

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

The dynamics of popular health knowledge: its manifestations in the Primary Care Level. The particular case of pediatrics.

La dinámica del saber popular en salud: sus manifestaciones en el Primer Nivel de Atención. El caso particular de la pediatría.

María Paula Juárez¹

Resumo

O artigo desenvolve dimensões relacionadas ao conhecimento popular em saúde na categoria de Saúde Comunitária, emergindo de um estudo exploratório de quatro casos de médicos pediatras de nível de atenção primária dos Serviços de Saúde pública da cidade de Rio Cuarto (Córdoba, Argentina) na relação estabelecida com as mães consultantes vivendo em ambientes pobres. A análise foi realizada em seções: 1) consideração do problema do estudo, 2) justificativas teóricas, 3) aspectos metodológicos, 4) Resultados, 5) discussão sobre a dinâmica do conhecimento na relação pediatra - mães consultantes e 6) reflexões finais. Estas dimensões são analisadas como desafios que devem tomar o paradigma comunitário de saúde atual, tendo as propostas da teoria de Paulo Freire (1970), e à luz das contribuições de Souza Santos (2009).

Palavras-chave: sabedoria, cuidados primários de saúde, saúde da comunidade, pediatria.

Astract

The article develops dimensions related to popular health knowledge of a category in Community Health emerging from an exploratory study of four cases of medical pediatricians from primary care level of the Public Health Services of the city of Rio Cuarto (Córdoba, Argentina) in the relationship established with consultant mothers living in poor settings. The analysis was carried out in sections: 1) Consideration of the problem of study, 2) Theoretical justifications, 3) Methodological aspects, 4) Results, 5) Discussion about the dynamics of the knowledge in the relationship pediatrician - mothers consultants and 6) Final reflections. These dimensions are analyzed as challenges that should take the current community health paradigm taking the proposals of theory of Paulo Freire (1970) and in light of the contributions of Souza Santos (2009).

Keywords: popular knowledge, primary care, community health, pediatrics.

¹ Conicet- Universidad Nacional De Río Cuarto.

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

Resumen

El artículo desarrolla dimensiones vinculadas al saber popular en salud a partir de una categoría en Salud Comunitaria emergente de un estudio exploratorio de cuatro casos de médicos pediatras del Primer Nivel de Atención de la Salud Pública de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) en la relación que establecen con madres consultantes de contextos pobres. Para su análisis se desarrollan: 1) Consideraciones sobre el problema de estudio, 2) Justificaciones teóricas, 3) Aspectos metodológicos, 4) Resultados, 5) Discusión sobre la dinamización del conocimiento en la relación médico-madres consultantes y 6) Reflexiones finales. Se analizan estas dimensiones como desafíos que debe asumir el actual paradigma en salud comunitaria tomando los planteos de la teoría de Paulo Freire (1970) así como a la luz de los aportes de la epistemología del sur propuesta por Souza Santos (2009).

Palabras clave: saber popular, atención primaria, salud comunitaria, pediatria

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

Introducción

Analizar cómo los profesionales de la salud que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención valoran –o no- los saberes populares de los que disponen sus consultantes de contextos pobres, permite vislumbrar su consideración y respeto, así como su ausencia y la consiguiente incidencia que ello tiene en la relación que establecen. Considerando ese aspecto, junto con otros, se realizó una investigación exploratoria basada en el estudio de casos con médicos pediatras y madres consultantes del primer Nivel de Atención de la Salud Pública de una ciudad de Córdoba (Argentina).

Dicho estudio (Juárez, 2012) reveló la complejidad de esa interacción manifiesta en la multiplicidad de categorías para su comprensión, entre ellas se destaca la vinculada a la salud comunitaria. Ésta presentó distintas dimensiones de análisis, algunas de las cuáles conforman un bloque de sentido que se identifica con lo gnoseológico-práxico lego identificado en la consideración que el médico realiza de los saberes y acciones en salud de las madres consultantes. Este artículo analizará estas cuestiones desarrollando seis apartados: 1) Problema de estudio, 2) Justificaciones teóricas, 3) Metodología, 4) Resultados, 5) Discusión y 6) Reflexiones finales en torno a la temática.

El estudio realizado partió de reconocer la presencia de barreras psicosocioculturales y comunicacionales interpuestas entre médicos pediatras y madres consultantes de contextos pobres, que estarían obstaculizando las relaciones, provocando prácticas deshumanizadas en la atención de la salud y su consiguiente efecto negativo en la generación de actitudes positivas de la población hacia los

efectores de la salud, sus saberes y sus prescripciones, así como la pérdida de oportunidades para propender al desarrollo salubrista de la población (Juárez, 2012). Se trata de un problema concreto que tiene su correlato en un problema teórico de investigación definido como la falta de conocimiento elaborado que permita comprender la complejidad de esta relación interpersonal y comunicacional junto a un escenario de ausencia de propuestas o enfoques teórico-prácticos superadores.

Consideraciones teóricas

Distintas disciplinas han considerado el estudio de la relación entre médicos y usuarios: la sociología de la salud, la psicología, la psicología social, comunitaria, sanitaria, de la salud, la antropología sociocultural, la antropología médica, la medicina antropológica (Meeroff, 1999; Maglio, 2008, 2009), la medicina (Laín Entralgo, 1964; Balint, Balint, Gosling y Hildebrand, 1984; Ferenczi, 2008; Agrest, 2008), la comunicación en salud (Feldman-Stewart, Brundage, y Tishelman, 2005; Vidal y Benito, 2010; Escotorin, Juárez, Cirera y Roche, 2011), entre otras.

A partir de 1950 el estudio de la relación médico-consultante constituyó un interés progresivo de la psicología médica (Morales Calatayud, 1999). Progresivamente la psicología sanitaria (Saforcada, 2001, 2002; de Lellís, Álvarez González, Rossetto y Saforcada, 2006; Saforcada, de Lellís y Mozobancyk, 2010) y la psicología de la salud plantearon el estudio de los componentes subjetivos del proceso de salud-enfermedad y de la atención de la salud interesados por los procesos

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

psicológicos y las circunstancias interpersonales manifiestas en la prestación de servicios de salud. En esta línea, Morales Calatayud (1999) sugiere a los psicólogos de la salud el estudio de la interacción e identificación de insuficiencias en los procesos de comunicación médico paciente para el diseño de intervenciones para mejorarlos, sugerencias consideradas en este trabajo.

