

CUIDAR DE LA ENFERMEDAD EN CASA O EN INSTITUCIONES DE SALUD: EL PROCESO DE DECISIÓN EN UNA COMUNIDAD CON BAJOS INGRESOS

Luiza Akiko Komura Hoga¹

El objetivo de la investigación fue describir las experiencias de un grupo de mujeres sobre su decisión de cuidar de la enfermedad en casa o en una institución de asistencia a la salud. Fue utilizado el método de la historia oral temática. Las categorías descriptivas fueron: a) El pobre tiene una forma propia de cuidar de la salud y de la enfermedad; b) El apoyo principal para luchar contra la enfermedad es la creencia en Dios; c) La atención médico es utilizada cuando los recursos de cura no son suficientes y la enfermedad es peligrosa. En familias de bajos ingresos, los conocimientos culturales que están asociados a la condición socioeconómica influyen en el proceso de decisión para cuidar de la enfermedad en casa o buscar una institución para asistencia médica. Este conocimiento es esencial para un cuidado significativo según la perspectiva de las personas y sus familias.

DESCRIPTORES: medicina familiar y comunitaria; cultura; prestación de atención de salud; factores socioeconómicos

ILLNESS CARE AT HOME OR IN HEALTH INSTITUTIONS: THE DECISION PROCESS IN A LOW INCOME COMMUNITY

The aim of this research was to describe the experiences of a group of women about the decision making process related to illness care at home or in health care institutions. The thematic oral history method was applied. The descriptive categories were: a) The poor have their own way of taking care of health and illness; b) The main support to fight the illness is belief in God; c) Medical care is the last resource, when healing resources are not enough and the illness is dangerous. In low income families, the cultural background, associated to the socioeconomic conditions, permeate the decision with regard to taking care of the illness at home or to seek institutionalized medical care. This knowledge is essential for meaningful health care from the perspective of individuals and families.

DESCRIPTORS: family practice; culture; delivery of health care; socioeconomic factors

CUIDADO DA ENFERMIDADE EM CASA OU EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: O PROCESSO DE DECISÃO EM UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA

O objetivo desta pesquisa foi descrever as experiências de um grupo de mulheres relativa ao processo decisório sobre o cuidado da enfermidade no domicílio ou em uma instituição de cuidado à saúde. O método da história oral temática foi desenvolvido. As categorias descritivas foram: a) o pobre possui um jeito próprio de cuidar da saúde e da enfermidade; b) o principal suporte para combater a enfermidade está na crença em Deus; c) O cuidado médico é para quando os recursos de cura não são suficientes e a enfermidade é perigosa. Em famílias de baixa renda, a bagagem cultural que está associada à condição socioeconômica permeia o processo decisório relativo ao cuidar da enfermidade em casa ou buscar o cuidado médico institucionalizado. Este conhecimento é essencial para um cuidado significativo na perspectiva de indivíduos e suas famílias.

DESCRITORES: medicina de família e comunidade; cultura; assistência à saúde; fatores socioeconômicos

¹ Enfermeira Obstétrica, Professor Associado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil; email: kikatuca@usp.br

INTRODUCCIÓN

Los valores y las convicciones de las familias con relación al proceso de salud-enfermedad requieren ser comprendidas, para que en esta perspectiva puedan ser consideradas por los profesionales, dentro de las prácticas de cuidado para la salud. Este es un principio del Programa de Salud de la Familia del Gobierno Brasileño⁽¹⁾. La ciudad de São Paulo es un gran centro urbano y atrae familias de otros estados y regiones. La inmigración interna ha generado una variedad de diversas comunidades, según el punto de vista cultural de la ciudad. Río Negro (nombre ficticio) es una de las comunidades. Hace más de una década son realizadas actividades de extensión universitaria, desarrolladas en esta comunidad, en donde fue posible observar que las creencias, valores y prácticas del cuidado a la salud y a la enfermedad son compartidos entre los miembros de la familia, sus parientes y vecinos.

