

## Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde

### Everyday health-related beliefs and practices among primary health care users

### Creencias y prácticas de salud en el cotidiano de usuarios de la red básica de salud

Amanda Nathale Soares<sup>I</sup>; Bárbara Sgarbi Morgan<sup>II</sup>; Fernanda Batista Oliveira Santos<sup>III</sup>;  
Fernanda Penido Matozinhos<sup>IV</sup>; Cláudia Maria de Mattos Penna<sup>V</sup>

**RESUMO:** Trata-se de um estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, como objetivo de compreender as influências culturais sobre os significados e as práticas de saúde-doença para usuários da rede básica de saúde e como estabelecem suas relações com os serviços em municípios de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. Participaram 13 clientes e a coleta de dados foi realizada em Julho/2010, por meio de entrevista individual a partir de um roteiro semiestruturado. Os dados foram organizados em quatro categorias. Os resultados mostram que as práticas de cuidado desenvolvidas são influenciadas pelas crenças. Nota-se que a fé emerge como *status* de recurso terapêutico. As concepções de saúde e doença são associadas à capacidade de realização das atividades da vida diária e aos aspectos funcionais do corpo. Conclui-se, portanto, que é necessária uma reflexão acerca desses significados para os sujeitos frente às verdades instituídas na prática profissional em saúde.

**Palavras-Chave:** Processo saúde-doença; cura pela fé; religião; conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

**ABSTRACT:** This qualitative case study based on the Comprehensive Sociology of Everyday Life aimed to understand cultural influences on health-related meanings and practices among users of the primary health care system and how those users establish relations with care services in small towns in Minas Gerais, Brazil. Data was collected by individual semi-structured interview of thirteen clients in July, 2010, and organized into four categories. The results show that care practices are influenced by beliefs. Faith was seen to emerge as a therapeutic resource. Users' conceptions of health and disease are associated with their ability to perform daily activities and with body functionality. Accordingly, it was concluded that it is necessary to think about people's established conceptions as they interact with the instituted truths of professional healthpractices.

**Keywords:** Health-disease process; faith healing; religion; knowledge, attitudes and practices in health.

**RESUMEN:** Se trata de un estudio cualitativo basado en la Sociología Compreensiva de la Vida Cotidiana, con el fin de comprender las influencias culturales sobre los significados y las prácticas de los usuarios de la red básica de salud y la forma de establecer relaciones con los servicios en ciudades pequeñas de Minas Gerais – Brasil. Participaron 13 clientes y la recolección de datos fue a través de entrevistas individuales por una guía semiestructurada, en Julio de 2010. Los datos fueron organizados en cuatro categorías. Los resultados muestran que las prácticas de atención desarrolladas son influenciadas por las creencias. Se nota que el estado de la fe surge como un recurso terapéutico. Los entrevistados asocian los conceptos de salud y enfermedad a la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y a los aspectos funcionales del cuerpo. Por lo tanto, es necesaria una reflexión sobre los significados para las personas, frente a las verdades establecidas en la práctica profesional en salud.

**Palabras Clave:** Proceso salud-enfermedad; curación por la fe; religión; conocimientos, actitudes y práctica en salud.

## INTRODUÇÃO

Os estudos atuais que focam a saúde-doença dos indivíduos mostram que o processo de ser saudável é resultado das relações socioculturais que a população estabelece em seu viver cotidiano. Diante dessa realidade, os programas de controle governamentais

devem levar em consideração o conhecimento que as pessoas possuem e adquirem, pois esse pode influenciar as condutas para o controle de doenças.

O cotidiano dos serviços de saúde é permeado pelas relações sociais que os diversos atores mantêm

<sup>I</sup>Enfermeira. Especialista em Docência e Gestão do Ensino Superior, Pontifícia Universidade Católica/Minas Gerais. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. E-mail: mandinha0708@yahoo.com.br.

<sup>II</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. E-mail: barbarasgarbi2@yahoo.com.br.