Paralelamente a los procesos interpersonales, el escenario de salud manifiesta un contexto donde: los corporativismos biomédicos avanzan a pasos denodados; prevalece el uso de tecnologías en menoscabo del diálogo humano; el individualismo, el lucro y la competencia rigen los valores de algunos profesionales; el sistema económico de la mano de un modelo clínico centrado en la enfermedad maneja los destinos de la salud; a las comunidades todavía les cuesta acceder a los servicios de salud (no sólo geográfica sino simbólicamente); los tiempos dispensados a la atención se limitan a la remuneración *per cápita* que perciben los médicos prestadores de salud pública.

Tales indicadores hacen imperante reflexionar y trabajar para la humanización de las prácticas médicas recuperando el papel del médico como educador y su capacidad docente en la relación que establecen con sus consultantes (Meeroff, 1999; Agrest, 2008).

Para ello el estudio toma y recrea los aportes del pedagogo brasileño Paulo Freire (1921-1997) dado que su perspectiva, junto con otras, impulsa el actual paradigma de salud comunitaria en Latinoamérica (Saforcada, 2010) considerando cómo algunos problemas en salud pueden comprenderse y abordarse desde la educación y la pedagogía (Freire,

2007) tal como lo vienen desarrollando distintos investigadores (Alvim y Ferreira, 2007; Acioli, 2008; Cores, 2009; Torres, Candido, Alexandre y Pereira, 2009; Backes, Lunardi Filho y Lunardi, 2005, entre otros).

Consideraciones metodológicas

El estudio consistió en una investigación exploratoria de naturaleza cualitativa basada en el estudio instrumental y colectivo de cuatro casos de médicos y médicas pediatras que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención de la salud Pública (Neiman y Quaranta, 2006; Simons, 2011). El mismo implicó “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998, p. 11). Para la selección de los casos se utilizó un criterio pragmático (Hammersley y Atkinson, 1994) que implicó escoger de un amplio grupo de pediatras del Primer Nivel de Atención a aquellos dispuestos a ser observados en su jornada habitual de trabajo, quedando conformada la muestra por cuatro profesionales: dos médicas y dos médicos pediatras que fueron estudiados por un período de tres meses en jornadas de observación semanales por el transcurso de dos horas a cada uno.

Algunos de los interrogantes que orientaron el estudio y que se abordan en este artículo, son: *¿Qué ocurre en las entrevistas de consultas con los saberes científicos de los médicos y los saberes populares de las madres? ¿Cómo se dinamizan? ¿Hay puntos de encuentro? ¿Se manifiestan barreras? ¿Son reconocidos los saberes y los referentes populares en salud por los médicos efectores del sistema formal?*

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

Para la recolección de los datos los instrumentos utilizados fueron la observación discreta y no intervencionista, las entrevistas individuales semi-estructuradas (Elliott, 1998) y una entrevista colectiva (Flick, 2007). Al culminar el tercer mes de recogida de datos comenzó a producirse una saturación de la información que llevo a iniciar el abandono del campo. Los documentos recabados fueron treinta y siete (37). Para su análisis y sistematización se utilizó el programa Atlas-TI versión 2.4 que permitió agrupar en categorías como conceptos abstractos que aluden a fenómenos que emergen de los datos, desarrollando una “codificación abierta” y seguidamente a los fines de realizar un análisis conceptual que permitiera relacionar las distintas categorías y sus subcategorías se realizó una “codificación axial y selectiva” (Strauss y Corbin, 1998). Este procedimiento permitió construir una estructura teórica que posibilitó describir, analizar y comprender la dinámica relacional del encuentro médico-niño - madre consultante, creando teoría sustentada en la psicología sanitaria, la salud comunitaria y la pedagogía dialógica de Paulo Freire.

Resultados

Las categorías de análisis emergentes del estudio fueron diez (10), con sus dimensiones y propiedades. En lo que sigue, este artículo desarrolla la categoría salud comunitaria atendiendo a sus dimensiones vinculadas al saber popular en salud, referentes populares en salud y utilización del saber popular en salud.

Saber popular en salud

Toda sociedad, con relación al proceso de salud, posee dos vertientes de construcción, puesta en práctica y difusión de saberes vinculados a la recuperación de la salud perdida, la protección y promoción de la misma. Una es la que deviene de las ciencias de la salud y que da origen a las profesiones de este campo. La otra, implica los saberes y prácticas populares. En el caso de la medicina, así como ésta posee su semiología y clínica basadas en conocimientos científicos y empíricos, la población cuenta siempre con una semiología y clínica legas que, en definitiva, son las que activan a los sistemas profesionales de servicios de salud.

La observación a entrevistas de consulta entre pediatras y madres pertenecientes a contextos pobres en Centros del Primer Nivel de Atención de la Salud permitió reconocer estas dos formas de conocimientos implicados y algunas veces en interacción: el saber popular identificado en las madres y el saber académico reconocible en los profesionales.

Distintos autores han estudiado estos conocimientos y los han denominado de diferentes maneras: saber popular y saber científico (Freire, 1993), conocimiento lego y conocimiento científico-académico (Saforcada, 2002), conocimiento popular y conocimiento científico (Montero, 2006); conocimientos científicos (conocimiento hegemónico) y no científicos (conocimientos válidos) (Souza Santos, 2009), conocimiento médico y conocimiento subordinado (Mendoza González, 1997); saberes culturales, acervos epistémico-culturales (Lasso Toro, 2012); episteme popular (Yañes Medina, Cuñarro Conde, Guillén de Romero, 2012) entre otras.

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

Freire (1993) entiende que las diferentes y válidas formas de lectura del mundo y los consiguientes saberes diversos que continuamente emergen de ese proceso vivencial están cargados de conciencia de la situación histórica de cada sujeto y de cada pueblo, por ello constituyen saberes genuinos.

En la misma línea Souza Santos (2009) considera que la diversidad del mundo es infinita, existen diferentes maneras de pensar, de sentir, de actuar, diferentes relaciones entre seres humanos, con la naturaleza, diferentes concepciones del tiempo, diferentes formas de organizar la vida colectiva, la provisión de bienes y de recursos, entre otros. No obstante, advierte el autor, esta gran diversidad queda desperdiciada por la presencia de un conocimiento hegemónico que invisibiliza otros saberes.