Entre las familias pobres, el cuidar de la salud se fundamenta en principios socioculturales refinados y con características de articulación social. La solidaridad y las estrategias de cura existen, mientras tanto ellos son limitados debido a la escasez de recursos financieros⁽²⁾. Los rituales de cura basados en los propios conocimientos son desarrollados para solucionar problemas de salud, siendo estas prácticas muy diferentes a las realizadas por el sistema de salud oficial⁽³⁾.

El cuidado a la salud de la familia, requiere fundamentarse en los aspectos sociales, étnicos y culturales de los usuarios, de forma personalizada y contextualizada⁽⁴⁾. Las enfermeras requieren visionar a la persona como un ser humano único en interacción con la familia y la comunidad⁽⁵⁾. ¿Qué significa el síntoma de la enfermedad, cuándo y a que institución de salud llevar a un miembro de la familia enfermo?, todos estos, son aspectos que deben ser respondidos de acuerdo con las creencias y valores familiares⁽⁶⁾.

El objetivo de esta investigación fue describir las experiencias de un grupo de mujeres con respecto a su decisión sobre el cuidado de la enfermedad dentro del contexto familiar o en una institución de cuidado para la salud.

MÉTODO

Diseño de la investigación

El método de historial oral por temas fue utilizado en esta investigación. La comprensión de

aspectos específicos relacionados a la experiencia, así como la captura de ideas, valores y creencias relacionadas al tema, constituyen la parte esencial del método. Permitió al mismo tiempo, que personas que no tienen espacio para expresarse, lo puedan realizar a través de ideas y sentimientos⁽⁷⁾. A través de historia oral por temas fue posible comprender y describir las experiencias de cada mujer entrevistada para decidir, con relación al proceso de cuidar de la enfermedad en casa o buscar una institución de cuidado más apropiada.

Según el último censo demográfico realizado en 2000, Río Negro estaba compuesto por 348 familias, con un total de 2152 personas. Los criterios de inclusión adoptados para participar de la investigación⁽⁸⁾ fueron: vivir en la comunidad por lo menos hace 10 años, mostrar sentimientos de empatía, experiencia sobre el tema abordado y facilidad para narrar sus experiencias.

La identificación de los participantes fue facilitada, gracias a que el investigador tenía familiaridad con la comunidad en estudio. Durante las actividades de cuidado a la salud desarrolladas en Río Negro se observó que las mujeres eran las principales responsables por el cuidado relacionado a la salud, enfermedad o debilidad.

Las entrevistas fueron realizadas en el domicilio de los participantes según el acuerdo pactado entre el investigador y cada mujer, en una sala, en la cual estaban presente apenas el investigador y la participante. La siguiente pregunta introductoria fue realizada para cada mujer: ¿Cuándo un miembro de la familia se enferma, de que forma usted decide cuidarlo, en casa o prefiere buscar una institución para que sea cuidado?. Preguntas adicionales fueron realizadas para aclarar dudas y profundizar en el significado de los contenidos. Los datos fueron recolectados entre Abril y Junio de 2004, cada entrevista tuvo una duración de 60 minutos y todos fueron grabados y transcritos en su totalidad.

Nuevos participantes fueron incluidos hasta que se produjo la saturación teórica, lo que ocurrió en la novena entrevista. Mientras tanto, a pesar de este hecho, un total de 14 mujeres fueron entrevistadas.

Proceso de análisis de los datos

Cada historia oral fue transcrita, lo cual fue realizado en tres etapas. La primera etapa fue la

transformación de los datos grabados. La segunda fue transformar en texto las entrevistas, en donde fueron omitidas las preguntas. Durante este proceso fueron identificadas las palabras-claves de cada entrevista, establecidas las ideas centrales y seleccionado el "tono vital" (referido a una sentencia que muestra la esencia en las respuestas del participante). Extraer en cada historia el tono vital es esencial, pues permite preservar la contribución individual de las participantes, atribuyéndoles voz de opinión. La última etapa del proceso fue la transcripción en sí, o la finalización del texto, lo que genera la versión final de lo expresado. Una introducción profunda en cada entrevista transcrita, a través de lecturas continuas, permitió desarrollar el análisis de cada entrevista⁽⁷⁾.