<sup>III</sup>Enfermeira. Especialista em Assistência Cardiovascular pela Escola de Enfermagem da UFMG. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil E-mail: fernandabos@yahoo.com.br.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Especialista em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Mestre e Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. E-mail: nandapenido@hotmail.com.

<sup>V</sup>Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Universidade Federal de Minas, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br.

entre si e deve estar baseado na postura dialógica e na troca de saberes, promovendo o intercâmbio entre o saber científico e o popular<sup>1</sup>.

Para isso, é importante equipe multiprofissional comprometida, democratização do conhecimento, participação da população na definição dos problemas de saúde e das estratégias a serem implementadas e programas educativos em saúde formulados com tecnologias regionais sensíveis às suas diferenças<sup>2</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo compreender as influências culturais sobre os significados e as práticas de saúde-doença para usuários da rede básica de saúde e como estabelecem suas relações com os serviços em municípios de pequeno porte.

## REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, com a implantação da atual política de saúde no país, discussões sobre prática educativa efetiva para promoção da saúde deparam-se com estudos realizados sobre a integralidade como fundamento para as práticas de saúde<sup>3</sup>.

Os serviços de saúde devem atender o indivíduo como um ser humano integral, submetido a diferentes situações de vida e trabalho, as quais influenciam sua saúde, seu adoecimento e seu processo de morrer. O indivíduo é, na realidade, um produto do meio; é um ser de experiências, conflitos, emoção e razão<sup>4</sup>.

É necessário, portanto, que os profissionais de saúde apreendam diariamente as *tecnologias leves*<sup>5</sup>, que envolvem as subjetividades e as singularidades dos sujeitos implicados no fazer em saúde cotidiano, a partir de uma interação qualitativamente produtiva<sup>6</sup>.

Dessa forma, há necessidade premente de corrigir a tendência do agir em saúde fragmentado, embasado em uma postura verticalizada, autoritária e burocrática de imposição do conhecimento. É fundamental a interação dos saberes científico e popular e o envolvimento da comunidade, visando à participação social, à associação de informações e ao desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre a realidade e os fatores determinantes de um viver saudável<sup>4</sup>.

Essas constatações remetem à integralidade e possibilitam pensá-la de forma mais ampla. O complexo processo de construção e implementação da integralidade talvez seja, nos dias atuais, o maior desafio da saúde no Brasil<sup>7</sup>.

A integralidade é um princípio que orienta as práticas de saúde<sup>8</sup>, as políticas e a organização do processo de trabalho, não sendo aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população. As instituições de saúde devem estar organizadas de

modo a realizarem uma apreensão ampliada das necessidades da população a que atendem<sup>7</sup>.

Assume-se a integralidade como uma ação social que resulta da contínua interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos diferentes de atenção à saúde – planos individual e sistêmico – nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados<sup>7</sup>.

Nesse sentido, o conhecimento acerca dos aspectos subjetivos que perfazem a construção diária de saúde e adoecimento do indivíduo e da população torna-se relevante para que políticas de saúde mais específicas possam ser elaboradas.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, que privilegia a compreensão e a inteligibilidade como aspectos essenciais e inerentes aos fenômenos sociais, desvelando que o significado e a intencionalidade os distinguem dos fenômenos naturais<sup>9</sup>.

A opção pela pesquisa qualitativa baseou-se no entendimento de que esse tipo de abordagem permite a investigação da realidade social para além do observável na superfície e do quantificável. As ciências sociais vêm ganhando força na atualidade por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que até então passavam despercebidas<sup>9</sup>.

Optou-se pelo estudo de caso qualitativo, que vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais, possibilitando a compreensão de fenômenos complexos e a preservação das características significativas dos eventos da vida real. Buscou-se, neste estudo, alcançar o nível individual considerando-se as práticas de saúde cotidianas desenvolvidas pelos sujeitos em suas relações com o espaço e com a sua família, em condições de trabalho e lazer<sup>10</sup>.