Freire reconoce como una preocupación la necesidad de una “investigación epistemológica” antes o concomitantemente con las prácticas educativas populares:

Saber cómo los grupos populares rurales, indígenas o no, saben. Cómo vienen organizando su saber, o su ciencia agronómica, por ejemplo, o su medicina, para la cual han desarrollado una taxonomía ampliamente sistematizada de las plantas, de las yerbas, de los montes, de los olores, de las raíces. Y es interesante observar cómo matizan la exactitud taxonómica con promesas milagreras. Raíces cuyo té cura al mismo tiempo el cáncer y el dolor de un amor desecho; yerbas que combaten la impotencia masculina; hojas especiales para el resguardo de la parturienta, etc. (Freire, 1993, p. 129).

Para Freire la investigación epistemológica refiere a una indagación en el plano de conocimiento construido por los grupos populares a través del

contacto con sus prácticas, sus usos y costumbres vinculados a su vida cotidiana y a la lectura que esas personas hacen de su mundo y su realidad. Para ello quien se erige en indagador debe manifestar una “curiosidad epistemológica” como aquella que se construye y se desarrolla críticamente orientada a la capacidad de aprender y conocer propia y de los otros (Freire, 1997, p.32).

Souza Santos (2009) reclama nuevos procesos de producción y de valorización de conocimientos válidos, científicos y no científicos y nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento desde lo que denomina “Epistemologías del Sur”, como un reconocimiento a los saberes de las clases y grupos sociales que han sufrido destrucción, opresión y discriminación por el capitalismo, el colonialismo y distintas naturalizaciones de la desigualdad.

Montero (2006) sostiene que el conocimiento, por su mismo carácter histórico, es producto de múltiples saberes, y si bien es el método donde se establece la separación entre el conocimiento científico y el popular, estos están mucho más relacionados de lo que los científicos como las personas imaginan. Para la autora ambos saberes se caracterizan por la aplicabilidad, el originarse en el sentido común como en el conocimiento acumulativo producido, la incidencia del contexto de descubrimiento, la influencia sobre el sentido común al cual penetran a través de sus prácticas y la posibilidad de corregir sus errores a largo y mediano plazo.

Saforcada (2002) considera los conocimientos que se dinamizan en contextos de salud desde su definición de “Sistema Total de Salud” (STS) la cual se refiere a todo lo que la sociedad genera y

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

pone en práctica en relación con los emergentes –positivos o negativos- del proceso de salud-enfermedad. Dentro del mismo identifica un “Sistema Oficial de Salud” (SOS) y un “Sistema Popular de Salud” (SPS).

El SOS está conformado por instituciones, profesionales y técnicos avalados por las leyes de instancias de gobiernos, mientras que el SPS se configura por las poblaciones como componente informal del STS.

Para el autor los sistemas de servicios de salud (SOS) son totalmente pasivos y se activan por la demanda de la población (SPS), la que se vincula a las visualizaciones y saberes legos que ella tiene de sus enfermedades. Esta cuestión es primordial y no tan intrascendente como a veces, en las conversaciones informales, suelen manifestar los profesionales de la salud al expresar - cayendo en un reduccionismo- “vienen porque se sienten mal” (Saforcada, 2001). Por el contrario, todas las poblaciones tienen conocimientos y una teoría de la salud con sus correspondientes semiología y clínica legas (Boltanski, 1975). Las personas que concurren a consulta identifican lo que les sucede desde saberes previos que les han permitido construir criterios que les facilitan re-conocer lo que les acontece. Para Saforcada (2001) suponer lo contrario implica una posición descalificatoria de las capacidades y conocimientos de los pobladores, expresa:

La construcción cultural de un saber y una praxis en salud diferenciados, que como tal da origen a roles específicos –en general con una alta dosis de prestigio y poder-es un universal de la cultura. Pero este saber se derrama en la sociedad recombinándose con los relictos de las medicinas de los pueblos más antiguos

que habitaron la región y con los saberes en salud transportados por los grupos humanos inmigrantes de otras culturas, dando origen a un saber en salud generalizado instalado en la totalidad de la sociedad (Saforcada, 2002, p.44).

Mendoza González (1997) entiende que el proceso de salud-enfermedad-atención es una de las áreas de la vida cotidiana donde se articulan la mayor cantidad de simbolizaciones, representaciones y prácticas de la medicina popular con las adquiridas del saber biomédico.

Atendiendo a lo desarrollado hasta aquí, el estudio de casos realizado con pediatras del Primer Nivel de Atención permite advertir que éstos suelen ofrecer diversas caracterizaciones y comportamientos respecto a los saberes populares en salud que ofrecen las madres de contextos pobres. Algunos suelen reconocer que las consultantes disponen de estos saberes, que ellos valoran y utilizan, mientras que otros prescinden de ellos o bien los rechazan y desprecian.

Respecto al primer grupo, que valoran estos saberes de las madres, expresan que el hecho de tener hijos les otorga experiencia y conocimiento que suelen facilitarles la comprensión de las explicaciones que ellos brindan:

C1: sí tienen conocimientos, en diferentes grados y varía a la parte privada...en relación sobre todo con los papás...porque son más demandantes, pero en la parte pública exigen, papás que saben o tienen conocimiento, además ya tuvieron hijos, ya han pasado etapas que no es que están cero de conocimientos pero mi impresión es que terminan facilitando las explicaciones o las orientaciones que se les puede llegar a dar... (691:708. P1:73. Entrev. C1).

El médico considera que las personas que lo consultan poseen conocimientos en

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

salud en diferente “grado” y que varían si provienen de la parte pública o privada. Razona que ambos usuarios poseen saberes vinculados a tener hijos, lo que les otorga experiencia. Respecto al origen de estos saberes uno de los profesionales expresaba:

C2: *...las salitas o lugares periféricos marginales los conocimientos en salud son de generación en generación y son los que vos tenés que respetar culturalmente como los curanderos, la pata de cabra, el empacho, todas esas cosas (...) son esos conocimientos que son tan validos como el conocimiento del que viene de la parte privada y lo busca en internet... Ellos le dan el mismo valor que la mujer que fue a la curandera y curo el empacho, o sea que diferenciar esos tipos de conocimiento te ayuda para la relación médico-paciente.... (427:446. P10:72. Entrev. C2).*

El profesional entiende que en el sector público los conocimientos se transmiten generacionalmente, desde familiares o efectores no legalizados en salud. Saberes que imponen la necesidad de un respeto cultural por parte de los efectores legalizados hacia los consultantes. Respecto al sector privado expresa que los conocimientos se adquieren de medios como internet. El profesional valora de igual manera ambos saberes y destaca que respetarlos ayuda al establecimiento de una buena relación médico-consultante. Saforcada (2002, p. 54) identifica en el componente informal, constituido por la población, al “*subcomponente de los saberes en salud*”, identificando tres vertientes:

- La del *saber de la población*, ésta posee un saber lego en salud que pone en práctica cotidianamente y evidencia que, por un lado la

gente maneja una semiología y clínica legas que modelan las percepciones acerca de sus estados de salud y regulan los comportamientos y desarrollos frente a estos estados.