Este proceso fue desarrollado de manera inductiva. Durante este trabajo fue posible descubrir diferentes significados y expresiones relacionados al cuidado en salud y enfermedad, de tal forma que permitió la construcción de categorías descriptivas. La extracción de pequeñas partes de la entrevista fue usada para que las descripciones sean lo más reales posible. Finalmente, cada entrevista fue nuevamente leída, verificando que no existan contradicciones entre las historias orales y las categorías descriptivas. Este análisis de datos interactivos es considerado como una forma de garantizar la validez y conseguir que la investigación cualitativa sea realizada mediante un proceso sistémico y riguroso⁽⁸⁾.

Los aspectos éticos de investigación siguieron los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Investigación Brasileño⁽⁹⁾. El formulario de consentimiento para participar de la investigación fue firmado por todas las participantes, luego de haber recibido las informaciones detalladas sobre la investigación y sobre la garantía del anonimato, utilizando para ello nombres ficticios.

RESULTADOS

Las características personales de las mujeres, los tonos vitales, las categorías descriptivas y los respectivos contenidos serán presentados.

Características personales de las mujeres

La edad varió entre 25 a 70 años (media 45 años), diez eran casadas, tres eran divorciadas y

una era viuda. El tiempo de residencia en la comunidad varió de 10 a 30 años (media de 17 años). Con relación al trabajo, nueve trabajaban fuera de casa, siete vivían en la vivienda de favor y cinco eran dueñas de casa. Doce mujeres tenía cuarto grado de educación y dos eran analfabetas. Cuando se les interrogó con relación a su religión mencionaron ser siete Cristianas Evangélicas, seis Católicas y una Espiritista. Todas fueron de nacionalidad brasileña.

Los tonos vitales

Nombres ficticios, para identificar a las mujeres fueron escogidos de acuerdo con la flora típica Brasileña.

Yo hago lo que puedo cuando alguien se enferma, porque cuando uno es pobre y va al médico, te hacen poco caso (Geranio).

La medicina no tiene cura para las enfermedades incurables, pero Jesús si tiene (Junipero).

Nosotros nos cuidamos de la gripe con remedios caseros, pero la neumonía necesita ayuda médica (Camomila).

Enfermedades conocidas no son peligrosas, las tratamos en casa, pero las enfermedades desconocidas son peligrosas, necesitamos buscar un médico (Manjerona).

Primero buscamos ayuda de Dios, después de las hiervas y finalmente del médico (Tomillo).

La persona pobre nunca tiene dinero para comprar medicamentos, entonces es mejor usar hierbas (Cedro).

Ir al hospital requiere tiempo y dinero. Entonces yo prefiero quedarme con Jesús (Alecrim).

Remedios caseros son mejores, yo busco al médico solo cuando no se que enfermedad es (Salvia).

Fui al médico, me recetó un medicamento, pero me puse a pensar, yo tengo un remedio mejor en casa (Mentruz).

Las hierbas son mi remedio, no compro productos de la farmacia. Gracias a Dios, yo estoy bien. Personas con fe consiguen enfrentar todo, inclusive las enfermedades (Hortela).

Soy un mono viejo usando hierbas, yo me trato con hierbas, pero solo Dios nos da la cura (Aloe Vera).

Tomo medicamentos, pero no creo en la medicina. Por lo tanto, yo confío en Jesús (Erva Doce).

Primero aplico mis conocimientos sobre las hierbas y su cura. Si la enfermedad persiste, busco asistencia médica (Urucum).

Tengo una opinión negativa sobre los médicos, debido a lo que sucede conmigo, quiero estar siempre lejos de los médicos (Picão).

