UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série
Nº 213
Estudos em Saúde Coletiva

APOIO SOCIAL E UNIDADE CORPO MENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE A CRISE DO MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO

ALDA MARIA LACERDA DA COSTA

ISSN 1413-7909
JANEIRO 2002

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REITORA
NILCÉA FREIRE

VICE-REITOR
CELSO PEREIRA DE SÁ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

DIRETOR
JOÃO REGAZZI GERK

VICE-DIRETORA
JANE DUTRA SAYD

Série
Estudos em Saúde Coletiva **. ISSN 1413-7909**
É UMA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS PARA DISCUSSÃO DO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO,
DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

EDITOR
GEORGE E. M. KORNIS

PRODUÇÃO EXECUTIVA
DEANE CASTELLIANO
ANA SILVIA GESTEIRA

ASSISTENTE EDITORIAL
MARCUS MACHADO

COPIDESQUE E REVISÃO
ANA SILVIA GESTEIRA

DESIGNERS
SILVIA STEINBERG
MARCELLUS SCHNELL

PRODUÇÃO GRÁFICA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
PEDRO ARAUJO OLIVEIRA

CONSELHO EDITORIAL
CID MANSO DE MELLO VIANNA *Depto. de Planejamento e Administração em Saúde*
LUIZ ANTÔNIO DE CASTRO SANTOS *Depto. de Políticas e Instituições de Saúde*
ROSELY SICHIERI *Depto. de Epidemiologia*

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S485 Costa, Alda Maria Lacerda da.
Apoio social e unidade corpo mente: uma reflexão sobre a crise do modelo de saúde brasileiro / Alda Maria Lacerda da Costa. - Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2002.
12p. - (Série Estudos em saúde coletiva; n. 213)

Bibliografia: p.11- 12.
ISSN 1413-7909

1. Análise de sistemas (Saúde pública) - Brasil. 2. Corpo e mente. 3. Apoio social. I. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. II. Título III. Série.

CDU 616-058

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série *Estudos em Saúde Coletiva*

APOIO SOCIAL E UNIDADE CORPO MENTE : UMA REFLEXÃO SOBRE A CRISE DO MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO

ALDA MARIA LACERDA DA COSTA

Texto apresentado no IX Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, coordenado pela professora Madel T. Luz, em novembro de 2000

ISSN 1413-7909

JANEIRO 2002 Nº **213**

APOIO SOCIAL E UNIDADE CORPO MENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE A CRISE DO MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO

Resumo/Abstract 03
Introdução 04
A origem do dualismo: influências do pensamento cartesiano 04
A medicina científica moderna como um modo de produção de verdades 05
Busca por outras formas de atenção à saúde 07
O apoio social e a relação com a saúde e com o bem-estar físico e mental 07
Referências bibliográficas 10

Apoio Social e Unidade Corpo Mente: Uma Reflexão Sobre a Crise do Modelo de Saúde Brasileiro

Alda Maria Lacerda da Costa

Resumo

Este artigo aborda algumas reflexões que permitem pensar as categorias de apoio social como subsídios para uma alternativa à crise do sistema de saúde brasileiro. O apoio social interfere na saúde e no bem-estar físico e mental, permitindo discutir a crise dos serviços de saúde e do modelo de saúde essencialmente curativo e medicalizante. Os grupos de apoio social permitem estabelecer fortes vínculos sociais e laços de solidariedade, fazendo com que os indivíduos encontrem um sentido de vida e tenham maior autonomia sobre a mesma. Ressalta-se também a importância de se perceber o homem como uma totalidade, como um ser humano integral, ou seja, uma "unidade corpo mente".

Abstract

This paper presents some reflections about the social support category as a subsidy for alternatives to the crises in the Brazilian health system. The social support interferes in the health and well being of the population, and its theory discusses not only the crises in health services, but also the health model as being essentially curative. The social support groups propose the establishment of strong and solidarity links helping the individuals find a meaning for their lives and achieve greater autonomy. This paper also emphasizes the importance of regarding individuals in a holistic way, like the body mind unit.

