

CABELOS DE PRATA: A MATURIDADE EM MOVIMENTO

Ricardo Henrique Vieira de Melo (*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*
ricardohvm@gmail.com); Thásia Costa (*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*
thaziac1304@gmail.com); Rosana Lúcia Alves de Vilar (*Universidade Federal do Rio Grande do*
Norte rosanaalvesrn@gmail.com)

RESUMO

O presente texto consiste em um relato da experiência de um projeto de extensão universitária denominado *cabelos de prata: a maturidade em movimento*, que teve por objetivo promover a melhoria da qualidade de vida do idoso a partir da prática de atividades físicas supervisionadas, em uma Unidade de Saúde da Família de uma capital do nordeste brasileiro. A experiência fez parte de uma pesquisa nomeada *corpo, cultura e cuidado de si: reflexões e ações em Estratégias de Saúde da Família*, desenvolvida entre os anos de 2013 e 2014. Possui natureza qualitativa, enquanto se aproxima das características de um estudo de campo, onde o objeto é abordado em seu meio próprio ambiente, ancorado no suporte da fenomenologia de Merleau-Ponty e na teoria da dádiva de Mauss, relacionando a expressividade das pessoas com as situações vividas e comunicadas. Participaram da vivência 53 idosos, portadores de síndrome metabólica, residentes no território de abrangência. Para a coleta de dados foram utilizadas a observação participante e a entrevista semiestruturada. A promoção à prática de exercícios físicos regulares constitui um desafio para os profissionais de saúde. A continuidade das atividades poderá melhorar prevenir sofrimentos emocionais, pelo combate aos estados de ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social. A tessitura de laços de solidariedade permitiu que a transversalidade da dimensão cuidadora, pedagógica e emancipadora dos serviços de saúde fosse capaz de melhorar a qualidade de vida, fortalecer a cidadania e produzir transformações positivas no cotidiano dos participantes.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

ABSTRACT

This text consists of a report of a so-called extension project *Silver hair: the moving maturity*, which aimed to encourage improvements in the quality of life of the elderly from the practice of supervised physical activities in a Health Unit Family of a northeastern Brazilian capital. The experience was part of a research named *Body, culture and caring for yourself: reflections and actions in the Family Health Strategies*, developed between the years 2013 and 2014, qualitative, as it approaches the characteristics of a field study where the object is approached in their midst own environment, anchored in support Merleau-Ponty's phenomenology and theory of gift from Mauss, relating the expression of the people lived and communicated situations. Attended the 53 living elderly, persons with metabolic syndrome, residing in the territory of coverage. For data collection were used participant observation and semi-structured interview. Promoting the practice of regular exercise is a

challenge for health professionals. The continuity of activities can improve prevent emotional distress at combating states of anxiety, sadness, depression and social isolation. The fabric of solidarity allowed the mainstreaming of care dimension, educational and emancipatory health services were able to improve the quality of life, strengthen citizenship and produce positive changes in the daily lives of participants.

Keywords: Health of the Elderly, Health Promotion, Family Health.

INTRODUÇÃO

O rápido processo de envelhecimento populacional observado no Brasil ao longo das últimas décadas tem gerado uma importante demanda para o sistema de saúde, configurando-se em grande desafio para as autoridades sanitárias, particularmente para a implantação de novos modelos e métodos de enfrentamento do problema. O aumento da expectativa de vida, associado a diminuição da taxa de natalidade e um maior controle de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas contribuem para esse processo¹.

Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), até 2025 o Brasil será o sexto país em número de idosos, requerendo o conhecimento das características desta demanda². Uma das consequências do envelhecimento é a limitação da capacidade funcional da pessoa idosa, prejudicando sua autonomia e independência para a realização das tarefas diárias, fundamentais para o bem-estar e para uma vida com mais qualidade³.

O sedentarismo representa um dos principais fatores de risco à saúde, contribuindo para o aparecimento de doenças degenerativas não transmissíveis e em um número crescente de pessoas. E, por derivação, níveis mais baixos de saúde na senescência estão associados a uma maior ocorrência de depressão e angústia, causando maior insatisfação com a vida e com o rumo das coisas. Alguns fatores são fundamentais para que o idoso possa viver bem, física e emocionalmente: autonomia (vida independente); moradia; ocupação; afeição; e comunicação⁴.

O caminho para o envelhecimento saudável deve conter os seguintes requisitos: ausência de doenças e incapacidades; manutenção das funções físicas e cognitivas; e participação em atividades sociais e produtivas⁵. Geralmente as

pessoas sedentárias, com idade acima de 50 anos, realizam atividades físicas em função de: orientação médica; amigos; familiares; procura por companhia; colegas de trabalho; laços de vizinhança; e programas de incentivo à prática de atividades físicas⁶.