Las categorías descriptivas

- El pobre tiene su propia forma de cuidar de la salud y de la enfermedad

Las mujeres aprendieron a enfrentar con el proceso de salud-enfermedad a partir de las propias experiencias vividas dentro de su pobreza. La cual, es percibida como un estigma que está incorporada en sus comportamientos relacionados con el proceso salud-enfermedad; en consecuencia ellas traspasan las acciones y decisiones en este aspecto

Para las mujeres, el control de la salud constituye un valor importante y específico. Representa para ellas, la posibilidad de continuar con sus actividades laborales, lo cual es esencial para su sobrevivencia inmediata y de sus familiares. Signos de enfermedad provocan ansiedad, pues su condición de salud representa la capacidad de luchar por la vida. Normalmente las mujeres trabajan de forma temporal, como empleadas de hogar, por lo tanto necesitan buena disposición física y mental.

La salud es importante para nosotros. Tengo mis debilidades, pero nunca nada me derrumba. La fatiga, la enfermedad, la falta de dinero, nada me derrumba. Con esta fuerza voy enfrente, soy luchadora. Esta energía es importante para nuestra supervivencia. Siempre cuido de mi salud, para continuar viviendo y luchar. Aprendí a vivir de forma humilde, preservando las enfermedades.

El preservar la salud física y mental es considerado relevante en la vida de las mujeres. Sin embargo, los cuidados preventivos en salud, como el examen para prevención de cáncer ginecológico, no constituyen un cuidado considerado por las mujeres. Ellas se consideran "descuidadas". La prioridad está dirigida para el resto de los miembros de la familia, en especial los niños. De acuerdo con la visión de las propias mujeres, un niño enferma como consecuencia de la falta de cuidado ofrecido por la madre.

La salud es importante, pero no tomo el cuidado necesario en relación a mi, no realizo el papanicolao periódicamente, porque soy descuidada. Sin embargo hago de todo con relación a mi hijo, tengo que ser buena madre.

Las mujeres se encuentran en constante estado de alerta con respecto a sus propias debilidades, en especial con respecto a mantener la salud. Las mujeres asocian la condición de ansiedad con la pobreza, una realidad difícil. Las oportunidades de promoción de la salud mental son muy pocas y están restringidas al diálogo con amigos, comadres y

vecinas, ver televisión e ir a la iglesia. Estos recursos son considerados un camino para superar los problemas diarios, sin embargo son evaluados como inadecuados frente a la solución de conflictos personales. Ellas mencionaron una serie de estrategias como promoción de autoayuda.

El bajo sueldo y la opresión por género afecta la salud mental de las mujeres, pues no consiguen visualizar formas de superar estos problemas. En consecuencia, las mujeres son obligadas a convivir con los traumas provocados. Con el objetivo de obtener bienestar; los conflictos personales, familiares y sociales son combatidos de diversas formas. Las mujeres recurren a la automedicación y muchas otras cosas para superar los problemas y promover el autocuidado. Sin embargo el principal apoyo es la fe, pues para las mujeres Dios representa la salvación para todos los problemas surgidos.

El pobre tiene su propia forma de combatir la enfermedad. Cuando yo me siento saturada o ansiosa, tomo una aspirina, converso con otras personas y me comienzo a sentir mejor... cuando siento que estoy con depresión, me tranquilizó y saco ese mal de mí. Dios es el camino para cuidar de la salud, de la cabeza y de todos los problemas.

Los signos que indican enfermedad son rápidamente combatidos. Todos los conocimientos sobre la cura se ponen en práctica para evitar la necesidad de atención médica.

Con respecto a los golpes, coloco una tela roja en el lugar, el rojo ayuda al cuerpo a curar y a defenderse mejor, tomo un té, cambio de humor. Hago todo eso, para no tener que ir al hospital.