Alda Maria Lacerda da Costa médica homeopata, mestranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. O Projeto de Dissertação do Mestrado está inserido na Linha de Pesquisa "Educação, Saúde e Cidadania", sob a coordenação do professor Victor V. Valla.

Introdução

Este artigo foi desenvolvido para o IX Seminário da Linha de Pesquisa "Racionalidades Médicas", do Instituto de Medicina Social da UERJ, e aborda as possibilidades de se pensar as categorias de apoio social como subsídios para uma reflexão sobre a crise do sistema de saúde brasileiro e a importância de se conceber o homem como um ser humano integral, uma totalidade.

A Teoria do Apoio Social (Social Support) foi introduzida no meio científico na década de 70, nos Estados Unidos. Sua expressão máxima e fortalecimento se deram na década de 80, estando intimamente relacionados à crise na área de saúde. VALLA (1999) propõe uma releitura do apoio social à luz da crise de saúde no Brasil e constata que embora fosse um contexto de crise que suscitasse a discussão da teoria do apoio social nos Estados Unidos, seu valor transcende qualquer conjuntura de crise.

A crise na área da saúde é bem complexa, atingindo principalmente as classes populares, que são as principais usuárias do sistema público. Inclui, entre os diversos problemas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao atendimento médico, além da baixa resolutividade dos agravos à saúde.

Diversos fatores impedem algumas pessoas de sequer conseguirem acesso aos serviços de saúde: a distância de locomoção da residência até uma unidade de saúde; a dificuldade dos meios de transporte e o preço das tarifas; as longas filas de espera (necessitam muitas vezes chegar de madrugada para conseguir um atendimento médico). Acrescentamos o fato de que muitos serviços encontram-se com a sua capacidade lotada, não sendo possível atender um paciente de primeira vez. Com isso, parte da população — principalmente as classes populares, que são as principais usuárias do sistema público — fica sem atendimento, gerando uma demanda reprimida.

Em relação à resolutividade, podemos identificar, entre outros problemas, o pouco tempo gasto na consulta, imposto muitas vezes por uma "produtividade" do sistema de saúde. Esta obriga o médico a atender um grande número de pacientes e com isso se reduz o tempo de atendimento, não sendo possível conversar com o paciente, ouvir suas queixas e realizar um exame físico apropriado. O pouco tempo dispensado na consulta com certeza interfere na qualidade da escuta do médico, dificultando em muitos casos um diagnóstico correto e a devida orientação médica. Além disso observamos, com freqüência, uma prática médica curativa e intervencionista que negligencia a totalidade orgânica e uma medicalização impositiva sobre nossos corpos e doenças.

A origem do dualismo: influências do pensamento cartesiano

O século XVI, no Ocidente, foi um período marcado por profundas transformações de ordem política, econômica e religiosa, que levou a mudanças na forma de

conceber o mundo. Até o final da Idade Média, o poder dominante era exercido pela visão religiosa cristã, que explicava o mundo através da concepção de um Deus transcendente. Após esse período houve uma ruptura desta concepção teísta (doutrina que admite a existência pessoal de um Deus e sua ação providencial no mundo), e surgiu pensamento moderno (século XVII-XIX), que privilegiava os interesses materiais e terrenos e a conseqüente secundarização dos ideais espirituais e religiosos.

As principais correntes formadoras do pensamento moderno foram o racionalismo, representado pela filosofia de René Descartes (1596-1649), e o empirismo, representado por Francis Bacon (1561-1626), culminando na ciência experimental como um modo de produção de verdades.

René Descartes, com a frase "penso, logo existo", estabeleceu que a única certeza é que existe algo que pensa (*res cogitans*), ou seja, um ser pensante, e que além disso não se poderia afirmar mais nada. Ele buscava uma metodologia segura para fundamentar seus conhecimentos em bases sólidas. Descartes concluiu então que a única certeza era a existência de uma substância pensante e que não poderia sequer afirmar a existência do corpo, porque, sendo este material, é um objeto do mundo externo, sobre o qual não se pode ter certeza. Neste momento, podemos identificar a origem do dualismo corpo mente presente em Descartes (MARCONDES, 1998). Descartes estabeleceu a relevância do pensamento, privilegiando então a razão em detrimento dos sentimentos e emoções, e passou a conceber o mundo como uma grande máquina.