Nas relações sociais, três movimentos da ação humana são capazes de tecer os laços de sociabilidade familiares, amicais e comunitários, formando identidades pessoais: dar; receber; e retribuir. A dádiva (dom) é uma das formas de explicação da ação social para a constituição de vínculos^{7, 8}.

As ações de saúde ocorrem a partir da interação entre autoridades técnicas (científicas) e o saber comum, em situações onde se faz necessário: pensar, julgar, decidir, agir, fazer; permeados entre exigências morais, interesses e preferências pessoais. O impacto mais perene na desatenção a estes aspectos se refere a uma naturalização e objetivação do outro, uma desumanização, um desequilíbrio entre os direitos e deveres, que leva a uma fragilidade nos laços sociais e a uma limitação na rede de solidariedade circunscrita, e que não reconhece os sujeitos, protagonistas do cuidado, como iguais em orgulho e dignidade⁹.

No campo da saúde, o sistema social da dádiva (dar, receber e retribuir) pode fazer um estranho se tornar um próximo, pois permite movimentos simultâneos de deslocamentos individuais e de formações grupais, enquanto que, nas relações burocráticas e mercantis, as pessoas são vistas, quase sempre, como estranhos⁷. No contexto de revalorização do usuário, surge a necessidade de concepção de uma clínica fundada no sistema da dádiva de cuidados, que:

Considera igualmente os bens materiais da cura (a substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos, etc.) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida^{7:107}.

Nessa direção, a dádiva-partilha é fundada nas relações de reciprocidade, onde cada sujeito faz o seu movimento de solidariedade: material e/ou simbólico, livre e/ou obrigatório, interessado e/ou desinteressado, ambíguo. Na dádiva-caritativa (caridade), que não é objeto destas linhas, o movimento solidário é unilateral, sem contrapartida ou retribuição¹⁰.

A Atenção Primária à Saúde (APS), orientada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), necessita de ações cotidianas longitudinais de promoção da saúde que sejam capazes de compor circuitos virtuosos, pela circulação e capilaridade entre os usuários e os profissionais de saúde nas práticas desenvolvidas e compartilhadas. Tal fato contribui decisivamente para uma maior coesão do vínculo entre todos e o fortalecimento das próprias práticas em um arranjo de abraçamento conjunto, dialógico, que possa favorecer a formação e manutenção de uma práxis vigilante.

Entretanto, algumas dificuldades são perenes, tipo a baixa adesão às atividades físicas e demais recomendações da equipe de saúde, por parte dos estratos da população adscrita mais expostos aos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as ligadas à síndrome metabólica. A tentativa de superação desses problemas recorrentes, e a redução da taxa de incidência de doenças e agravos não transmissíveis na população adscrita, possui alta relevância local.

Nesse sentido, o programa *viver a vida com mais saúde*, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Natal (RN), é uma ação intersetorial que teve início no ano de 2008 e atualmente desenvolve a promoção de atividades físicas em 32 unidades de saúde no município, contemplando cerca de mil pessoas portadoras de doenças como diabetes, hipertensão, transtornos mentais, problemas reumáticos, com atividades como caminhadas, ginástica e alongamento.

Impulsionadas por essa iniciativa institucional, algumas USFs elaboraram parcerias locais e articularam projetos mais específicos, de acordo com cada contexto territorial, mantendo-se a orientação geral da proposta macro. Assim, a USF Cidade Praia, por ser campo de prática dos cursos da área da saúde, elaborou

um projeto de extensão, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), redimensionando o grupo de ginástica da USF, em função do programa supracitado, visando proporcionar um espaço para o desenvolvimento de atividades físicas aos idosos, para fortalecê-los em sua saúde física, emocional e relacional, para favorecer a troca de conhecimentos, atitudes e comportamentos facilitadores do cuidado.

Este artigo relata a vivência de um projeto de extensão denominado *cabelos de prata: a maturidade em movimento*, que teve por objetivo promover a melhoria da qualidade de vida do idoso a partir da prática de atividades físicas supervisionadas, na Unidade de Saúde da Família (USF) de Cidade Praia, no Distrito Sanitário Norte I, em Natal (RN).

METODOLOGIA

A extensão fez parte de um estudo mais amplo denominado *Corpo, cultura e cuidado de si: reflexões e ações em Estratégias de Saúde da Família*, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, da UFRN, no parecer nº 508.435 e no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 07562712.0.0000.5537, desenvolvida entre os anos de 2013 e 2014.

