

HISTÓRIAS DE CUIDADO FRENTE AO ENVELHECIMENTO HUMANO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Verbena Santos Araújo (1); Brenna Stefani Meira Acioly (2)

(1)Escola de Saúde de Natal/Universidade Federal do Rio Grande do Norte: verbena.bio.enf@hotmail.com;

(2)Universidade Federal da Paraíba:brenameira@hotmail.com

RESUMO: O envelhecimento humano é uma realidade em todo o mundo e revela particularidades em relação ao cuidado, uma vez que é uma etapa de vida caracterizada por perdas significativas que impactam na qualidade de vida dos idosos. Quando do cuidado de si nota-se um novo espectro de possibilidades em que os idosos, enquanto protagonistas de sua própria história de vida, buscam alternativas para encarar o processo de envelhecimento de maneira positiva na busca pela longevidade com qualidade. Assim, o estudo objetiva revelar as práticas de cuidado utilizadas pelos idosos, atendidos na Estratégia Saúde da Família para melhorar a sua saúde e bem estar, a fim de compreender sua reinserção social e quebrar paradigmas e preconceitos. Estudo de abordagem qualitativa realizada com seis idosos, a partir do método da história oral descrita por Bom Meihy. As informações foram coletadas em maio e junho de 2014 e analisadas através da técnica de análise de conteúdo temática e seguiu os preceitos da resolução 466/12. Do material empírico emergiram dois eixos centrais que revelaram a importância de se desconstruir verdades absolutas que envolvam conceitos de práticas de cuidado e o saber popular como forma de empoderamento. A utilização de práticas do cuidado informal pelos idosos está estritamente relacionada à dificuldade que apresentam em compreender e seguir o tratamento prescrito e revelou a valorização cultural e das suas crenças, enquanto ferramentas de empoderamento, junto ao seu território.

Descritores: Idoso, Terapias Complementares, Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde é tema de discussões recorrentes, já que a melhoria das condições de vida, e não apenas de saúde da população, é extremamente relevante. Trata-se de uma importante estratégia para desmistificar os inúmeros problemas de saúde que afetam as populações humanas, pois favorece a melhoria do bem estar das pessoas, promovendo a saúde e não apenas reabilitando-as⁽¹⁾.

O perfil atual da população brasileira, no tocante a expectativa de vida, tem mudado radicalmente, pois o envelhecimento é crescente e anda a passos largos. Esse cenário passa a ser um desafio político, social, e econômico além de acarretar uma demanda específica aos serviços de saúde e um cuidado qualificado a ser prestado a essa clientela⁽²⁾.

O envelhecimento populacional, aliado à falta de políticas públicas, voltadas a esta nova realidade mundial, preocupa a todos os segmentos da sociedade, uma vez que vivenciam este processo⁽³⁾. É relevante pontuar que, viver mais é importante, desde que seja possível agregar bem estar, e saúde a estes anos adicionais, sendo, portanto, necessário o desenvolvimento de novos olhares e de novas alternativas de cuidado.

O processo natural de envelhecimento traz limitações ao indivíduo, as quais ocorrem em decorrência da instalação de doenças crônicas, e incapacitantes, declínio físico, e muitas vezes intelectual. Tais limitações acarretam impactos importantes frente às esferas sociais, econômicas, epidemiológicas, e familiares, logo há uma necessidade de se empenhar esforços no objetivo de se conhecer a fundo o fenômeno do envelhecimento, priorizando estes esforços na manutenção da independência, e autonomia do indivíduo⁽⁴⁾.

A complexificação do cuidado ao idoso, a redução numérica dos componentes da família e as alterações na cultura familiar e social são características desfavoráveis para essa parcela da população em crescimento exponencial, requerendo ampliar o espectro de apoio a este, somados a esses e outros fatores, estão os longos anos de vida já vividos e as experiências por eles reveladas⁽⁵⁾.

Em detrimento ao aumento da expectativa de vida e melhoria da qualidade de vida do idoso, o surgimento da abordagem multidimensional na saúde está relacionado a diversas crises paradigmáticas: à fragmentação do conhecimento, levando à construção de modelos explicativos e reducionistas sobre o processo saúde-doença; avanço e predominância do modelo hospitalocêntrico e curativista, puramente tecnicista no tratamento e na recuperação da saúde; supervalorização do ter mais do que o ser; subestimação do ser humano, nos aspectos econômicos, políticos e sociais, entre outras. Esses e outros fatores têm levado a humanidade a uma síndrome coletiva de mal-estar que resulta na perda de valores essencialmente humanos⁽⁶⁾.

