evitem a investigação nos demais filhos ou deixem de procurar tratamento adequado por acreditarem que pau que nasce torto, morre torto”* (S2) e, finalmente,
- 3) a possibilidade de integração entre ambos os saberes, indicada através da percepção de uma profissional: *“como profissional também sou ‘atravessada’ por tais crenças [...] procuro escutar esses ‘saberes’, que fazem parte do seu modo de sentir, pensar e agir, com implicações nos cuidados com a saúde”* (S6). Nessa fala, identifica-se um deslocamento importante da hierarquia e dicotomia entre os diferentes saberes, abrindo espaço para uma possibilidade de conjugar e se deixar atravessar por esses saberes.

CATEGORIA – SABER POPULAR E VULNERABILIDADE

Outro eixo que se mostrou presente a partir do material coletado nos questionários relaciona-se à identificação do saber popular e sua conexão com a condição de vulnerabilidade ou desconhecimento do usuário, expressa, através dos recortes: *“como trabalho com famílias com padrões culturais provenientes de camadas empobrecidas e com pouco ou nenhum estudo, a reprodução destes mitos sem críticas é bem visível”* (S5); *“é importante escutar o que este saber popular está representando na vida das pessoas [...] e ressignificá-los, quando este saber popular está implicando em riscos”* (S4); *“nosso trabalho também perpassa em desconstruir*

mitos que não trazem resultados de inclusão ou expressão de preconceitos, que reproduzem ou reforçam a violência”(S5).

Identifico essa categorização como uma relação de tolerância do saber científico em relação ao saber popular, semelhante ao que foi descrito por Junges (2011, p. 4329) ao apontar que “a sobreposição de saberes científicos é identificada quando os profissionais não compreendem o quanto estas representações socioculturais são sugestivas [...] acabam por não entender o porquê da resistência da adequação a um tratamento” e ainda que “a tolerância é vista como uma forma de engajar a pessoa no tratamento proposto, contudo essas representações do usuário não fazem sentido para estes profissionais” (JUNGES, 2011, p. 4330).

Ao tolerar não se rompe com a hierarquia entre os saberes, pelo contrário, nessa configuração mantém-se a relação de poder estabelecida entre os saberes, podendo, inclusive, contribuir para a própria vulnerabilidade identificada, que se manifesta também pela pouca percepção ou expressão e identificação dos profissionais enquanto sujeitos sociais, indicada de forma clara por somente uma profissional: *“também sou ‘atravessada’ por tais crenças. Tenho, portanto, o dever de manter a autocrítica para não impor valores pessoais aos pacientes e familiares e colegas de trabalho”* (S6).

Conforme aponta Valla (1996, p.180) também nós, profissionais de saúde, elegemos as mais diversas dinâmicas e metodologias para efetivar as ações de cuidado e esse processo está permeado de escolhas (e seleções) onde “de acordo com a formação de cada um, a sua história de vida e as suas vivências de cada dia, uma leitura do outro é feita, não necessariamente de tudo o que o outro fala, mas daquilo que mais chama atenção, daquilo que mais interessa”.

CATEGORIA – SABER POPULAR COMO ESTRATÉGIA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A relação entre o saber popular e a prática profissional configurou-se como outra categoria emergente onde o saber popular é identificado como valorativo e também como uma possível ferramenta de aproximação com os usuários, percebida através dos recortes: *“partindo dele (pois é o saber que o sujeito conhece) para com a reflexão e as novas experiências ir ampliando os horizontes do sujeito para novos saberes”* (S5); *“considero ser importante escutar com atenção o que é trazido*

respeitando-se, desta forma, a bagagem cultural e emocional do individuo, o que contribui, significativamente, para a eficácia dos técnicos e práticas profissionais implementadas” (S3); “aproveitando os dados fornecidos pelo paciente e ter maior amplitude na solução de problemas” (S1).

No entanto, verifica-se ainda uma hierarquização do saber, onde o saber científico ocupa um espaço de maior valorização, expressa nas falas: *“penso que é necessário desmistificar a questão tendo em vista interferir diretamente na saúde” (S3); “em alguns casos para mostrar as incoerências e desmistificar. E em outros casos, caso alguma crença possa ajudar no tratamento e nas orientações dadas ao paciente, utilizá-las como recurso para o atendimento” (S2); “importante é escutar o que este saber popular está representando na vida das pessoas/pacientes/usuários e ressignificá-los, quando este saber popular está implicando em ‘riscos’ ou, valorizá-los, incentivá-los, quando está auxiliando no processo de transformação positivas” (S4).*

Conforme apontam Leonello e Oliveira (2009), a hierarquização entre os saberes contribui para o desenvolvimento de uma postura onipotente do profissional de saúde, indicando ainda que, para a Educação Popular, esta postura diante do usuário, faz com que o profissional não se sinta comprometido com os sujeitos do cuidado, distanciando-se cada vez mais deles. Também neste aspecto Campos (apud CECCIM, 2004, p.43) ressalta que o trabalho das equipes e organizações de saúde deve apoiar os usuários na ampliação de sua capacidade de pensar, embasados nos contextos social e cultural, defendendo que “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas”.