Los conocimientos sobre la cura, así como los remedios hechos de hierbas, las relaciones de simpatía, los efectos una serie de tés son compartidos entre los vecinos y parientes. La fácil obtención de una variedad de hierbas, plantas y otros recursos de cura, proporcionan a las mujeres la sensación de seguridad. Esfuerzos son realizados para mantener la obtención de una variedad de recursos para curar las enfermedades. Las mujeres ancianas son consideradas referencias con relación a los conocimientos sobre las hierbas, los efectos de las prácticas de cura y otras prácticas de cuidado. Este tipo de conocimiento es transmitido de una generación para otra dentro de la familia y la comunidad.

- El principal apoyo para combatir las enfermedades es la creencia en Dios

Crear en Dios significa, el apoyo más importante para combatir la enfermedad. Dios

constituye el guía para mantener la vida y para tener salud. El comportamiento contrario o la falta de fe y creencia en el poder de Dios son considerados un peligro y es evaluado como una causa de enfermedades y situaciones difíciles en la vida. Varias providencias son tomadas simultáneamente con el objetivo de combatir los signos y síntomas de la enfermedad. Con respecto a la enfermedad, esta se considera aparente y requiere ser combatida; las mujeres en primer lugar buscan el poder espiritual, luego la ayuda de las hierbas u otras formas de cura, finalmente el médico es buscado. La medicina, los médicos y otros profesionales de salud son considerados dotados de un atributo divino. La espiritualidad representa un apoyo indispensable para el éxito de la atención médica.

La fuerza para combatir las dificultades viene de la fe, la falta de fe provoca el mal... Primeramente busco ayuda de Dios, luego de las hierbas. Ayudan también los médicos y los medicamentos. Todo junto...Solo cuando Dios quiere, él también usa a los médicos... Dios providencia el apoyo esencial cuando ocurre enfermedad.

- El cuidado médico es el último recurso, cuando los demás recursos de cura son insuficientes y la enfermedad es peligrosa

Las cuidadoras domésticas hacen una evaluación sobre la gravedad de la enfermedad. En este sentido se hace una distinción entre los problemas de salud "peligrosos" y aquellos "no peligrosos". Las enfermedades desconocidas son clasificadas como "peligrosas" y las conocidas no generan peligro.

Cuando las cuidadoras perciben la ineficacia en la cura, incluyendo el uso de las hierbas, ellas se ponen nerviosas. Entonces, realizan un análisis de todos los factores involucrados; es decir, la severidad y los riesgos de complicación son evaluados. Asimismo, es considerada la falta de experiencia con relación a los signos y síntomas de la enfermedad. El escaso conocimiento de lo que sucede con la persona enferma es un factor que determina la decisión entre ir o no en busca de ayuda médica.

Cuando los síntomas son claramente reconocidos, la elección entre las prácticas de cura doméstica y el cuidado profesional es fácil y se toma una decisión rápida. Cuando todas las posibilidades de cura dentro del hogar son realizadas y la enfermedad persiste, la institución de salud es considerada como una última

posibilidad para tratamiento. En estos casos, el tratamiento médico es rápidamente buscado.

Cuando la enfermedad es conocida, ella no es peligrosa, tenemos conocimiento para combatirla. Ahora la enfermedad desconocida es un problema porque ella es peligrosa. En todos los casos, usamos nuestros propios conocimientos de cura. Una pierna rota es un caso de ayuda médica. Cuando no sabemos como tratar, buscamos al médico.

La salida de casa en busca de atención de salud es antecedida de una evaluación detallada sobre los costos y beneficios de la atención médica. Los factores financieros incluyendo la necesidad de transporte, el tiempo disponible, así como la necesidad de realizar trabajos domésticos, son algunos ítems considerados para su decisión. Las experiencias de las mujeres con respecto a la institución de salud y la efectividad de los cuidados profesionales son también analizados. Las impresiones negativas incluyen las experiencias previas con respecto al cuidado recibido por parte del equipo y de los profesionales de salud del hospital.