Tais aspectos são ainda mais intensos ao se falar de idosos, diante das inúmeras situações que afetam a sua saúde, além das alterações biológicas inerentes ao avançar da idade.

O envelhecimento humano é um período de intensas alterações psicológicas e sociais, requerendo, para o alcance do seu bem-estar, suporte dos familiares, cuidadores e profissionais das mais diversas áreas envolvidas com a saúde e além dessa⁽⁷⁾. Portanto, torna-se importante o surgimento de alternativas capazes de minimizar esses efeitos deletérios e que possam reverter as

situações de risco e vulnerabilidade, visto que a velhice pode ser caracterizada pela maneira como a sociedade determina e encara o envelhecer, sendo mais forte que a percepção do idoso a respeito do seu envelhecimento, o que nem sempre corresponde ao seu estado de velhice⁽⁸⁾.

À luz desta discussão, podemos dizer que envelhecer de maneira saudável implica, não apenas na possibilidade dos idosos disporem de cuidados em relação aos problemas de saúde mais comuns nessa etapa da vida, mas, também no reconhecimento das suas possibilidades e necessidades específicas⁽⁹⁾. Além de saúde física, é preciso respeito, e a possibilidade de se sentirem ativos em sua comunidade com oportunidade de se expressarem livremente, sendo assim indispensável um olhar multidimensional do cuidado.

Assim, a utilização de práticas de cuidado direcionadas aos idosos demonstra novos tipos de estratégias frente às carências do sistema de saúde, principalmente em relação à saúde mental, e vem sendo uma aliada bastante propícia para melhorar a condição de saúde da população idosa. E cada vez mais a população tem buscado outros mecanismos terapêuticos e outros terapeutas, que nem sempre são profissionais graduados, para sanar os problemas vivenciados no cotidiano⁽¹⁰⁾.

No Brasil, o interesse pelo tema “Práticas de cuidado no envelhecimento” emergiu dessa preocupação urgente, tanto social quanto científica diante do crescimento acentuado da população idosa com a promoção e qualidade de vida, trazendo consigo inúmeras mudanças nos âmbitos político, econômico, comportamental e de saúde em geral⁽¹¹⁾.

Um aumento no desenvolvimento científico-tecnológico, nos campos sociais e da saúde, tais como a descoberta de novas medicações, tratamentos, o incentivo ao autocuidado, às terapias holísticas e alternativas, associado à procura de um padrão de vida saudável têm diminuído as taxas de mortalidade acentuadamente, o que culminou com uma maior expectativa de vida na população idosa⁽¹²⁾. O campo da Saúde Pública, através da promoção da saúde, e prevenção de agravos tem um importante papel neste processo, pois se acredita que é importante o estudo da saúde, e do bem estar desse novo perfil de sociedade, e as práticas de cuidado empreendidas pelos idosos na conquista desse ideal.

Decorrente deste contexto torna-se imperativo compreender os sentimentos relacionados a essa etapa da vida, na medida em que a ampliação destes conhecimentos podem auxiliar os programas voltados para a saúde, e a tomada de decisão diante da criação de estratégias de cuidado. A velhice

faz parte do ciclo natural da vida, configurando-se como um processo complexo que envolve perdas e ganhos, os quais são intensificados conforme os fatores internos e externos, estrutura social e cultural onde o sujeito é situado⁽¹³⁾. Tais fatores e características fazem com que o universo do envelhecimento torne-se particular e inclui sentimentos próprios e com significados diferenciados frente as outras etapas de vida.

Neste contexto, observa-se que o modelo de atenção centrado na assistência individual e curativa e, mais do que isto, com ênfase absoluta no atendimento hospitalar, não soluciona os problemas de saúde, e nem satisfaz mais a clientela, principalmente a da terceira idade que necessita de um atendimento individualizado e diferenciado mediante os problemas de saúde que os assola nessa etapa de vida.

Por esta razão, a questão que norteou esse estudo convergiu para a seguinte inquirição: Que estratégias de cuidado os idosos utilizam a fim de obter uma melhora na sua saúde?