- La del *saber de aquellas personas –sanadores populares y curanderos-* que sin estar habilitadas legalmente para hacerlo, ofrecen prestaciones en salud a miembros de la población,
- La de los *saberes sistematizados en salud*, tales como las medicinas tradicionales o componentes de algunas de ellas como acupuntura, herboristería, etc.

Es posible advertir manifestaciones de estos saberes en los intercambios de consulta entre médicos y consultantes. Las médicas expresaban:

C3: *a veces tienen buenos conocimientos, que sacan de internet, yo tengo algunas enfermeras entonces tienen conocimiento de la facultad... hay gente que le gusta leer, incluso los conocimientos de su propia cultura que uno los tiene que saber conocer y respetar... (850:857. P19:112. Entrev. C3).*

C4: *las mamás de mis pacientes, algunas sí porque tienen alguna formación son enfermeras, han trabajado en Centros de salud y otras no pero el hecho de tener varios niños... hace que vayan conociendo... (443:450. P28:38. Entrev. C4).*

Se considera que los consultantes poseen conocimientos en salud cuyas fuentes pueden ser: internet, formación en enfermería, madres ávidas por la lectura, la propia cultura como fuente de saberes que se deben conocer y respetar.

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

En relación al sector público los médicos asociaron a la figura de las **abuelas** como portadoras de conocimientos en salud:

C3: (...) *es muy común que las abuelas, es la que sabe más de salud en cada familia, es como un modelo digamos de cada lugar, es la que más experiencia tiene, es la que más en salud también sabe, por la experiencia misma...* (863:869. P19:113. Entrev. M3).

La figura de la abuela aparece como un modelo de experiencia de vida, reservorio de saberes en salud que la autorizan a aconsejar o a realizar ciertas prácticas que la convierten en un referente a la hora de indagar por problemáticas en salud de los grupos familiares y comunitarios a los que pertenece. Al respecto Montero (2006) considera al conocimiento popular como histórico y culturalmente producido de las comunidades a las que pertenecen sus agentes internos, que lo transmiten en las prácticas sociales y relacionales en las que activan su experiencia acumulada, tal como sucede en este caso con las abuelas. No obstante los pediatras identificaron problemáticas con el rol que ellas asumen cuando sus saberes van en contra de lo planteado por la medicina:

C1: ... *cuando me recibí me acuerdo lo complicado que era cuando venían las abuelas con el nene... terminaban complicando porque tenían los tecitos, o algunos métodos que ya los tenían arraigados o diagnósticos que te cuestionaban* (732:737. P1: 77. Entrev. C1).

C4: *lucho un poco con las abuelas... por el tema de la teta...la abuela dice "a mí en mi época me alimentaron a los tres meses..." Ahora hasta los seis meses tenemos que darle el pecho solo, la lactancia solo y después recién empezar a alimentarlo...* (534:552. P28:66. Entrev. C4).

Si bien parece reconocerse lúbilmente por parte de los profesionales cómo en las comunidades las abuelas asumen un rol transmisor de tradiciones en saberes populares en salud, expresan que muchas veces intervienen complicando los encuentros médicos al cuestionar diagnósticos o poner en duda saberes profesionales.

Sintetizando, los saberes populares en salud son considerados por los profesionales de dos formas: 1) mientras un grupo les atribuyen un respeto cultural que los conduce a considerarlos como sujeto-objeto de su conocimiento como saberes que hay que respetar y que contribuyen al establecimiento de una buena relación médico-consultante, 2) otro grupo parece desacreditar y desestimar la utilización de esos conocimientos cuando van en contra de la medicina científica, percibiéndolos como amenaza que atenta contra la construcción de un conocimiento considerado como "único" en salud por ellos.

Referentes populares en salud

Los referentes populares en salud son personas destacadas y reconocidas en la comunidad por haber acumulado cierta experiencia en la curación y sanación de enfermedades a sus pobladores así como en el mantenimiento y restablecimiento de la salud y se desempeñan realizando atenciones, trabajos y servicios en salud para ellos y ellas.

Saforcada (2002, p.53) identifica al "subcomponente de los efectores populares" en el componente informal en salud, en él incluye a los sanadores, curanderos y protectores populares. Está integrado por aquellas personas que de modo sistemático y reconocido por la población llevan adelante acciones de

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

salud ya sean protectivas, preventivas y/o curativas. Considera que este subcomponente es muy amplio y sus límites son difusos, pudiéndose identificar líneas de acción que han alcanzado cierta envergadura, tales como: a) Una *línea espiritualista*, constituida por representantes de religiones como sacerdotes carismáticos del catolicismo, pastores del protestantismo, referentes de religiones afrobrasileñas y sectas religiosas, b) una *línea filosófica*, que incluye corrientes esotéricas en general de origen oriental.

Ambas líneas se centran en las problemáticas de la salud, ya sea en relación con la recuperación de la salud perdida (línea espiritualista) o con no perder la condición de salud positiva en que se encuentra la persona o incrementarla (línea filosófica).

Asimismo el autor reconoce el “*subcomponente de los referentes válidos en salud*” (Saforcada, 2002, p. 54) constituido por todas las personas a quienes los miembros de las comunidades les solicitan información o de quienes las reciben sin pedirla, que incide en sus comportamientos relacionados con la salud. Incluye a los efectores legalizados (profesionales, técnicos) como los no legalizados pero reconocidos por la población.

El estudio realizado (Juárez, 2012) permitió advertir que los médicos del Primer Nivel de Atención poseen concepciones en relación a estos efectores no legalizados de la salud. Éstas son positivas, negativas o bien intermedias, en el sentido de dar cuenta de un respeto a ciertas prácticas, siempre que no sean perjudiciales para la salud.

Quienes abogan por concepciones positivas sobre los referentes consideran que, en todo proceso en salud comunitaria

se los debe incluir. Atienden al aporte de estos efectores y han construido una impresión favorable respecto de sus contribuciones en salud colectiva:

C2: en un proceso en salud comunitaria incluiría un montón de profesionales, desde gente de la comunidad, referentes de la comunidad... en primer lugar que son los que te van a dar una mano, y de ahí todo, todo, de todo, psicopedagogos, psicólogos, enfermeros, médicos... (583:599. P10: 71. Entrev. M2).