A filosofia do dualismo divide o mundo em "uma esfera objetiva, relacionada com as questões materiais, que passa a ser do domínio da ciência, e outra subjetiva, da mente, que passa a ser do domínio da religião. Desse modo, liberta a investigação científica da ortodoxia da igreja" (GOSWAMI et al., 1998, p. 35). O homem é separado em corpo e mente, e, como podemos identificar, "a origem deste dualismo está enraizada na ordem moral" (KIRMAYER, 1988, p. 58), ou seja, na briga política da Igreja católica para manter o poder.

Passamos de uma polaridade a outra, saindo do campo epistemológico da visão religiosa dominante da Igreja para o extremo da objetividade, da razão e determinismo. "A subjetividade e as dimensões consideradas não científicas foram proscritas" (CREMA, 1995, p. 16).

É importante assinalar que um processo histórico não se dá de uma forma linear, e num mesmo período encontramos diferentes correntes ideológicas e teorias que se intercambiam, porém algumas são predominantes.

A MEDICINA CIENTÍFICA MODERNA COMO UM MODO DE PRODUÇÃO DE VERDADES

A medicina moderna teve início com a descoberta da anatomia patológica, no final do século XVIII e início do XIX. A medicina passou a valorizar o corpo, as

lesões e as doenças, preocupando-se com os achados corporais e, muitas vezes, esquecendo o indivíduo em sua totalidade. O saber médico que se organizou desse modo compreendia o corpo numa visão fragmentada, dividindo-o em partes, ou seja, em órgãos e sistemas.

No final do século XIX observamos dois grandes avanços, que correspondem ao desenvolvimento da fisiologia com Claude Bernard, e o descobrimento da teoria do germe por Pasteur, que levaram à descoberta da "causa" das doenças. Com isso, a medicina ganhou um caráter científico, de detentora da verdade.

FOUCAULT (1980) assinala o nascimento da clínica no final do século XVIII e início do XIX, e CAMARGO JR. (1993, p. 3) comenta que as "construções simbólicas da medicina moderna encontram-se embasadas neste momento histórico, impregnando o imaginário médico, até os nossos dias, com esta visão de mundo mecanicista".

Em conseqüência, o modelo biomédico que persiste até os dias atuais é racional, analítico e de caráter dual, separando a mente do corpo e privilegiando a racionalidade corporal. Formam-se cada vez mais especialistas que fragmentam o corpo, esquecendo a totalidade orgânica.

O conceito de saúde está sempre em discussão, gerando diferentes compreensões por parte dos profissionais que se aprofundam nesse estudo. Evans assinala que a ampla definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), como "um completo estado de bem-estar é certamente difícil de operacionalizar. Saúde, nesta concepção, é tudo e em conseqüência nada em particular" (EVANS, 1994, p. 24).

A epidemiologia clássica avalia a saúde da população através de indicadores de morbi-mortalidade e as ações preventivas ainda estão focadas no controle da doença e dos fatores de risco. Porém, observamos que os fatores de risco não são suficientes para explicar o processo de adoecimento e, como conclui Carvalho, "o risco não é mais externo ao indivíduo, mas está incorporado em múltiplas dimensões: biológica, social e cultural" (CARVALHO, 1996, p. 107).

Podemos constatar, persistindo nos dias atuais, uma prática médica voltada para uma medicalização impositiva sobre os corpos e doenças, secundarizando a subjetividade inerente ao processo de adoecer, e não considerando o ser humano na sua inteireza, com seus conflitos e necessidades.