O presente artigo é parte de um projeto realizado em municípios de pequeno e médio porte no Estado de Minas Gerais, que teve por finalidade estabelecer relações entre crenças, conhecimentos e práticas de saúde de usuários da rede básica de saúde e trabalhadores de saúde.

Os resultados apresentados reúnem o discurso de treze usuários, homens e mulheres, maiores de 18 anos, atendidos pelo sistema de saúde de um município, com condições de responder às questões apresentadas e que participavam de atividades propostas pelos trabalhadores de saúde. Todos foram convidados pessoalmente e, após a explicação dos objetivos do estudo, aqueles que optaram por participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com

garantia de anonimato, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Assim, os participantes estão identificados com a letra E seguidos de um número, de acordo com a aproximação para a entrevista.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2010, por meio de entrevista individual conduzida a partir de um roteiro semiestruturado de perguntas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica da análise de conteúdo, a qual permite conhecer os elementos situados além das palavras, aproximando de outras realidades inseridas nas mensagens<sup>9</sup>. Essa técnica foi realizada por meio das três etapas fundamentais, quais sejam, a pré-análise, que consistiu na organização dos dados por meio de leituras flutuantes; a exploração do material, em que foi desenvolvida a codificação, os recortes em unidades de contexto e de registro e a categorização, baseada nos critérios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade; e, por fim, a etapa dos resultados e da interpretação, na qual os dados foram condensados na busca por padrões, tendências ou relações empíricas<sup>9</sup>.

No que se refere às questões éticas, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 088/07.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No análise dos dados, emergiram-se quatro categorias: *Alternativas de tratamento: o que pensam, o que fazem*; *A fé como recurso terapêutico*; *Concepções de saúde e doença*; e *Médico: alternativa da alternativa?*

### **Alternativas de tratamento: o que pensam, o que fazem**

Esta categoria emergiu do fato de que muitas são as práticas relacionadas ao cuidado em saúde que fazem parte do cotidiano das pessoas. As falas demonstram as crenças dos entrevistados nas alternativas de tratamento que norteiam aspectos de suas vidas:

*Eu tinha uma inflamação no útero [...] fazia sumo das folhas e bebia. Sarei a inflamação do útero com sumo. (E1)*

Esse entrevistado utiliza o sumo como prática para eliminar seus males. A experiência respalda a adoção desse recurso popular, segundo a percepção do indivíduo.

Em outra estratificação, notou-se que o banho é outra conduta de tratamento adotada pelos sujeitos do estudo. Essa prática, segundo o entrevistado, contribui para solucionar os seus problemas de saúde:

*Chega em casa e toma um banho, arruma alecrim, arruda, vinagre preto, sal grosso [...] não enxuga e veste a roupa [...] é um descarrego [...]. (E2)*

O ato de banhar e o uso de plantas também são apresentados como recursos de tratamento e possuem dimensão significativa no processo de solução dos problemas de saúde. Muitos depoimentos foram explicitados pelos participantes quanto a esses tipos de prática:

*Eu benzo os outros. Curo os outros de mau olhado. [...] Eu benzo tudo [...] Eu me curo [...]. (E4)*

*Tem uma folha que chama Capeba. Quando encosta o alho, descasca, coloca e amarra [...] ele queima o lugar, então [...] a dor de cabeça sara. Essa Capeba também é para dor de estômago [...]. (E3)*

Algumas das falas apresentam o chá caseiro como tratamento eficaz para a cura de doenças. Um dos entrevistados exclui a necessidade da utilização medicamentosa:

*Chá de marcinica eu recomendo [...], sem precisar de tomar analgésico. Então você ensina banho frio morno e mais um chá de marcinica [...]. (E3)*

A utilização de práticas terapêuticas alternativas, com destaque para a benzeção, é também descrita em estudo que abordou o itinerário terapêutico de idosos com câncer. Os idosos relataram procura por esse tratamento devido à tradição familiar e consideram o curandeiro como alguém com experiência de vida semelhante, que observa a doença também por meio de aspectos sociais, culturais e psicológicos<sup>11</sup>.