C2: (...) y la clave está en buscar por ejemplo la iglesia del barrio, la evangélica, la mormona, la vecinal todo, y buscar porque siempre hay alguien que quiere hacer algo... hay que buscar y con ellas trabajar... (606:612. P10:48. Entrev. M2).

Estos profesionales otorgan importancia a las instituciones que podrían intervenir en un proceso en salud comunitaria, consideran que son lugares donde se desempeñan personas comprometidas que quieren trabajar en proyectos de este tipo. Reconocen a los sanadores populares y curanderos como gente que “hace salud”, estableciendo relaciones de respeto mutuo y camaradería, como condición para un encuentro satisfactorio:

C2: (...) tener contacto con los curanderos, (...) o esta gente que hace salud, ya me conocen a mi algunos y saben que mientras me lo manden a mi mientras vean algo raro yo les respeto lo de ellos y no les critico nada y entonces ellos no se meten conmigo tampoco, hay una buena relación entonces, me pasa eso que vienen y dicen “ya me cure del empacho y me dijo que lo venga a ver a usted” entonces ya dejaste esa barrera de echarse la culpa unos a otros (453:460. P10:37. Entrev. M2).

Se advierte una especie de acuerdo implícito entre ambas partes lo que da

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

cuenta de una posición salubrista expansiva por parte de los profesionales respecto a la actitud asumida ante la demanda. Saforcada (2002) considera que en esta orientación la posición del efector es relativista cultural dado que, tanto sus marcos referenciales (conocimientos académicos), como los de quienes demandan atención, sean individuos o grupo social (saberes populares), tienen un valor teórico-práctico en relación con el contexto psicosociocultural en el que actúa. Lo planteado da cuenta de una “ecología de saberes” (Souza Santos, 2005, p.67) propiciada en estos casos por profesionales que promueven diálogos entre el saber científico y humanístico que la universidad produce y los saberes legos, populares, tradicionales, urbanos, campesinos, provincianos, de culturas no occidentales (indígenas de origen africano, oriental, etc.) que circulan en la sociedad.

C2: (...) en la mayoría de los barrios periféricos hay una medicina no convencional dada por los curanderos (...) yo la verdad que nunca he tenido problema porque uno trata de no desestimar lo que dicen ellos... y cuando te agarras la confianza del curandero ellos te lo mandan a vos, entonces como no hay conflicto....

C4: la curandera llega hasta ahí, por la palabra, el centímetro...y si no lo ves bien lo llevas a la pediatra... (1218:1261. P37:140. Entrev. Grupal).

Los pediatras reconocen las prácticas de estos referentes, siempre que no sean perjudiciales y que impliquen una interconsulta con ellos.

En observación a consultas (Juárez, 2012) algunos intercambios que dan cuenta de una actitud de apertura a los saberes y prácticas de los referentes populares, expresaban:

Ma2 (Madre 2): ... por ahí me han dicho “tiene pata de cabra ese chico” y no porque ya se la curaron y no tiene...

C2: ¡muy bien!... ¿quién te curó la pata de cabra? ¿Acá una mujer del barrio?

Ma2: uno que nos curaba a nosotros de siempre, y que nos curaba también el empacho (511:528. P11:193. 1º Observ. M2).

Se advierte cómo el profesional reconoce la cultura de las poblaciones a las que atiende y comprende la necesidad que ellas tienen de consultar con sus referentes en salud. Sin embargo, otros en esta línea no dejan de advertirles sobre prácticas riesgosas para su salud:

C3: (...) quieren ir a la curandera, que es lo típico, bueno si está en su creencia, si está en su cultura ir a la curandera que vayan, pero que no le den nada de tomar..., pero se ha descubierto que tirar el cuerito... tiene evidencia porque estimularía una zona del plexo solar que mejoraría la digestión, y uno no puede ir en contra de las creencias de la gente, si la gente cree que eso le hace bien, ¡vaya! Y es increíble porque es como se sienten relajados, porque tienen miedo que yo los rete, yo no los voy a retar...” (470:481. P19:115. Entrev. M3).

La médica comenta que en algunos casos la efectividad de estos saberes ha sido comprobada con evidencia científica. Vinculado a ello Freire (1993) reflexiona que investigaciones realizadas en universidades brasileñas han demostrado la exactitud de los descubrimientos del saber popular, en esa línea reconoce a la “Etnociencia” desarrollada por Márcio Campos como una etnografía del saber y de la tecnología de diversas poblaciones que desarrollan conocimientos que articulan la ciencia y la técnica con la cultura que les es propia (Campos y Brandão, 1992-1995, Campos, s/f).

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

Atendiendo a lo planteado surge el interrogante: *¿esta médica valora los conocimientos populares por su validez arraigada culturalmente en las poblaciones o porque están comprobados científicamente?* Los profesionales *¿sólo valoran y utilizan el saber popular cuando éste ha sido “verificado” científicamente?* Las respuestas a estos interrogantes o bien confirmarán una posición salubrista expansiva basada en una actitud de respeto, de apertura cultural frente a los saberes de los referentes populares o bien darán cuenta de una posición restrictiva, basada en la preferencia por la medicina basada en la evidencia científica, en un “conocimiento hegemónico” (Souza Santos, 2009).

Utilización del saber popular en salud

El empleo del saber popular en salud por parte de los profesionales en beneficio del consultante, sus familias, comunidades, así como de sí mismos en relación con las prácticas que ellos generan y prescriben, implica una valoración a estos conocimientos entendiendo que son un factor más que contribuye al bienestar o restablecimiento de la salud. Algunos profesionales que valoran estos saberes explicitan que los utilizan:

C1: *...a favor o para reafirmar que no se debe hacer, sí, sí, por ejemplo “no le vaya a hacer tal cosa” de hábitos empíricos. Generalmente yo lo que acostumbro a decir es que la medicina ha cambiado y que todo va cambiando, para ser más cauteloso y decirle que ya hay otra idea...* (783:803. P1:83. Entrev. C1).

El fragmento da cuenta del empleo del saber popular de manera paradójica dado que el médico manifiesta utilizarlos para ratificar qué es lo que “no” se debe hacer.

Su intención parece ser conocer el saber popular del que los padres disponen, para, a partir de allí desestimarlos por la amenaza que supone su uso. Así, se desanima y desacredita su empleo bajo el argumento “*la medicina ha cambiado y todo va cambiando*” abonando a un conocimiento autorizado y hegemónico. Éste se halla ligado a prácticas consideradas adecuadas desde una posición clínica restrictiva de tipo autocrática que entiende que la verdad está en la teoría médica y en la vinculación que el profesional establece entre los signos que percibe y dicha teoría, transformándose en un “marco valorativo inapelable que determina la acción del efector, quien prescinde de los saberes provenientes del contexto psicosociocultural del consultante” (Saforcada, 2002, p. 85).