Essa prática médica, muitas vezes curativa e intervencionista, separa o indivíduo em corpo e mente e negligencia a totalidade orgânica. KIRMAYER (1988) comenta que, em virtude dessa prática curativa e fragmentada, muitos profissionais de saúde, quando não conseguem compreender ou aliviar os sofrimentos dos pacientes, mantêm uma postura racional, chegando até mesmo a desqualificar as queixas dos pacientes e os culpar pelo fracasso do tratamento.

A dificuldade em compreender as queixas dos pacientes nos remete ao que Vitor Valla chama de "a crise de compreensão é nossa" (VALLA, 1996). Ele sinaliza

que nós, profissionais de saúde, não compreendemos o que a população fala ou sente, pois muitas vezes partimos de idéias preconcebidas e acreditamos deter a verdade e o conhecimento.

Busca por outras formas de atenção à saúde

O sistema de saúde não consegue atender à demanda da população em relação às queixas, cada vez mais freqüentes, de "sofrimento difuso", que se expressam como ansiedade, angústia, depressão e situações que propiciam o stress, alcoolismo, síndrome de pânico e outros adoecimentos. Problemas como estes, muitas vezes julgados como apenas de ordem emocional, acabam culminando no adoecimento do corpo físico. As expressões de saúde mental são bem amplas, com uma grande variedade de sintomas. É importante questionar se "mesmo que o sistema de saúde no Brasil estivesse funcionando satisfatoriamente, se seria possível atender a todos esses casos adequadamente" (VALLA, 1999, p. 9).

Temos constatado que cada vez mais a população vem buscando outras formas de ajuda para aliviar seus agravos físicos e psicológicos, onde possa expressar seus sofrimentos, ser compreendida, receber apoio e solidariedade. Com isso, percebemos uma grande busca em direção a formas alternativas de atenção à saúde, incluindo as do campo religioso, que se baseiam na categoria de apoio social.

Ao falarmos de formas alternativas de se lidar com a saúde (ou saúde alternativa), estamos nos referindo "às terapias que buscam resolver as queixas de saúde por procedimentos que não são biomédicos, como as diversas atividades de solidariedade e apoio social, que possam resultar, intencionalmente ou não, em melhorias de saúde" (VALLA, 2000, p. 47).

O apoio social e a relação com a saúde e o bem-estar físico e mental

O apoio social pode ser definido do seguinte modo:

> "Qualquer informação, falada ou não, e/ ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras" (VALLA, 1998, p. 156).

Diversos fatores contribuem para o crescente interesse sobre o conceito de apoio social, relacionado com a saúde e o bem-estar físico e mental. COHEN & SYME (1985) assinalam, entre outras razões, o fato de o apoio social ter um possível papel na etiologia das doenças (principalmente as não-infecciosas) e na recuperação do mal-estar físico e angústia psicológica. Referem também a possibilidade de o

apoio social atuar nos programas de prevenção, reabilitação e tratamento, permitindo modificar os padrões emocionais e comportamentais, gerando grandes benefícios para os indivíduos.

EVANS (1994) relata alguns estudos que correlacionam o *status* de saúde com o status social, demonstrando que os indivíduos e população que ocupam uma posição hierárquica inferior na sociedade apresentam taxas de morbi-mortalidade mais elevadas que os indivíduos com posição social hierárquica superior. Estas observações confirmam a hipótese de CASSEL (1974), que correlaciona a dominação e subordinação com o adoecimento em geral, identificando ainda que os dominantes apresentam menos efeitos que os subordinados, ou seja, que existe uma mortalidade diferencial de acordo com a classe socioeconômica.

Nas últimas décadas, diversas pesquisas correlacionaram os eventos de vida estressantes com o adoecimento em geral (EVANS, 1994). O acúmulo dos fatores estressantes, que pode variar da perda de um ente querido até a perda do emprego — ou seja, situações relacionadas com mudanças de vida que necessitem um reajuste social significtivo — parece aumentar a vulnerabilidade, com conseqüente aumento da susceptibilidade ao adoecimento em geral (CASSEL, 1974; GOTTLIEB, 1985). Não podemos nos esquecer de que as classes populares vivem em situações de *stress* permanentes.