O uso de plantas é também relatado em estudo que abordou os tipos de plantas utilizados por pacientes idosos hipertensos. Foram identificadas 14 plantas que, por indicação principalmente de familiares, são usadas para prevenção ou controle da hipertensão arterial. Entre essas, algumas são comprovadas cientificamente como potenciais hipotensoras, o que confirma a cultura popular como fonte para o conhecimento científico<sup>12</sup>.

O uso de chás e de práticas homólogas tem sido amplamente comum em áreas de serviços de atenção básica, sendo compreendido como medida de autocuidado e de autonomia da população. Acresce-se ao caráter terapêutico dos chás e das demais práticas uma relevância antropológica, decorrente do resgate e da validação dos saberes populares, o que favorece a autoestima dos usuários, muitas vezes marginalizados. Além disso, por meio desse resgate e dessa validação, considera-se sua essência pedagógica, pela possibilidade de se criar uma relação dialógica entre profissionais da saúde e pessoas que dominam esse saber cultural; seu aspecto econômico, por permitir o acesso ao medicamento fitoterápico (de menor custo); e sua importância ecológica, por garantir a perpetuação de

plantas que, em determinadas situações, são eliminadas pelas plantações com interesses, sobretudo, lucrativos. Cumpre salientar que a utilização de chás e de práticas homólogas representa, também, uma oportunidade de fortalecimento social e político, uma vez que, para conseguir as plantas, muitas pessoas recorrem aos seus vizinhos, solidificando sua rede de apoio social<sup>13</sup>.

### A fé como recurso terapêutico

Esta categoria emergiu de discursos que atribuem à fé o *status* de recurso terapêutico, ora como elemento essencial, ora como adjuvante de outras terapêuticas:

*Existe um Deus e quando você confia em você mesmo, aquilo some.. (E5)*

*Também uma cura que vem para minha vida diretamente com o poder da fé e através de Deus uso os remédios para resolver meu problema da saúde. [...]. (E6)*

As falas apontaram, também, que a fé pode ser igualmente dirigida ao recurso terapêutico escolhido para o tratamento:

*Se você tiver um copo de água que não tem nada e falarem assim: toma que você cura, dependendo de como você fizer, se você tomar e se tiver fé naquela água ela vai te curar [...]. (E7)*

Consoante às falas, verificou-se, em outros estudos, que a fé urge como elemento que auxilia o indivíduo a manter a esperança e a confiar em algo que pode ser realizado para ajudá-lo<sup>14-16</sup>. A fé em Deus ou a fé religiosa, descrita nos trechos explicitados, permite ao usuário um sentimento superior de felicidade e de coragem, revitalizando sua disposição para o enfrentamento da doença<sup>15</sup>. Entende-se por enfrentamento os esforços cognitivos e comportamentais destinados ao manejo das demandas internas e/ou externas avaliadas como sobrecarga aos recursos individuais<sup>17</sup>.

A medicina religiosa trata-se de uma prática que se contextualiza social e culturalmente, sendo muito influenciada por familiares e/ou grupos sociais. Insere-se em um processo histórico, mantendo-se viva e reconhecida mesmo diante das transformações tecnológicas advindas da realidade. As práticas religiosas constituem signos e significados coletivos e individuais, que carregam em si atitudes de acolhimento e de solidariedade, auxiliando na (re)elaboração da experiência de sofrimento vivenciada e na reorganização das posturas diante da vida<sup>15</sup>.