Frente à inquietude exposta, surge à necessidade de evidenciar as práticas de cuidado utilizadas pelos idosos, atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), para melhorar a saúde e o bem estar. Dessa forma, objetivou-se revelar as práticas de cuidado utilizadas pelos idosos, atendidos na Estratégia Saúde da Família para melhorar a sua saúde e bem estar.

METODOLOGIA

Estudo de recorte da pesquisa intitulada “Projeto Práticas de Cuidado no Sistema Formal e Informal de Saúde”, de caráter descritivo com abordagem qualitativa, através do método de Historia Oral (HO), visando revelar as práticas de cuidado utilizadas pelos idosos para melhorar a saúde e o bem estar.

A HO é um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo⁽¹⁴⁾.

O cenário do presente estudo foi a Unidade de Saúde da Família Integrada Grotão, localizada no bairro do Grotão, cidade de João Pessoa, Paraíba. A rede de estudo foi composta por seis idosos, com idade superior a 65 anos, que mostraram interesse e disponibilidade em participar do estudo.

Com o intuito de preservar a identidade dos colaboradores, estes foram identificados com nomes de plantas medicinais.

O material empírico foi produzido através de entrevista semiestruturada e orientado pela seguinte questão norteadora: Que estratégias de cuidado os idosos utilizam a fim de obter uma melhora na sua saúde?

A pesquisa foi realizada no ano de 2014, em duas etapas, sendo que na primeira foi desenvolvida a observação participante, com registros em diário de campo, visando à aproximação do pesquisador com o cenário de prática, e os colaboradores do estudo. Na segunda etapa, direcionada a coleta de informações, após esclarecimentos dos objetivos do estudo, e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e carta de cessão, foram realizadas as entrevistas orais⁽¹⁴⁾. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB, tendo sido aprovado e recebido o número de protocolo 0059.

Para a viabilização da pesquisa empírica, as perguntas de corte utilizadas na entrevista foram: Como você se sente neste momento da sua vida? O que significa velhice pra você? O que o senhor (a) tem feito para envelhecer bem? Como o senhor (a) tem se cuidado? Como as ações da USF têm lhe auxiliado nesta etapa da vida? Que práticas complementares o senhor (a) tem usado pra se cuidar? Que cuidados utilizados pelo senhor (a) foram, ou têm se tornado uma tradição familiar? Estas questões perpassaram todas as entrevistas e relacionaram-se com a comunidade de destino constituintes da identidade do grupo e com o objeto de estudo.

A partir do material empírico analisado emergiram dois eixos centrais que revelaram as histórias dos idosos frente ao cuidado na velhice, intitulados: Desconstruindo verdades absolutas que envolvam conceitos de práticas de cuidado, e o saber popular como forma de empoderamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão do material empírico produzido foi guiada pelo tom vital das narrativas e pela identificação de dois eixos temáticos de maior significação das experiências vividas por cada uma dos colaboradores: Desconstruindo verdades absolutas que envolvam conceitos de práticas de cuidado, e o saber popular como forma de empoderamento.

Eixo 1: Desconstruindo verdades absolutas que envolvam conceitos de práticas de cuidado

Os discursos monofônicos existentes na relação profissional usuário dificultam a abertura para outras possibilidades narrativas, muitas vezes impedindo o contato com dúvidas, incertezas e questionamentos que, se fossem realmente exploradas, poderiam flexibilizar os limites de relacionamento entre as partes e assim transformar uma conversa dominante em uma conversa colaborativa, criando-se uma geração de possibilidades, inclusive de compartilhamento de saberes e experiências, o que tornaria mais fácil a sua adesão ao tratamento medicamentoso⁽¹⁴⁾.

Porém, o que se observa nas falas das colaboradoras são conversas monológicas, que não abrem espaço para o diálogo. Portanto, a pluralidade de vozes é submergida por uma voz dominadora e autocontida, como se observa na fala das colaboradoras abaixo.