A natureza (qualitativa) do relato se aproxima das características de um estudo de campo, onde o objeto é abordado em seu meio próprio ambiente, ancorada no suporte da fenomenologia de Merleau-Ponty¹¹ e na teoria da dádiva de Mauss¹², interpretando a circulação de bens simbólicos entre os participantes. Nesta perspectiva, a expressividade e a sensibilidade transpõem o estabelecido pela técnica, na tentativa de esclarecer as questões que a subjetivam. É um caminhar na interseção de experiências usando descrição, distanciamento e interpretação do fenômeno estudado, relacionando as pessoas com as situações vividas e comunicadas¹³.

Com base na compreensão fenomenológica, o lúdico germina nas experiências vividas pelos sujeitos, em cada contexto singular, estando relacionados

a diversos interesses, pessoais ou coletivos, mesmo em momentos de contradições, conflitos e tensões¹⁴. Neste contexto, torna-se importante a percepção do corpo/mente enquanto dispositivo capaz de facilitar o sujeito social a reencontrar o humano através de experiências liberatórias de si mesmo, um desprendimento em relação a novas significações da vida e da saúde, com reflexões criativas, afetivas e singulares¹⁵.

A captação das informações para o relato foi feita nas condições em que os fenômenos ocorreram, empreendendo também uma aproximação etnográfica, pela fundamentação na busca do conhecimento por meio da articulação entre o discurso e o comportamento das pessoas, captada na observação dos ambientes sociais. A interação entre o entrevistador\observador e os entrevistados\observados permitiu uma proximidade com ênfase no cotidiano e no subjetivo na tentativa de interpretar a complexidade social e singular da comunidade¹⁶.

Participaram regularmente das atividades 53 idosos e algumas pessoas de outras gerações (cuidadores e familiares), moradores na região de abrangência da USF. Os critérios de inclusão dos idosos foram: possuir 60 anos e mais; ter participação voluntária, ser participante regular da ação coletiva, ter capacidade comunicação, ter feito inicialmente uma avaliação física multidisciplinar, ser portador de alguma doença componente do quadro de Síndrome Metabólica, e ter recebido alguma prescrição medicamentosa. Para a coleta de dados foram utilizadas a observação participante e a entrevista semiestruturada.

Após a realização de medidas antropométricas, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas para averiguar a prática, a frequência, a duração de exercícios, e os motivos para a não realização de atividade física, bem como averiguar a adesão total, parcial ou ausente à dieta, se essa foi orientada por nutricionista e os motivos da não adesão. A Escala de Morisky¹⁷ foi aplicada, durante as entrevistas, para saber se os usuários seguiram a prescrição da última consulta e os motivos em caso contrário.

Após a avaliação e revisão periódica de saúde, os médicos da USF forneciam ou não o atestado de aptidão física. Em alguns casos específicos foram solicitados

pareceres de especialistas da rede municipal de serviços de saúde (cardiologista, endocrinologista, pneumologista, etc.).

As atividades físicas aconteceram todas as terças e quintas entre as seis e sete horas da manhã, e tinham duração de quarenta minutos em média. Foi feita a aferição da pressão arterial de todos os participantes, antes e após os exercícios físicos. O educador físico, supervisor das atividades, fez o controle da intensidade dos exercícios, das caminhadas, bem como: sua duração, frequência, execução correta, aquecimentos e alongamentos. E uma nutricionista verificou o índice de massa corporal (IMC), fez o preenchimento de mapa nutricional, revisão e acompanhamento da dieta, incentivando a adesão dos participantes às recomendações e orientações para uma vida mais saudável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sedentarismo, o tabagismo, a alimentação inadequada, os baixos níveis de coesão social e laços de vizinhança, relacionados ao estilo de vida da população em geral, somados à oferta ainda discreta de ações de promoção da saúde, contribuem para a baixa adesão aos programas de incentivo a práticas corporais e atividades físicas¹⁸. Um programa de exercícios físicos direcionados tem como meta a melhora da capacidade física do indivíduo, diminuindo a deterioração das variáveis de aptidão física, como resistência cardiovascular, força, flexibilidade e equilíbrio, e aumentando o contato social e a redução de problemas psicológicos, como a ansiedade e a depressão¹⁹.

Metade dos entrevistados não aderiu às atividades físicas. Dentre os que aderiram, 66,66% realizavam exercícios pelo menos três vezes por semana; enquanto que 33,33% alegaram frequência inferior. Dentre os motivos para a não adesão às atividades corporais, tem-se, principalmente: a falta de motivação (33,33%); a disponibilidade de tempo (33,33%) e agravos à saúde que impossibilitam a atividade física (20%).