A associação entre fatores relacionados à religiosidade e à saúde, em uma dimensão biopsíquica, mostra-se evidente em raízes socioculturais remotas, as quais ainda se manifestam fortemente na realidade contemporânea<sup>15,17</sup>. Verifica-se que inúmeras pessoas atribuem a Deus o aparecimento e/ou a resolução dos agravos que as acometem, recorrendo a Ele para buscar

subsídios emocionais, comportamentais e cognitivos para o enfrentamento da doença<sup>17</sup>.

### Concepções de saúde e doença

Esta categoria emergiu de discursos que consideram as concepções de saúde e doença, respectivamente, como a capacidade ou a incapacidade de realização de atividades:

*O incômodo [...] atrapalha o desenvolvimento da pessoa dentro das suas funções [...] impossibilita a pessoa de trabalhar, estudar e tira as condições de participar de algum evento, de distrair, de ir à festa. (E8)*

*Saúde é ter disposição para poder trabalhar, estudar, alimentar bem [...]. (E9)*

*Saúde para mim é arrumar os remédios, arrumar as coisas que eu preciso. (E11)*

Outra ideia associada às concepções sobre saúde e doença refere-se aos aspectos funcionais do corpo e à higiene:

*[...]o que pode acontecer se você não tiver as mãos limpas, as unhas cortadas, um bom banho, um bom corte de cabelo, uma alimentação saudável é a saúde ficar precária [...]. (E12)*

Nas últimas décadas, os estudos sobre representações sociais dos processos de saúde e doença no Brasil intensificaram-se, contribuindo para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e de ações relativos à saúde e à doença<sup>2</sup>.

Vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, pois o indivíduo irá se sentir doente quando deixar de realizar suas atividades que lhes permitem pertencer ao contexto em que vive. Por outro lado, é uma forma de se conhecer, visto que aprende a se superar para enfrentá-la. Fundamenta-se aí a necessidade de as representações serem consideradas na formulação de políticas públicas de saúde como reflexo da combinação de aspectos das experiências dos indivíduos e das situações socioculturais<sup>2,18</sup>.

As representações exprimem uma relação com o objeto; inserem-se no universo de apropriação do sujeito, na sua forma de pensar e de interpretar a realidade. É a partir das representações que se permite apreender os fatos da vida cotidiana e o conhecimento do senso comum, da saúde e da doença construído a partir das experiências e dos saberes<sup>19</sup>.

### Médico: alternativa da alternativa?

Esta categoria emergiu do consenso de que o profissional de saúde, aqui contemplado na figura do médico, constitui alternativa quando as outras possibilidades não são capazes de restabelecer a saúde. Apesar dos avanços verificados na medicina, as

práticas alternativas não ficaram esquecidas no passado nem sequer foram totalmente substituídas pelos preceitos científicos.

Percebe-se que os entrevistados tendem a afirmar que procuram o médico, mas também revelam sua afeição pelo uso das práticas alternativas e pela fé:

*Primeiramente quando estou doente, eu busco a Deus. Oro a Deus e confio primeiro em Deus. E em segundo lugar, eu procuro um posto de saúde [...] Procuro o medico [...] Sempre a gente ora a Deus e, em segundo lugar, toma broto de cana, folha de pitanga, hortelã, salsa [...]. (E1)*

O entrevistado anterior, dentro da mesma fala, chega a classificar a busca pelo auxílio médico como a segunda alternativa. Embora ele reconheça o papel do profissional médico, ainda prefere recorrer ao uso de práticas alternativas.

Também se pode notar que o médico é procurado de acordo com a gravidade da doença, ou seja, ele é a opção para o agravamento da doença:

*Quando é uma coisa assim simples, eu trato em casa mesmo. Faço um cházinho [...] e fico boa. Mas quando a coisa é mais grave eu procuro um médico. (E12)*

Identificou-se uma única fala que apresenta aversão ao médico. O entrevistado parece ter um histórico de falta de atendimentos ou de atendimentos precários quando necessita do serviço de saúde:

*Não atende a gente quando a gente vai lá. [...] Quem quiser ser ladrão estuda para advogado e quem quiser ser assassino estuda para médico. Porque médico é assassino (risos). (E13)*