Lo analizado conduce a pensar en la idea de “injusticia cognitiva” o “injusticia entre conocimientos” propuesta por Souza Santos (2005, 2009) al darse crédito sólo a un conocimiento válido, hegemónico producido como conocimiento “perfecto” desde occidente, tradicionalmente identificado con la ciencia moderna, la que para el autor desacertadamente reclama exclusividad de rigor, manifestándose un problema epistemológico:

...la universidad, al especializarse en el conocimiento científico y al considerarlo la única forma de conocimiento válido, contribuyó activamente a la descalificación e inclusive a la destrucción de mucho conocimiento no científico y con eso, contribuyó a la marginalización de los grupos sociales que solamente disponían de esas formas de conocimiento (Souza Santos, 2005, p. 67).

Montero (2006) advierte que el conocimiento popular recibe

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

reconocimiento igualmente popular, siendo desdénado y a veces incluso prohibido por instituciones oficiales en las cuales prima un conocimiento hegemónico.

Como contrapartida a esta realidad, otros profesionales intentan genuinamente captar los saberes y referentes en salud, ávidos de interactuar con ellos para confirmarlos y enriquecerlos con sus saberes para una mejor comprensión de situaciones, diagnósticos o tratamientos:

C2: bueno... ¿vos lo notas que esta con la lengua afuera?

Ma5 (madre 5): sí... ¡todo el día! (risas) ¡hasta habla con la lengua afuera! (...)

C2: a ver como esta ese frenillo...

Ma5: ¡sí eso me dijo mi tía que podría ser! ...

C2: (controla al bebe) no che, no es el frenillo...

Ma5: ... ¡y también mi tía me dijo que le hiciera ver que puede tener una carnaza ahí!

C2: la vamos a hacer que la vea el especialista de oído nariz y garganta que ella ve si el tamaño de la lengua es muy grande, porque normalmente cuando no tienen el frenillo corto puede ser que la lengua la tienen así porque se acostumbran a respirar mucho por la boca porque la nariz....

Ma5: sí... Y ella duerme con la boquita abierta...

C2: entonces eso hace que tengan la lengua afuera porque dejan de respirar por la vía aérea y empiezan a respirar por la boca entonces el especialista le va a hacer un estudio para ver si tiene adenoides que es la "carnaza" esa que dice tu tía... (309:340. P17:83. 7º Observ. C2).

El intercambio que el profesional propicia con los saberes legos y los científicos abre el juego a la posibilidad de comprensión por parte de la madre acerca del posible diagnóstico de su niño.

Vinculado a ello Mendoza González (s/f) analiza, a partir de un estudio sobre la salud en un medio rural indígena en México, que, los médicos que están más familiarizados y comprenden mejor las creencias y prácticas curativas indígenas, ganan mayor aceptación para sus propios medios terapéuticos, asumiendo una actitud de apertura hacia los saberes de esos pueblos. Para la autora la medicina moderna se acepta y se integra a las prácticas tradicionales si el médico es capaz de ganarse el respeto y la colaboración de aquellos que gozan de gran prestigio en la organización social, como el curandero con el que el médico debe complementarse desde una comunicación intercultural.

Algunos médicos suelen indagar con profundidad en los conocimientos populares de sus consultantes a los fines de inferir sus creencias, advertir concepciones erróneas y disipar dudas para que éstos sean empleados de manera provechosa:

C3: (...) claro, porque como la manzanilla es tranquilizante, y no está mal el conocimiento porque en realidad uno de los usos es eso, pero en bebés por ahí puede dar irritabilidad y llantos que no hay forma de pararlos y el anís estrellado da hepatotoxicidad o sea intoxicación del hígado. Imaginate, entonces trato de indagar y digo "mire eso no se usa más por esto, por esto y por esto" o sea fundamentarles lo que no sirve y si por ejemplo quieren utilizar alguna cosa, té de manzanilla por ejemplo porque tiene la colita inflamada, y bueno úselo, algo que no lo va a dañar, primero no dañar (879:888. P19:116. Entrev. C3).

Conocer estas prácticas en salud les permite a los profesionales reforzar su utilización por el beneficio que implican y advertir si sus consultantes corren algún

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

tipo de riesgo, y en caso de ser así, explicitar los argumentos del por qué no resulta conveniente cierto procedimiento u otro.

Acceder y respetar los conocimientos populares de los consultantes da cuenta de un profesional que asume en su práctica una perspectiva salubrista expansiva, reconociendo que el accionar en la salud de las personas no responde con exclusividad a sus conocimientos, indicaciones y prescripciones, sino que éste los resignifica desde sus propios saberes a partir de sus experiencias en pos del restablecimiento de su salud.

La posibilidad de este encuentro de saberes se da en una relación dialógica en que ambas voces, médicos y consultantes, se unen y discuten, opinan, preguntan y responden, disienten o concuerdan, intercambian, toman decisiones y siguen indicaciones en el marco de “horizontalidades en relación a la producción de conocimiento” (Montero, 2006, p.151). Al respecto una de las médicas expresaba:

C3: (...)en el Clínicas tenemos mucha población de bolivianos, peruanos, lo que hicimos es reunirnos con ellos que nos enseñen por ejemplo las comidas, porque nosotros les decíamos por ejemplo “¿qué comen?” y nosotros no entendíamos nada, nos reuníamos con ellos y nos daban clases de cocina a nosotros, cosas de ellos, ingredientes, alimentos (...)yo trabajaba con adultos sobre todo hipertensión, diabetes, cosas que nosotros no sabíamos si tenían sal, si no tenían sal, eso era importante también (...) trabajar desde eso... nos favorece a nosotros para dar un diagnóstico mucho más certero...(1179:1199. P37:138. Entrev. Grupal).

La complejidad que puede asumir la retroalimentación de estos saberes da cuenta no sólo de una transmisión

generacional, sino de la transferencia de referentes populares a vecinos, a profesionales ávidos de conocerlos y aprehenderlos. Esta intencionalidad de acceder a conocimientos populares de sus consultantes por parte del médico y el utilizarlos en su práctica manifiesta un ingreso a su universo de significados y la implicancia en un proceso cognoscente que supone una descentración de los saberes académicos en aras de una comprensión de la realidad de las poblaciones desde un “marco significativo compartido” (Freire, 1973). De esta manera, el nuevo conocimiento emergente, superador en materia sociosanitaria, permite a los profesionales elaborar diagnósticos y tratamientos más ajustados y pertinentes a las comunidades con las que trabajan.