Existe el aspecto financiero relacionado a la compra de medicamentos y gastos de transporte. Es más fácil con las hierbas. Si usted es de la clase social más baja, es una discriminación tras otra. Entonces, en caso de que suceda una enfermedad, prefiero cuidar en casa. Yo con la ayuda de Dios... Personas de clase pobre como nosotros, creen que nosotros no somos nadie. Tengo miedo de ir al médico. Voy solo cuando estoy realmente enferma. Los hospitales públicos están siempre en huelga... La fila es muy larga.

Las mujeres tienen la creencia que los medicamentos provocan reacciones adversas y son peligrosos. Esta creencia contribuye para que las mujeres opten por usar sus conocimientos de cura.

El doctor me recetó un antibiótico para la infección de orina. Pero pensé, los antibióticos puede hacerme mal...Yo tengo un remedio mejor en casa.

Asimismo, existe la creencia que los medicamentos son usados solo para combatir los síntomas. Las mujeres perciben la falta de consideración de los profesionales con respecto a su condición socioeconómica y conocimiento cultural. De acuerdo con su experiencia personal, los profesionales prescriben el uso de medicamentos y otros tratamientos médicos sin una relación y consideración de las condiciones socioeconómicas en estas mujeres.

El doctor no pregunta, tiene dinero para comprar estos medicamentos. Ellos creen que es propio de uno. Normalmente uno no tiene dinero para comprar. Ellos prescriben, pero el pobre nunca tiene dinero para comprar, entonces es más fácil usar las hierbas.

DISCUSIÓN E IMPLICANCIAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Las mujeres que participaron del estudio, se consideraban "pobres", aprendieron desde su infancia a establecer sus relaciones sociales, como personas pobres. Durante la socialización primaria (en la infancia), la estructura del carácter de la persona es construida. Simultáneamente, la persona, la familia y los modelos de comportamiento social, inclusive los relacionados al proceso de salud-enfermedad, se van estructurando. Los profesionales de salud deben comprender que durante la socialización primaria, las experiencias de vida son introducidas de forma emocional⁽¹⁰⁾. Las consecuencias de la pobreza, como estigma, la sensación de inferioridad y la opresión vivida durante la infancia, continúan presentes en su sub-consciente hasta la edad adulta. Situación que afecta a las actitudes humanas, inclusive las relacionadas al proceso salud-enfermedad. Comprender las interrelaciones entre las experiencias personales y los comportamientos actuales, así como la forma como se establecen en una persona, representan un gran desafío para los profesionales de salud.

La comunicación entre las culturas mejorará solo cuando los profesionales de salud sean capaces de reconocer los significados de sus actitudes personales. Una comprensión profunda de los otros puede lograrse, cuando los profesionales aumenten sus conocimientos y el respeto por sí mismos⁽¹¹⁾. Para los enfermeros y otros profesionales de la salud, algunas forma creativas, para facilitar y movilizar a los recursos sociales disponibles, requieren ser introducidos en la planificación e implementación del cuidado para la salud⁽¹²⁾.

Se observó la gran importancia dada a la espiritualidad entre estas mujeres de Rio Negro. La religión ejerce un gran impacto en el cuidado de la salud y los estilos de vida. Estudios que tengan por objetivo desarrollar conocimiento sobre este tema son necesarios, en especial en zonas de pobreza⁽¹³⁾. En este aspecto, los enfermeros y otros profesionales responsables por proporcionar cuidados, debe introducir conocimientos científicos, religiosos y culturales en su trabajo clínico. Pues, es considerado esencial para la promoción de la calidad de vida de las familias⁽¹⁴⁾.

Este factor y otros que influyen en las acciones sociales y culturales, requieren ser

entendidas, analizadas y principalmente, consideradas para proponer proyectos por parte de los profesionales de salud y propuestas para las políticas públicas. Las enfermeras que trabajan con la familia y sus esferas requieren desarrollar habilidades, con el objeto de ofrecer un cuidado a la salud culturalmente competente. Este reto requiere enfocar al paciente en la perspectiva cultural, desarrollar programas educativos con el grupo de profesionales y adoptar políticas organizacionales dirigidas a la atención de la diversidad cultural; las que son necesarias para la atención de la salud en este contexto⁽¹⁵⁾.