Cerca de um terço dos participantes (33,33%) alegaram adesão total à dieta, 26,67% e 40% indicaram, respectivamente, adesão parcial e não adesão à dieta. Dos que aderiram total ou parcialmente à dieta, 22,22% receberam orientações de um nutricionista e 77,78% não foram orientados; Dentre os principais motivos alegados para não adesão ou adesão parcial à dieta, tem-se: 46,67% não conseguem seguir a prescrição devido a fatores motivacionais e ao sabor desagradável dos alimentos; e 40% não sentiram a necessidade de realizar a dieta proposta, pela falta de informações quanto à importância e às repercussões da dieta para a saúde.

De acordo com a escala adaptada de Morisky¹⁷, para avaliação do seguimento diário ao tratamento prescrito, 46,67% dos pacientes tiveram máxima adesão, 50% moderada e 3,33% baixa adesão; Dentre os motivos para as respostas negativas, o mais citado (60%) foi intolerância (efeitos adversos) aos medicamentos.

O exercício regular contribui na prevenção das quedas, fortalecendo os músculos das pernas e costas, melhorando os reflexos e a sinergia motora das reações posturais; facilita a velocidade de andar, aumenta a flexibilidade e mantém o peso corporal. Também promove melhoria na mobilidade e diminui o risco de doença cardiovascular, além de tornar a vida mais alegre²⁰.

Aprendi a dar valor às pequenas coisas que a gente pensa que 'é' insignificante. Um abraço, um bom dia, um sorriso (Usuário 10).

A gente chega no grupo e sai uma pessoa renovada, fica participando das conversas e faz bem para a mente (Usuário 03).

As amizades que eu ganhei lá no grupo é uma coisa que eu valorizo muito. Isso me faz e me fez muito bem (Usuário 05).

Em relação às atividades coletivas, foi observada uma inovação social local pela inserção, ampliação e articulação de posturas preventivas de vigilância à saúde dos agravos relacionados com a Síndrome Metabólica, através de vivência, mobilização e troca de informações e experiências no cotidiano do território. As

ações de promoção de saúde contribuem para fortalecer a integração comunitária no uso de espaços e ambientes favoráveis ao bem-estar²¹.

É você participar, interagir. Eu já estive muito depressiva. E, para mim, interagir no grupo é a medicação (Usuário 11).

Na dança, não é uma dança para aprender a dançar. É uma dança para movimentar o corpo. O acordo que a gente tem na dança é a alegria (Usuário 09).

Através das práticas compartilhadas, com a comunicação e a afetação mútua promovida pelos encontros, os participantes compreenderam-se de maneira diferente, também observando o mundo através dos movimentos, percebendo a importância da interação para que suas vidas cotidianas pudessem fluir cada vez melhor, de forma mais prazerosa, por estar carregado de sentido para os sujeitos envolvidos²².

Ainda em relação às atividades coletivas, os usuários reconheceram alguns benefícios:

A gente quer vocês com a gente e a gente com vocês. Interagir. (Usuário 16).

Quando eu cheguei ao grupo, encontrei pessoas bem idosas, e tão alegres, e que já passaram por tantas situações. Espelhei-me nelas e, graças a Deus, estou melhor (Usuário 27).

A rotina é a amizade, a gente ter o prazer de poder conversar, dialogar. Eu me sinto muito feliz ao lado de todos (Usuário 08).

O que se tem a dar ou doar durante a vivência? A percepção e a consciência de si, do autocuidado e do próprio corpo, a estabilidade do equilíbrio, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência. É o que se doa de si, por si, para si e ao(s) outro(s). E o que se recebe? O sentimento de abertura para outras possibilidades, de descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo, novos conhecimentos, as dinâmicas interativas, reflexivas e meditativas. A maioria dos participantes demonstra ou desperta o potencial de cuidar

de si após as aproximações com seu corpo e sua consciência (mente), experimentando a sensação de valorização pessoal, familiar e comunitária. E quanto à retribuição? O que se retribui? A vontade de reproduzir a prática, compartilhando as vivências; o desejo de continuidade da experiência; o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde⁹.

CONCLUSÃO

A promoção à prática de exercícios físicos regulares, parte essencial do tratamento das doenças relacionadas à Síndrome Metabólica, constitui um desafio para os profissionais de saúde. Os motivos para a não adesão podem guiar um trabalho multidisciplinar, o qual deve estar pautado no incentivo e na formulação de meios que propiciem uma mudança nos hábitos de vida dos usuários.