Discusión Saberes populares y académicos: diálogos para la emergencia de saberes críticos en salud

La perspectiva de Paulo Freire habilita un diálogo para considerar los saberes populares en salud de las comunidades y su interacción con los saberes académicos de los profesionales.

En el plano epistemológico, interés de este artículo, el planteo freireano implica una teoría del conocimiento que promueve, a través de un trabajo educativo crítico, la transformación de un conocimiento ingenuo de la realidad por uno crítico y objetivado. Para Freire el conocimiento se produce en la intersubjetividad ya que los hombres no conocen solos sino en relación con otros, de manera conjunta mediatizados la realidad que los involucra.

Para Freire el conocimiento no es algo dado, ni está hecho ni acabado, sino que es una construcción por la que los

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

hombres van percibiendo críticamente cómo están siendo en el mundo *en que, con qué y con quienes* están (Freire, 1990). Su método de conocimiento se basa en el saber popular como condición inicial de análisis. Su propósito es problematizar a las poblaciones en sus saberes previos para estar en condiciones de re-construirlos otorgándoles de sentido crítico en relación a su contexto (Vogliotti y Juárez, 2012).

Pensar la dinamización del saber académico del médico y los saberes populares del consultante suponen, desde una perspectiva freireana, una relación de horizontalidad entre ambos que se establece desde un plano dialógico donde no hay dominio de uno sobre otro (a diferencia de las relaciones médico-pacientes tradicionales) sino que, en el encuentro se produce un acercamiento basado en el respeto a sus saberes y una construcción de significados que se va realizando conjuntamente.

No obstante, en relación a la especificidad del objeto de conocimiento convocante el médico posee un saber académico nuevo o diferente al que dispone el consultante desde sus saberes populares previos, ofreciendo ambos en el encuentro novedad en los saberes que permitirá resignificar en base a lo que ya saben, representando un avance sobre los que se asentarán nuevos aprendizajes en salud.

En este punto podría preguntarse *¿Pueden pensarse algunos saberes populares en salud como conocimientos ingenuos de la realidad?* Para Freire (1974) el conocimiento ingenuo es el modo de conocer la realidad que naturaliza situaciones de diferenciación e injusticia, que no las cuestiona sino que las acepta acríticamente. Es un conocimiento que mitifica la realidad y la interpreta de manera concreta desde lo próximo e

inmediato de la situación. Se trata de un conocimiento parcial que desconoce dimensiones de la vida cultural humana vinculada a aspiraciones, utopías que implican una descentración cognitiva basada en un conocimiento explicativo de la realidad.

Algunos saberes populares pueden poseer un correlato de misticismo, mezcla de realidad y tradición, conocimientos que se han ido aceptando como verdades incuestionables que llevan a pensar en la posibilidad de su ingenuidad. En este escenario, a través del encuentro dialógico, el médico deberá percibir si estos saberes populares son ingenuos, vinculados a lo mítico, lo erróneo o incierto en salud, orientando sus acciones para re-significarlos o desnaturalizarlos a través de la problematización en conocimiento crítico, reflexivo y objetivado de la realidad sociosanitaria como de la situación en salud-enfermedad, identificando los aspectos que caracterizan este saber ingenuo en su estructura y su impacto en el desarrollo vivencial haciéndolo consciente a través de la visibilización de distintas prácticas para transformarlo.

Conclusiones

Hay otras historias más allá de la historia de Occidente... (Souza Santos, 2009).

Diferentes contextos de la realidad y sus grupos humanos manifiestan múltiples formas de vivenciar, conocer y organizar sus saberes. Éstos gestionan su salud y enfermedad a partir de distintas concepciones y representaciones, desde diversas medicinas y de terapias culturalmente validadas, de prácticas de salud populares, algunas de las cuales nada tienen que ver con la forma

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

occidental que se ha instalado de promover y gestionar la enfermedad (no la salud) desde una racionalidad capitalista basada en el lucro.

Lo analizado hasta aquí ha pretendido reconocer que una de las tareas primordiales de la salud comunitaria desarrollada en el Primer Nivel de Atención por parte de médicos y médicas pediatras implica tomar en cuenta y respetar los saberes populares en salud de las poblaciones con que se trabaja, interactuando con ellos considerando que esta es una vía eficaz para elevar el rigor y acierto de los saberes y prácticas populares en salud.

Esta tarea se enmarca en nuevos procesos de valorización de conocimientos y de relaciones entre diferentes tipos de conocimiento que Souza Santos viene llevando adelante desde lo que denomina como “Epistemologías del Sur” y que Freire promulgó desde los años 60` y aun lo hace desde la vigencia de su pensamiento vivo sobre una “investigación epistemológica”. Ambos centrados en una valorización de conocimientos populares de aquellos grupos humanos que han sufrido distintas formas de sometimiento y marginación.

En este sentido, el análisis realizado permite reflexionar sobre lo emergente en relación al saber popular y su correlato en las prácticas médicas pediátricas (Juárez, 2012) siendo posible advertir:

- Cómo los profesionales que valoraron y utilizaron esos saberes populares en salud, manifestaron en sus encuentros mayor proximidad, confianza y conocimiento de la realidad de sus consultantes y sus familias, indagando activamente en las consultas, no solamente en estos

saberes, sino en cuestiones psicosociales como contextos de procedencia de sus consultantes, sus condiciones de vida, situaciones laborales y dinámicas psicoafectivas en que ellos estaban involucrados.

- Contrariamente, aquellos profesionales que manifestaron actitudes de desdén y negación a los saberes populares de las poblaciones a las que atendían, realizaban una práctica restringida a lo asistencial sin salida a la comunidad. Sus relaciones con consultantes fueron acotadas a lo bioclínico y/o patológico motivo de consulta.

–

De perpetuarse y naturalizarse este tipo de prácticas profesionales en salud se vislumbra un escenario poco halagüeño donde la indiferencia a estos saberes, su negación, acompañada de la cosificación a los consultantes y a los referentes populares no hará más que contribuir a incrementar una “barrera psicosociocultural” (Juárez y Saforcada, 2013) entre efectores y consultantes de contextos pobres, reconocida como problema de este estudio, poniendo en riesgo toda posibilidad de acceso a los servicios de salud.