Leonello e Oliveira (2009, p. 919) indicam ainda, ao considerar o reconhecimento de diferentes saberes, principalmente o de senso comum, a incompletude do saber profissional “pois se mantém em constante construção e necessita ser permanentemente revisto, contextualizado, confrontado e aproximado a outros saberes” a fim de transformar-se em conhecimento útil, o que foi confirmado, a partir da expressão de algumas profissionais pesquisadas, aqui registradas: *“demonstrar que o seu saber popular oferece mais clareza da realidade e o nosso saber científico pode trazer respostas para as suas curiosidades” (S7);*

“tentando aproximar o saber científico do saber popular, elaborando uma construção compartilhada do conhecimento” (S7). Assim, estabelecer o Saber Popular como uma ferramenta de cuidado constitui-se, na prática, como um grande desafio, onde a articulação dos saberes é determinante na concretização do cuidado em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível refletir sobre a relação estabelecida entre o Saber Popular e a prática de profissionais de um hospital público, tendo como base o compartilhamento de experiências de sete profissionais de áreas envolvidas na construção da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde.

O questionamento inicial deste estudo buscava entender se o Saber Popular se configura como uma ferramenta de vinculação com os usuários e como uma possibilidade pedagógica na construção de práticas multiprofissionais pelos profissionais da saúde. Neste enfoque, foi possível tecer algumas considerações acerca da construção de práticas multiprofissionais integradas com o Saber Popular, sendo identificada parte das dificuldades que interferem e estão envolvidas nesta relação, assim como as potencialidades presentes no cotidiano dos cuidados em saúde.

Cabe assinalar que este estudo (por ter uma amostra reduzida de sujeitos e visando garantir a confidencialidade dos dados) foi realizado somente com profissionais do sexo feminino, abrindo espaço para que a investigação do mesmo tema possa ser considerada tanto com uma amostra mais ampla de sujeitos, incluindo outras categorias profissionais da saúde, ou ainda abordando a relação da temática de gênero enquanto relativa aos dados aqui apresentados.

A partir de uma diversidade de relatos de situações compartilhados pelas profissionais pesquisadas, verificou-se que o Saber Popular é identificado como valorativo, apesar da percepção de ambivalência existente entre os diversos saberes e de se identificar a sobreposição do saber científico sobre o popular em alguns momentos. Verificou-se também a pouca percepção ou expressão dos profissionais enquanto sujeitos sociais e a conexão do Saber Popular com a condição de vulnerabilidade, expressa através da relação de tolerância do saber científico em

relação ao saber popular, demonstrando ainda certa hierarquização entre esses saberes.

Desta forma, estabelecer o Saber Popular como uma ferramenta de cuidado constitui-se, na prática, como um grande desafio, onde a articulação e o respeito dos diversos saberes são determinantes na concretização das ações da saúde. O estudo assinala a fundamental importância de entendimento quanto a serviço de quem (e de que) se dá o uso e a “incorporação” do Saber Popular no cotidiano da prática profissional em saúde. Nesse sentido, há que se verificar se o Saber Popular objetiva que o outro entenda e assimile os pressupostos do saber científico, mantendo assim a hierarquia entre os saberes ou se, nesta relação, fica estabelecida a construção de um diálogo, em busca de transformação, a fim de que novas possibilidades se concretizem no campo da saúde, onde a escuta e o espaço de cuidado de configurem de forma integrada e complementar.

A problematização que se apresenta, a partir desta pesquisa, implica na reflexão de como as relações se estabelecem entre (e nos) diferentes meios e as possibilidades de que os diferentes saberes possam dialogar entre si, reduzindo fatores de vulnerabilidades e riscos; favorecendo os cuidados e constituindo-se enquanto ferramenta de cuidado na construção de um *Outro Novo Saber*.

E, ao considerar a construção de um *Outro Novo Saber*, retorno à reflexão de Diello (2012, p. 6) ao apontar que

é preciso simplicidade, muita simplicidade, para aprender a acolher o saber e a vida do outro, reconhecendo que não dispomos de um olhar consertador de vida e nem de receitas que digam como fazer para se viver melhor ou de outra forma.[...] não há um viver melhor ou pior... há a forma como cada um vive!

finalizando este estudo com uma ilustração que registra os riscos de os profissionais da saúde afastarem-se de seu foco de atenção: “*por falar demais*”, “*não enxergar o que se apresenta*” ou “*não ter ouvidos para ouvir*”.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, M.A; GUERRA, V. N. A. **Kit instrucional do telecurso de especialização na área da infância e violência doméstica: guia prático para compreender o fenômeno**. São Paulo: USP, 2004.