A utilização primeira de práticas alternativas para a resolução de doenças e a recorrência à assistência médica somente com o agravamento da condição patológica também foram verificadas em pesquisa realizada com moradores de uma comunidade ribeirinha antiga e tradicional do Mato Grosso. Nesse estudo, verificou-se que a medicina oficial representa uma fonte de recursos que não é acionada de forma incondicional, representando uma dentre as alternativas a serem usadas. Igualmente, a procura por profissionais da saúde ou por serviços da medicina oficial ocorre, em geral, em última instância e não representa o abandono da terapêutica adotada até então, ou seja, o uso de plantas e/ou rituais, mas a complementa<sup>20</sup>.

Em outro estudo, com pacientes portadores de câncer, verificou-se uma adesão primária aos cuidados médicos, aos quais são dispensados os sentimentos de satisfação e agradecimento, em detrimento a práticas terapêuticas alternativas. Pode-se atribuir essa diferença de achado à gravidade da condição oncológica, entretanto denota-se que, também neste estudo e em outros, a religião aparece como componente importante para o enfrentamento da condição de adoecimento<sup>21,22</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo apresenta limitações quanto à localidade municipal e regional em que foi realizado e à quantidade de sujeitos participantes. Entretanto, seu delineamento permitiu evidenciar aspectos socioculturais que permeiam e sustentam os processos de saúde e doença do indivíduo e das coletividades. Recursos como a fé, o chá e as benzeções, fundados no contexto cultural, configuram alternativas para a terapêutica, denotando-se a necessidade de as raízes e os significados sociais atribuídos a esses modos terapêuticos serem abordados no cotidiano da assistência em saúde.

Partindo-se dessas características do arranjo operacional socialmente constituído, propõe-se uma reflexão acerca dos conceitos e das verdades instituídos na prática profissional, buscando assistir os indivíduos de modo a contemplar a totalidade existencial de seu processo vital e a não hierarquização do saber científico sobre o saber popular. Acresce-se a isso a necessidade de inserir o diálogo nas relações entre profissionais de saúde e usuários como meio de (re)fazer e atualizar o horizonte normativo das práticas em saúde com base nas reais demandas dos indivíduos e da população.

## REFERÊNCIAS

1. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: contribuições ao debate. Cad Saúde Pública [SciELO Scientific Electronic Library Online] 2002 [citado em 05 mai 2012]. 13: 325-30. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext)
2. Schaiber LB, Mendes-Gonçalves RB, organizadoras. Necessidades de saúde e atenção primária. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
3. Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, de Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da Enfermagem. Rev enferm UERJ. 2012; 20: 9-14.
4. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública. 2005; 21:200-6.
5. Merhy EE. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 41-66.
6. Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. Rev enferm UERJ. 2012; 20: 124-7.
7. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001.
8. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família.

- Rev enferm UERJ. 2010; 18: 622-7.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Yin RK. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre (RJ): Bookman; 2001.
11. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23: 486-92.
12. Oliveira CJ, Arajo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *REE*. 2007; 9: 93-105.
13. Gomes TB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27: 7-18.
14. Machado HB, Koelln CR. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado saúde. *Rev baiana enferm*. 2008, 2009; 22,23: 121-34.
15. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15: 68-73.
16. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic Teor e Pesq*. 2010; 26: 265-72.
17. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18: 381-9.
18. Oliveira AB, Roazzi A. A representação social da doença dos nervos entre os gêneros. *Psic Teor e Pesq*. 2007; 23: 91-102.
19. Cromack LMF, Bursztyn I, Tura LFR. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. *Ciênc saúde colet*. 2009; 14: 627-34.
20. Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15: 89-97.
21. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc sade colet*. 2008; 13: 1247-56.
22. Silva L, Moreno V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Cienc cuid saúde*. 2004; 3: 161-8.