*Eu pergunto ao doutor, mas ele fala tão rápido, e eu não tenho como seguir as coisas que ele manda... então eu faço um chá, e minha pressão baixa do mesmo jeito, acho que é emocional (**Aroeira**)*

*Se a gente usa tal chá para tal doença há mais de trintas anos, e dá certo, então é bom. Eu vou confiar mais em quem? Na minha mãe, que criou 12 filhos, ou em um médico, que nem conhece da vida? (**Alfazema**)*

Diante destas revelações, infere-se que os profissionais de saúde precisam entender melhor que o seu lugar no mundo das relações de cuidado deve mudar, ou seja, eles devem sair da zona de conforto onde se veem como donos da verdade, se iludindo ao querer saber o que o outro, de fato, necessita e se por no lugar do outro enquanto ser humano multidimensional, necessitando de cuidados e zelo. Isto não quer dizer que se deve negar o conhecimento técnico-científico ou especializado, fundamental à boa prática médica, muito pelo contrário, o que não pode acontecer é lançá-lo como o único recurso construtor do cuidado, pois esse pode ser erguido por várias mãos e pensamentos, atitudes e concretudes⁽¹⁴⁾.

Eixo 2: O saber popular como forma de empoderamento.

As colaboradoras revelaram que fazem uso de alternativas de tratamento, na busca de se sentirem melhor e de auxiliar na cura e reabilitação não só de suas enfermidades, mas das enfermidades da comunidade, como sugere a fala a seguir:

Só na minha rua eu já cuidei de bem dizer, todos. É dor de ouvido, é diarreia. Boto arruda no ouvido, faço chá de olho de pitanga, as mães todas me agradecem. Adoeceu, dizem logo, chama D. Alfazema. Mesmo quando o médico passa o remédio, eles me procuram porque confiam mais na minha experiência. Já criei muito menino. Vi morrer de quebranto, já rezei, todo mundo me conhece, me respeita. (Alfazema)

Os colaboradores ainda referiram se sentirem valorizados e autônomos na tomada de decisões ao serem requisitados a exercer esse tipo de cuidado, como expresso nas falas das colaboradoras abaixo:

A vida toda eu trouxe a vida pra esse mundo, quero trazer muito mais. Eu não consigo mais fazer parto, mas eu sei cuidar, rezar, fazer banho... E as mães me procuram mais que aos médicos, elas confiam em mim. Porque eu estou aqui. (Aloe Vera)

Tudo que eu preciso está aqui no meu quintal, tem tanto que eu dou aos vizinhos, levo pra enfermeira... Ela sabe que eu entendo disso, meu pai e minha mãe, que Deus os mantenha em bom lugar, me ensinaram muito. Me orgulho de saber fazer meu remédio, de mexer na minha terrinha. Levo acerola, manga, disse a ela que tomasse o suco da acerola bem forte, com mel, em jejum. (Erva doce)

Ela disse que qualquer dia me chama pra dar minhas receitas lá no posto. Só assim pra eu ir lá, minha saúde é muito boa, eu só uso coisa natural. (Barbatimão)

Uma relação colaborativa entre profissionais e usuários pode contribuir em uma melhor adesão ao tratamento o que pressupõe que todas as ações conscientizadoras impliquem na troca de experiências, questionamentos e humanização dos pacientes, e não em atos dominadores, informativos e distantes da realidade⁽¹⁴⁾.

A falta de vínculo observada no mundo das relações, hoje cada dia mais líquidas e mais superficiais, faz com que as pessoas se distanciem e não procurem manter intimidades, afastando-as e criando entre elas um sentido de vazio e de egocentrismo. No mundo da saúde e suas relações, que deve ser de troca e de partilha, esse tipo de distanciamento está cada dia mais presente, uma vez que certos profissionais embutem-se de superioridade e se autoestimam de tal maneira que chegam a desconsiderar o outro e/ou até mesmo ignorá-lo, fazendo com que se estabeleçam relações de mão única onde só existe aquele que manda e o que obedece, independentemente das circunstâncias ou necessidades.

Esse distanciamento, que também pode ser evidenciado no mundo das relações entre os usuários e os profissionais da saúde, coopera para que os usuários, neste caso, os idosos busquem

alternativas diversificadas de tratamento, que em muitos casos acaba por substituir o tratamento medicamentoso o que aponta para um risco iminente de não adesão ao mesmo, levando a sua descontinuidade ou até mesmo ao desenvolvimento de riscos maiores e agravamentos dos quadros clínicos.