BARBOSA, M. A. et al. Saber popular: sua existência no meio universitário. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v.57, n.6, p.715-719, nov./dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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, 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno de educacao popular e saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf) Acesso em 19 ago. 2012.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/materialeducativo/cadernos/caderno01.pdf - Acesso em 19 ago. 2012.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu - SP, v. 9, n.16, p. 161-177, 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez,1998.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, dez.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-59702010000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 ago. 2012.

DIELLO, M. L. PSI: compondo o CRAS. **Revista Entrelinhas/CRPRS**, v.12, n. 57, p. 6, jan./mar. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

ILUSTRAÇÃO. Disponível em:
<http://www.google.com.br/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&docid=7v01OW2K-vozdomorromiracemarj.blogspot.com.br>
Acesso em 06 mar.2013.

JUNGES, J. R. et al. Saberes populares e Cientificismo na Estratégia da Saúde da Família: Complementares ou excludentes? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4327-4335, 2011.

KUDE, V. M. M. Como se faz análise de dados na pesquisa qualitativa em psicologia. **PSICO**, Porto Alegre, v.28, n.2, p.183-202, jul./dez.1997.

LEONELLO, V. M, OLIVEIRA, M.A.C. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n.spe, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700014&lng=en&nrm=iso . Acesso em 09 mar. 2013.

MEYER, D. E. E. Gênero: re-constituir modos de pensar, ensinar e fazer em saúde e enfermagem. In: CBEn. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser; 2004 out 24-29; Gramado(RS), Brasil. **Anais...** Brasília (DF): ABEn;2004. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem/palestrantes/Dagmar%20Meyer.php> Acesso em 11 mar. 2013.

PASTORE, E. et. al. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. In: **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf Acesso em 11 mar. 2013.

PEDROSA, J.I.S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: *Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.* Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf Acesso em 19 ago. 2012.

RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200026&lng=en&nrm=iso Acesso em 09 Mar. 2013.

SILVA, L. F.; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde-doença. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p.1207-1229, 2011.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n. 1, p.68-73, 2006.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Rev. Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.21, n.2, p.177-190, jul./dez.1996. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/87719938/A-crise-de-compreensao-e-nossa> Acesso em 19 ago.2012.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: *Caderno de educação popular e saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf Acesso em 19 ago 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 01

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Sandra Corrêa da Silva, responsável pela pesquisa MITOS E CRENÇAS ALUSIVOS A VIOLÊNCIA: o saber popular na percepção de profissionais de saúde em um hospital público de porto alegre, juntamente com a Orientadora Patrícia Abel Balestrin, professora do Curso de Pós-Graduação de Especialização em Práticas Pedagógicas, faço um convite para você participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa busca contribuir na formulação de ferramentas pedagógicas no processo de implantação da Residência Integrada em Saúde, que será implementada no HMIPV. Acreditamos que ela seja importante porque visa à construção de práticas integradas na assistência à saúde.

Sua participação será efetivada a partir do preenchimento de um questionário com tópicos semi-estruturados.

Tal estudo está registrado no Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador

Dados dos pesquisadores:

Sandra Corrêa da Silva – psicóloga (pesquisadora), fone: 9366.7373.

E-mail para contato: sandracs@hmipv.prefpoa.com.br

Patrícia Abel Balestrin – (orientadora)

Dados do CEP HMIPV:

Av. Independência, nº 661 – 7º andar – bloco C; fone: 3289.3377.

E-mail para contato: cep@hmipv.prefpoa.com.br

APÊNDICE 02

PROTOCOLO DE PESQUISA:

Sujeito n.º	Profissão:
Sexo:	Tempo de atuação como profissional:
Idade:	Estado civil:
Preenchido em: / /	

INSTRUMENTO: Questionário

- Como você entende o termo “*saber popular*”?
- Você conhece as crenças e mitos descritos abaixo:

Mito/crença	Conhecimento do mito/crença popular	
	SIM	NÃO
<i>“em briga de marido e mulher não se mete a colher”</i>		
<i>“um raio não cai duas vezes no mesmo lugar”</i>		
<i>“pau que nasce torto morre torto”</i>		
<i>“tal pai, tal filho”.</i>		
<i>“azul é coisa de menino, rosa é coisa de menina”.</i>		

- Você pode descrever alguma situação vivida onde algum destes mitos/crenças se apresentou em sua vida?
- Você avalia que estes saberes populares (crenças e mitos) podem ter implicações e estar conectados com a sua prática profissional?
- Você acha possível utilizar o saber popular em sua prática profissional? De que forma(s)?