As razões alegadas para a não adesão podem orientar os profissionais de saúde na sua prática diária, a qual deve estar baseada na motivação e informação ao paciente quanto à importância da dieta, na oferta de opções agradáveis ao paladar, de preparo rápido e baixo custo, inclusive com redução do uso diário de medicamentos e de seus consequentes efeitos adversos.

A continuidade das atividades poderá constituir um dos pilares de sustentação para a redução da dependência de terapias medicamentosas exclusivas, consolidando a prática cotidiana de exercícios físicos associados a outras iniciativas que reforcem a cultura de hábitos de vida saudável, para que possa ocorrer a diminuição do número de hospitalizações e sequelas provenientes de complicações referentes às doenças crônicas não transmissíveis, melhorando a resolutividade local e prevenindo sofrimentos emocionais, pelo combate aos estados de ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social.

O cerzimento de laços de solidariedade locais aproveitou oportunamente a transversalidade da dimensão cuidadora, pedagógica e emancipadora dos serviços de saúde, para melhorar a qualidade de vida, fortalecer a cidadania e produzir

transformações no cotidiano da Estratégia Saúde da Família ao incentivar a autonomia e a responsabilização dos participantes pelo seu próprio estado de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bandeira MFS, Pimenta FAP, Souza, MC. *Atenção a saúde do idoso*. [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2006. [acesso em 2011 jul 29]. Disponível em: www.saude.mg.gov.br.
2. Piccini RX. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006 jul-set; 11(3):657-667.
3. Lopes dos Santos R, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev. Bras. em Promoção da Saúde*. 2008; 21(4):290-296.
4. Franchi KMB, Montenegro RM. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Rev. Bras. em Promoção da Saúde*. 2005; 18(3):152-156.
5. Vales FC, Nasr EMB, Tralli, ELS, Oliveira MF. Promoção à atividade física e alimentação saudável como estratégia de prevenção à saúde em São José dos Campos (SP). *Divulg Saúde Debate*. 2008; 42:57-63.
6. MENDES, MIBS. *Mens Sana in Corpore Sano: saberes e práticas educativas sobre corpo e saúde*. Porto Alegre: Sulina; 2007.
7. Martins PH. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: Puttini RF, Albuquerque LMB. *Aventuras antropológicas no campo da saúde*. São Paulo: Annablume; 2013. p. 87-118.
8. Sousa IMC, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Integrar-se: uma experiência anti-utilitarista por meio das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais da Atenção Primária em Saúde. In: Martins PH, Bezerra AFB, Silva AS, Sousa IMC. *Produtivismo na saúde: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática*. Recife: EDUFPE; 2014. p. 187-208.
9. Lacerda LA, Sousa IMC, Bezerra AFB. Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares. In: Martins PH, Bezerra AB, Silva AS, Sousa IMC.

Produtivismo na saúde: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática. Recife: EDUFPE; 2014. p. 209-227.

10 Martins PH. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes; 2003.

11. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

12. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva. In: Mauss M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac Naify; 2003. p. 185-314.

13. Pereira HCMC. *Ginástica Rítmica: um concerto para o corpo*. [Dissertação]. Natal: Universidade do Rio Grande do Norte; 2014. Portuguese.

14. Mendes MIBS, Melo JP. Notas sobre corpo, saúde e ludicidade. In: Mendes, MI BS, Oliveira MVF. *Cenários lúdicos em Unidades de Saúde da Família*. Natal: IFRN; 2010. p 17-30.

15. Martins PH. O paradigma energético e os novos significados do corpo e da cura. In: Pelizzoli M. *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes; 2007.

16. Barbieri NA, Sarti CA. Psicanálise e antropologia: diálogos possíveis. *Rev. Latinoam. Psicopat.* 2011 Mar; 14(1):57-69. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142011000100004>.

17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986 Jan; 24(1):67-74. DOI <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.

18. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.

19. Nóbrega TP. *Corporeidade e educação física: do corpo-objeto ao corpo-sujeito*. 2. ed. Natal: EDUFRN; 2005.

20. Costa SM, Barbosa AAA, Brito EWG. Caminhada, saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver. *Divulg. saúde debate*. 2008; 42:51-56.

21. Micussi FA, Macedo MRC, Macedo IMH, Cândido, AM, Alves FL. SPA comunitário: uma experiência de reeducação alimentar e física no PSF de Santa Cruz-RN. In: Brasil. Ministério da Saúde. *II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família: trabalhos premiados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 30-45.

22. Ayres José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004 Fev; 8(14):73-92. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>.



4º CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade, Transformações, Impactos e Perspectivas

21 A 26 DE SETEMBRO DE 2015



www.cieh.com.br
contato@cieh.com.br
Contato: (83) 3322-3222

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br
www.cieh.com.br