El poder de elección por parte de la familia se restringe cuando uno de sus miembros está enfermo y esta condición que deben enfrentar los afecta. El pasar por la experiencia de la enfermedad, así como la vulnerabilidad debida a esta situación, requiere la comprensión de los profesionales de salud de forma amplia y profunda. Este conocimiento es esencial para proponer cuidados más adecuados a las familias que enfrentan estas situaciones difíciles⁽¹⁶⁾.

La investigación del proceso salud-enfermedad en culturas más específicas es de gran valor. Los resultados de estas investigaciones pueden describir como las condiciones sociales y culturales influyen en los comportamientos frente a la salud. La investigación ayuda a comprender la compleja relación existente entre las condiciones socioeconómicas, el lugar geográfico, las actitudes relacionadas con la salud y la enfermedad; así como las razones que los lleva a tomar decisiones y comportamientos con relación a la enfermedad.

En situación de pobreza, la esfera social está íntimamente relacionada al conocimiento cultural; requiriendo que estos factores sean considerados para la gerencia del cuidado en salud. Un objetivo de esta investigación fue permitir a las personas expresarse, en especial para aquellas que no tienen la oportunidad de hacerlo. Esta es una de las principales ventajas al investigar con la historia oral⁽⁷⁾. La salud de las personas de una nación es el retrato de su desarrollo socioeconómico, en donde los pobres no pueden ser descuidados⁽¹⁷⁾. El conocimiento, sobre los difíciles y complejos factores involucrados en las prácticas del cuidado en salud, así como las decisiones de estas familias, puede respaldarse en las acciones de los profesionales de salud, para satisfacer sus reales necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). O sistema público de saúde brasileiro. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Vasconcelos EM. A medicina e o pobre. São Paulo (SP): Paulinas; 1987.
3. Ferreira J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: Duarte LFD, Leal OF. organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1998. p. 49-56.
4. Frank AW. When body need voices. In: Frank AF, organizator. The wounded storyteller - body, illness and ethics. Chicago (BO): University of Chicago Press; 1995. p. 24-61.
5. Moreno EC, Martín MF, Uriel RG. Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina enfermera. Index Enfermería 2003 mayo; 12(43):37-9.
6. Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Instituto Para o Desenvolvimento da Saúde (SP), Universidade de São Paulo (SP), Ministério da Saúde (BR), organizadores. Programa de saúde da família - manual de enfermagem. São Paulo (SP): IPDS/USP/MS/Fundação Telefônica; 2001. p. 14-7.
7. Bom Meihy JCS. Manual de história oral. São Paulo (SP): Loyola; 1996.
8. Meadows LM, Morse JM. Constructing evidence within the qualitative project. In: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ, editors. The nature of qualitative evidence. Los Angeles (CA): Sage; 2001. p. 187-200.
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
10. Berger PL, Luckmann T. The social construction of reality. New York (NY): Doubleday; 1966.
11. Elliot AC. Health care ethics: cultural relativity of autonomy. J Transcult Nurs 2001 October; 12(4):326-30.
12. Valla VV, Stotz EN. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
13. Montero P. Da doença à desordem: a magia da umbanda. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1985.
14. Subgranon R, Lund DA. Maintaining caregiving at home: a culturally sensitive grounded theory of providing care in Thailand. J Transcult Nurs 2000 July; 11(3):166-73.
15. Diccio-Bloom B, Cohen D. Home care nurses: a study of the occurrence of culturally competent care. J Transcult Nurs 2003 January; 14(1):25-31.
16. Pettengil MAM; Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro/dezembro; 13(6):982-8.
17. Kraatz ES. The structure of health and illness in a Brazilian favela. J Transcult Nurs 2001 July; 12(3):173-9.