Os indivíduos submetidos a situações de *stress* severo ou prolongado são mais suscetíveis às doenças. As classes populares sofrem um processo de stress muito intenso, devido às próprias condições de vida a que estão submetidas. Apesar de o *stress* também atingir as classes média e alta, este não é o foco desta discussão. Estas têm recursos disponíveis para tratamento, diferentemente do que ocorre com as classes populares. É bem diferente perder grande quantidade de dinheiro em uma aplicação financeira ou viver sob constante tensão pela distribuição irregular de água, pela falta de saneamento ou ter o risco de perder a sua casa durante uma forte chuva (VALLA, 2000).

Segundo GOTTLIEB (1985), pelo fato de os eventos estressantes não predisporem a tipos específicos de doenças, mas ao adoecimento em geral, não se deveria proceder como na epidemiologia clássica, que parte da doença para identificar suas causas. Ele assinala a importância de iniciar o trabalho preventivo, com a participação popular, identificando os eventos estressantes de vida e tentando reduzir suas conseqüências, com objetivo de diminuir a suscetibilidade ao adoecimento.

Estudos na área de saúde pública e ciências sociais indicam que o apoio social é capaz de moderar ou proteger o impacto do *stress* na saúde física e mental (CASSEL, 1974; MINKLER, 1992; GOTTLIEB, 1985). Uma das principais teorias é que o apoio social aumenta a imunidade do corpo, evitando a suscetibilidade ao adoecimento (CASSEL, 1974; GOTTLIEB, 1985; HUCEY, 1998).

O conceito de apoio social está intimamente relacionado ao conceito de *empowerment*, que é definido por Rappaport como "o processo pelo qual indivíduos,

comunidades e organizações ganham controle sobre as suas próprias vidas" (RAPPAPORT, 1984 apud MINKLER, 1992, p. 303). Os indivíduos e comunidades, através do apoio social, são capazes de experienciar um senso de controle sobre suas vidas, aumentando a autoconfiança, a capacidade de enfrentamento de seus problemas e uma maior satisfação com vida. Com isso se tornam capazes de atuar efetivamente, mudando suas vidas e os seus ambientes (MINKLER, 1992).

GOTTLIEB (1985) relata estudos epidemiológicos, indicando que o contato social, através de grupos com pessoas conhecidas, permite que os indivíduos reajam mais favoravelmente às situações de agravo, mostrando a força que os grupos de apoio lhes oferecem.

Os grupos de apoio social estabelecem fortes vínculos sociais, laços de solidariedade e apoio mútuo, fortalecendo a capacidade de autonomia e controle sobre a própria vida. O isolamento social e a ausência de vínculos sociais fortes podem ser fatores de risco para o adoecimento. É ressaltada ainda a importância do papel do apoio social na área de promoção à saúde, prevenção à doença e tratamento (PILISUK & MINKLER, 1985).

As teorias de apoio social abordam a importância de se perceber o homem como um ser integral, uma "unidade corpo mente", e pressupõem que algumas doenças têm sua origem num desequilíbrio emocional. Poderíamos então compreender que "os homens não são apenas 'corpos' a serem curados e o estado de saúde deles representa uma relação integrada entre o corpo e a mente" (VALLA, 1999, p. 13).

A relação existente entre o corpo e mente é muitas vezes compreendida de modo fragmentado, esquecendo-se a unidade. Quando falamos de unidade nos referimos a uma integração, onde o corpo não tem mais ou menos importância que a mente. A tendência é ora privilegiar o corpo, ora a mente, esquecendo-se que num nível profundo os dois podem ser a mesma coisa (KIRMAYER, 1988).

É importante deixar claro que o modelo de saúde intervencionista e curativo tem suas indicações bem precisas e necessárias. Não é para se desprezar toda a tecnologia científica no campo da saúde, mas perceber o limite da construção científica, permitindo-se pensar a saúde em sua complexidade, integrando novos saberes, atuando de modo interdisciplinar, objetivando uma compreensão mais ampla do processo de adoecimento e saúde do indivíduo.