É importante que se enfatize a necessidade da construção de um cuidado multidimensional, que observe no outro as suas singularidades e particularidades, pautado na confiança e no respeito, que considera todos os significados socialmente construídos acerca do mundo social, seja nas conversas sobre o que é bom ou mau, correto ou incorreto, normal ou patológico, cuidado ou descuidado, positivo ou negativo, enfim, buscando sempre traçar negociação entre visões de mundo diferentes, a fim de que se consiga o máximo de acertos possíveis nessa relação de continuidade, na busca pelo entendimento compartilhado de cuidado.

Nesse ínterim, é preciso levar em consideração o fato que à medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida se vê determinada, em grande parte, por sua capacidade de manter a autonomia e a independência, as quais podem vir com a valorização do saber adquirido com a experiência de vida, uma vez que o idoso traz toda uma prática de cuidado embutida em sua história de vida, seja aprendida com a mãe, avós, ou experimentando-a⁽⁴⁾.

Sendo assim, as práticas de cuidado trazidas pelo usuário devem ser encaradas como colaborativas e valorizadas pelo profissional, tanto numa tentativa de fortalecimento de vínculo, quanto pela credibilidade que este conhecimento adquire perante a comunidade.

Quando o conhecimento é compartilhado com a comunidade confere a este idoso o papel de cuidador de todos, uma espécie de líder, que cura, que cuida dos que estão ao seu redor. Portanto, desenvolver este papel de cuidador acaba sendo mais uma prática de cuidado informal, já que esta valorização traz ao idoso bem-estar, vitalidade, força⁽¹⁵⁾.

Sabendo que o cuidado é uma prática que ocorre nas relações sociais e desse modo se constitui pelos movimentos de aproximação dos saberes populares com os científicos, torna-se imperativa a necessidade da coexistência entre as práticas de cuidado convencionais (formais) e práticas de cuidado complementares não convencionais (informais)⁽¹⁶⁾.

Para adentrar nesse universo do cuidado, conhecer o processo de envelhecimento, suas dores, e suas competências permite aos profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, planejarem

estratégias fundamentadas na realidade, que permitam proporcionar a manutenção da autonomia e independência do idoso⁽⁴⁾.

Infelizmente, o modelo biomédico fez com que o indivíduo fosse visto por partes, porém as mudanças no conceito de cuidado trouxeram à tona a necessidade de se enxergar o indivíduo como mente, corpo, comportamento, e meio ambiente. Nesse contexto, as práticas de cuidado informais e o empoderamento do conhecimento destas práticas são capazes de proporcionar ao idoso uma considerável melhora na qualidade de vida⁽¹⁷⁾.

Nesse novo cenário, o conhecimento empírico, apesar de, ainda, pouco valorizado, tem se mostrado em pesquisas como capaz de gerar ótimos resultados, o que reforça a necessidade de se valorizar o conhecimento popular⁽¹⁸⁾.

De certo existe um significado simbólico atrás das práticas informais de cuidado, é o saber de uma comunidade valorizado, é a possibilidade do idoso exercer um papel ativo, reconhecido no território onde ele vive e que deve ser levado em consideração para que o cuidado, realmente, se efetive em sua multidimensionalidade. Nesse ínterim, as práticas informais não se colocam em oposição às práticas formais, elas se abraçam, se unificam, a partir do momento em que o indivíduo, no caso, o idoso é percebido em sua totalidade⁽¹⁹⁾.

Assim, o conhecimento da medicina popular, a partir do momento que é reconhecido e valorizado, passa a não mais constituir um conjunto fragmentado de práticas de cura, tornando-se um sistema complexo e articulado de conhecimentos. Portanto, o saber popular passa a se relacionar ao conhecimento científico, apropriando-se de seus elementos e adaptando-os ao contexto sociocultural local⁽¹⁸⁾. Torna-se então, nesse cenário, uma possibilidade a mais de empoderamento para os idosos, como forma alternativa a complementação da terapêutica instituída.

CONCLUSÃO

Com esse estudo pode-se concluir que mesmo utilizando as práticas de cuidado formais, os idosos também praticam o cuidado informal, seja como terapêutica principal, ou coadjuvante. O estudo deixa claro que a utilização de práticas do cuidado informal pelos idosos está estritamente relacionada à dificuldade que eles têm em compreender e seguir o tratamento prescrito pelo

profissional aliado as suas crenças e cultura, que são verdadeiras ferramentas de empoderamento do idoso junto ao seu território.