Lo planteado intenta dar cuenta de la necesidad de “reconocer otras formas de comprensión” (Laso Toro, 2012) de buscar “formas plurales de conocimiento” (Souza Santos, 2009) en el campo de la salud desde la posibilidad de asumir posicionamientos “salubristas expansivos” (Saforcada, 2002) conjugados con enfoques “dialógico críticos” (Freire, 1970). Se trata de una apuesta por la formación de los efectores

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

del componente formal como profesionales humanistas ávidos de indagar en los saberes que traen consigo las poblaciones consultantes para ponerlos en interacción con sus propios saberes y así promover conocimiento crítico y reflexivo de las realidades sanitarias.

Viabilizar la posibilidad de emplear un conocimiento popular que se sirve de una pluralidad de métodos local y temporalmente codificados, que se basa en una racionalidad relativista cultural y en una causalidad popular dialéctica (Montero, 2006) nos exige a los profesionales, técnicos, académicos e investigadores de las Ciencias Humanas y Sociales ponernos a su servicio desde la posibilidad de generar rupturas pero más aun aperturas desde actitudes utópicas y esperanzadas de hallar respuestas a preguntas para las que los viejos y desfasados modelos -algunos aun vigentes- poco o nada han aportado...

Referencias bibliográficas

Acioli, S. (2008). A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev. bras. enferm.* 61(1), 117-121. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>

Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Alvim, T. & Ferreira, M. (2007). Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 16,(2), 315-319. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf>

Backes, D; Lunardi Filho, W. & Lunardi, V. (2005). A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto contexto - enferm.* 14, (3), 427-434. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a15.pdf>

Balint, M.; Balint, E.; Gosling, R & Hildebrand, P. (1984). *La capacitación psicológica del médico. Evaluación de los resultados de un programa de posgrado para médicos clínicos.* Barcelona: Gedisa.

Boltansky, L. (1975). *Descubrimiento de la enfermedad.* Madrid: Ciudad Nueva.

Campos, M. (s/f). *Sociedade e natureza: da etnociência à etnografia de saberes e técnicas.* Recuperado de: <http://www.sulear.com.br/texto04.pdf>

Campos, M., & Brandão, C. (1992-1995). *Homem, saber e natureza (HOSANA), Sistemas cognitivos e formas culturais de apropriação do meio ambiente entre pescadores, caiçaras, e camponeses tradicionais de São Paulo.* Projeto Temático FAPESP-91/0750-9.(1992-1995). Executor Marcio D'Olne Campos. Coords.: Marcio D'Olne Campos (litoral) e Carlos R. Brandão (montanha).

Cores, A. (2009). La educación popular en salud salva: proyecto freireano en tiempos del neoliberalismo. *Cad. CEDES.*29, (79), 419-427. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/10.pdf>

De Lellis, M; Álvarez González, M; Rossetto, J. & Saforcada, E. (2006).

- Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.
- Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Elliott, J. (1991). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
- Entrevista a Francisco "Paco" Maglio. (2009). Entrevista a un MAESTRO de la Medicina. En: *Residentes Hospitalarios*. 3 (1) 4-7.
- Escotorin, P., Juárez, M.P., Cirera, M., & Roche-Olivar, R. (2011). La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes. En P. Escotorin, & R. Roche (Eds.), *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas*. (pp. 22-36). Barcelona: Fundación Martí L'Humà.
- Feldman- Stewart, D; Brundage, M.D & Tishelman, C. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*. (14), 801-809. Recuperado de: www.interscience.wiley.com
- Ferenczi, S. (2008). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932* (J. Etcheverry, Trad). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1985).
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. (1° ed. en castellano, 1970). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1974). *Educación como práctica de la libertad*. (1° ed. en castellano, 1965). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación. Cultura poder y liberación*. (1° ed. en castellano, 1989). Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la esperanza*. (1° ed. en castellano, 1992). México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. (1° ed. en castellano, 1997). México: Siglo XXI.
- Freire, P. (2007). *Cartas a Guinea-Bissau. Apuntes de una experiencia pedagógica en proceso* (1° ed. en castellano 1977). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Juárez, M.P (2012). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud. Estudio de casos y propuesta de formación médica en pedagogía dialógica*. Tesis de Doctorado en Psicología (no publicada). Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- Juárez, M.P (2013). *Dimensiones de la salud comunitaria que consideran médicos y médicas pediatras del Primer Nivel de Atención. Reflexiones y desafíos*. En prensa.
- Juárez, M.P. y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Revista Salud & Sociedad*. 4 (3), 1-29.
- Lain Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.
- Lasso Toro, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, 10 (2), 123-133.

- Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.
- Maglio, F. (2008). *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires: Zorzal.
- Meeroff .M (1999). *Medicina Integral, Salud para la comunidad*. Buenos Aires: Catálogos Editora.
- Mendoza González, Z (s/f). La relación del personal de salud/paciente: el problema de la asimetría. *YOLPAHTLI. Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios*. [En línea]. Disponible en: xa.yimg.com/kq/groups/20539991/819007127/name/8.pdf
- Mendoza González, Z. (1997). *¿Enfermedad para quién?: saber popular entre los triquis*. [En línea]. Disponible en: www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/52/cnt/cnt5.pdf
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudio de caso en la investigación sociológica. En: Vasilachis de Gialdino, I (Ed.) *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-237). Barcelona: Gedisa.
- Saforcada, E (2010). Disertación de apertura al Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del MERCOSUR. Universidad Nacional de San Luis. San Luis – Argentina. 15, 16, 17 y 18 de Septiembre de 2010.
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E; De Lellis, M & Z. Mozobancyk. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y Práctica*. Madrid: Morata.
- Souza Santos, B. (2005). *La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Souza Santos, B. (2009). *Una Epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Stake, R. (1998). *La investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Fundamentos de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Enraizada*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Torres, H; Candido, N; Alexandre, L. & Pereira, F. (2009). O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. *Rev. bras. enferm.* 62, (2), 312-316. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a23v62n2.pdf>
- Vidal y Benito, M.C. (2010). *La relación médico-paciente. Bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Juárez, María Paula. A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria.

Vogliotti, A, & Juárez, M, P. (2012). *Glosario Freireano. Significados para comprender y recrear la teoría Paulo Freire*. Córdoba: Sarmiento Editor.

Yañes Medina, T; Cuñarro Conde, E; & Guillén de Romero, J. (2012). La episteme popular como elemento dinamizador del quehacer comunitario. Caso: Consejos Comunales en Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales RCS*. Vol XVIII, N° 4, 657-669.

Recebido em 08/09/2014

Aprovado em 09/02/2017