Julgamos fundamental rever a formação dos profissionais de saúde, com enfoque na visão holística do ser humano, que possibilite a compreensão do processo de saúde e adoecimento em sua complexidade e subjetividade. Poderemos então caminhar para práticas de saúde mais eficazes, que incluam a participação ativa dos sujeitos, não nos esquecendo de integrar os seus direitos de cidadania e de qualidade de vida.

Referências bibliográficas

CAMARGO Jr., K. R. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 65).

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, v. 64, n. 11, p. 1.040-1.043, 1974.

COHEN, S.; SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: _____. *Social Support and Health.* London: Academic Press Inc., 1985, p. 3-22.

CREMA, R. *Saúde e Plenitude*: um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995. 269p.

EVANS, R. G. Introduction. In: Evans, R. G.; BAREN, M. L.;. MARMOR, J.K. *Why are Some People Health and Others Not.* The Determinants of Health Population. New York: Aldine de Gruyter, 1994. p. 3-26.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

GOTTLIEB, B. H. Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, v. 12, n. 1, p. 5-22, 1985.

GOSWAMI, A.; REED, R. E.; GOSWAMI, M. *O Universo Autoconsciente:* como a consciência cria o mundo material. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998. 357p.

HUPCEY, J. E. Social support: assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, v. 8, n. 3, p. 304-318, 1998.

KIRMAYER, L. J. Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In: LOCK, M.; GORDON, D. *Biomedicine Examined.* Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988. p. 57-93.

MARCONDES, D. *Iniciação à História da Filosofia:* dos pré-socráticos a Wittgenstein. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 298p.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, v. 22, n. 2, p. 303-316. 1992.

PILISUK, M.; MINKLER, M. Supportive ties: a political economy perspective.

Health Education Quarterly, v. 12, n. 1. p. 93-106, 1985.

VALLA, V. V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 177-190, 1996.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa, Marisa Vorraber. *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola, p. 151-179, 1998.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 7-14, 1999.

VALLA, V. V. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 3, n. 5, p. 46-53, mar. / jun. 2000.

ENVIO DE ARTIGOS, VENDAS E PERMUTAS
SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ
RUA SÃO FRANCISCO XAVIER, 524 - 7º ANDAR - BL. D
MARACANÃ - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20.559-900
TEL.: (021) 2587-7303 / 2587-7572 / 2284-8249
FAX.: (021) 2264-1142
E-MAIL: ASILVIA@UERJ.BR

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
GRÁFICA DA UERJ

SÉRIE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS

1. APRESENTAÇÃO DE TEXTOS

Os textos, quando entregues ao Depto. de Publicações do Instituto de Medicina Social da UERJ, devem atender às seguintes exigências:

1.1. estar escritos na língua portuguesa e tratar de temas ligados, preferencialmente, à saúde e políticas públicas e sociais;

1.2. ser apresentados em disquetes 3½, acompanhados de 3 (três) cópias em papel, tendo sido digitados em *Word for Windows;*

1.3. constar de no mínimo 20 e no máximo 70 laudas (30 linhas com 70 toques por linha); casos excepcionais serão julgados pela Editoria da Série;

1.4. estar acompanhados de sumário e de resumos em português e em inglês, com 100 a 200 palavras cada, e apresentarem um mínimo de três palavras-chave descritoras do conteúdo, também em português e em inglês;

1.5. estar acompanhados de apresentação dos autores (qualificação profissional e vínculos institucionais);

1.6. as NOTAS deverão ser apresentadas no pé das páginas e as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS deverão ser apresentadas ao final do artigo, em páginas específicas destinadas a este fim;

1.7. as NOTAS deverão ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos;

1.8. os GRÁFICOS e TABELAS deverão ser numerados consecutivamente, em algarismos romanos;