Observou-se que o saber dos idosos é reconhecido e compartilhado na comunidade o que auxilia na cura e reabilitação não só de suas enfermidades, mas nas dos demais. É certo que os idosos possuem um conhecimento empírico, fruto de sua longa estrada de vida, de suas crenças e de suas práticas de cuidado, que não pode ser desprezado ou passar despercebido frente às inúmeras necessidades que o idoso apresenta em relação à fragilidade e vulnerabilidade de sua saúde.

A partir dos resultados deste estudo, espera-se contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas que tenham como foco de investigação as histórias de cuidado, não apenas durante a senescência, mas em todas as etapas da vida, proporcionando, dessa maneira, a consolidação de uma prática de cuidado voltada para a essência do ser humano e sua multidimensionalidade, com ações multidisciplinares para o fortalecimento pessoal e autonomia no cuidar, com vistas ao processo de reabilitação e inclusão deste na sociedade. Além de servir como referencial para a ação de profissionais de saúde uma vez que, o respeito e valorização dos saberes tradicionais em saúde dos idosos pode ser um elo de confiança e aproximação entre o profissional e o indivíduo, criando ou reforçando laços de reciprocidade já existentes e necessários ao cuidado humano.

REFERENCIAS

1. Araújo VS, Cabral GA, Bustorff LACV, Dias MD. Perception of nurses on health education in primary care. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jun 22]; 3(5):189-98. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1934/pdf_541
2. Camacho ACLF, Abreu LTA, Leite BS, Mata ACO, Tenório DM, Silva RP. Validation of information booklet about the elderly with dementia: an observational-transversal study. *Online Braz J Nurs* (Online) [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 22]; 1(1):145-61. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4010>
3. Mourão CA, Silva NM. Influência de um programa de atividades físicas recreativas na autoestima de idosos institucionalizados. *RBCEH* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 22]; 7(3):324-34.
4. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 22]; 44(2):407-12. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40555/43681>

5. Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. Esc Anna Nery (Online) [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 18]; 14(4):833-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a25.pdf>
6. Pinheiro R, Matos RA. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2006.
7. Cruz ALB, Martins AKL. Perception of elderly health promotion: view of community health agents. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 15]; 4(3):1484-91. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1056/pdf_146
8. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
9. Zenevycz LT, Moriguchi Y, Madureira VSF. O vivenciar da espiritualidade nas alegrias e tristezas experienciadas no processo de envelhecimento e atitudes tomadas frente a elas. RBCEH [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 01]; 9(1):98-108. Available from: <http://www.perguntaserespostas.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1963/pdf>
10. Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. Rev Eletr Enf [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 18]; 10(4):1004-14. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a12.htm>
11. Miranda LCV. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um centro de referência, em Belo horizonte, Minas Gerais [dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [cited 2014 Nov 18]; Available from: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/839M.PDF>
12. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Informações em Saúde – NIS. Sistema de informação sobre mortalidade no Rio Grande do Sul. [cited 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=746>
13. Dias MAF, Paúl C, Watanabe HAW. Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia. Rev Kairós Gerontologia [Internet] 2014 [cited 2014 Mar 05]; 17(1):125-43. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20286/15062>
14. Guanaes-Lorenzi C. A Construção do Cuidado no Diálogo entre Usuários e Profissionais de Saúde. Sau & Transf Soc [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 24]; 4(3):43-51. Available from: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2287/3030>
15. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino e integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006.

16. Ceolin T, Ceolin S, Heck RM, Noguez PT, Spuzza ADZ. Relato de experiência do curso de plantas medicinais para profissionais de saúde. Rev. Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2014 mar 31]; 37(2):501-11. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/502/pdf_422
17. Dutra MG. Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis. Goiás: Evangélica; 2009.
18. Simões JP. Benzedeiras de Maruípe: uma prática de cuidado humano em extinção [dissertação] [Internet]. Vitória: Universidade Federal de Espírito Santo; 2014 [cited 2015 Jan 31]; Available from: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1211/1/Dissertacao.Juliana%20Paereira%20Simoes.pdf>
19. Barros NF. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/FAPESP; 2000.