1.9. poderão ser feitas citações no texto, somente indicando o último sobrenome do autor citado, o ano de publicação e página (quando for o caso), entre parênteses. Ex.: (Litton, 1983, p.75);

1.10. as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação das obras, de acordo com as normas da ABNT. Exemplos:

Para livros

DIAS, Gonçalves. *Gonçalves Dias*: poesia. Organizada por Manuel Bandeira; revisão crítica por Maximiano de Carvalho e Silva. 11 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1983. 87 p. (Nossos Clássicos, 18)

Para artigos

MOURA, Alexandrina Sobreira de. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência e Trópico*, Recife, v. 11, n.1, p. 71-78, jan./jun. 1983.

Para capítulos de livros

LAYTON, E. Conditions of technological development. In: SPIEGEL, Ina, PRICE, Derek de Solla. *Science technology and society*; a cross-disciplinary perspective. California, Sage, 1977. p. 197-222.

Para trabalhos publicados em Anais

CORDEIRO, Rosa Inês de N. Descrição e representação de fotografias de cenas e fotogramas de filmes: um esquema de indexação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 16. 1991. *Anais*... Salvador: APBEB, 1991. v. 2, p. 1008-1022.

2. INDICAÇÃO E PARECER EDITORIAL

2.1. os textos, quando de autoria de alunos, deverão estar acompanhados de indicação para publicação, por escrito, emitida por professor do IMS;

2.2. todos os textos apresentados para publicação serão submetidos a parecer de pelo menos um membro do Conselho Editorial ou de consultor que a Editoria da Série considere oportuno convidar, de acordo com suas especificidades. A indicação apontada no item 2.1) não exclui a emissão do parecer aqui referido.

3. REVISÃO E AJUSTES DOS TEXTOS

3.1. nos casos de aprovação com ressalvas, os textos serão devolvidos aos autores para revisão e alteração, a serem realizadas no prazo máximo de 10 (dez) dias;

3.2. após aprovação para publicação, os textos serão submetidos a profissional qualificado para dar procedimento ao copidesque, que deverá ser revisto pelos autores no prazo máximo de 5 (cinco) dias;

3.3. os textos alterados ou revisados, devolvidos pelos autores em prazos superiores aos determinados nos itens 3.1 e 3.2, serão publicados de acordo com novo cronograma de produção a ser definido pela Editoria da Série.

4. PRIORIDADE

Será prioritária a publicação de textos de autoria de professores e alunos do Instituto de Medicina Social da UERJ.

5. EXEMPLARES PARA OS AUTORES

Os autores terão direito a 10 (dez) exemplares gratuitos dos números da Série em que constem seus textos.

6. CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão analisados pelo Editor da Série.

Últimos Textos Publicados

200. **VIII Seminário do Projeto de Racionalidades Médicas - WU JI, o Vazio Primordial: Primeiros Contatos com Representações da Cosmogonia Daoísta na Medicina Chinesa**
Dennis W. V. Linhares Barsted
Madel T. Luz - Coordenadora

201. **VIII Seminário do Projeto de Racionalidades Médicas - Doença Crônica na Infância: Cura ou Cuidado?**
Maria Martha Duque de Moura e Henrique Contreiras
Madel T. Luz - Coordenadora

202. **VIII Seminário do Projeto de Racionalidades Médicas - Novas Práticas em Saúde: Estratégias e Táticas de Grupos Populares no Enfrentamento de Questões Cotidianas**
Sonia Acioli
Madel T. Luz - Coordenadora

203. **VIII Seminário do Projeto de Racionalidades Médicas - Intuição e Arte de Curar: Pensamento e Ação na Clínica Médica**
Maria Beatriz Lisboa Guimarães
Madel T. Luz - Coordenadora

204. **VIII Seminário do Projeto de Racionalidades Médicas - A Homeopatia e a Institucionalização da Prática Farmacêutica**
Liele Maria Meirelles de Miranda
Madel T. Luz - Coordenadora

205. **Subjetividade, Tempo e Psicanálise**
Joel Birman

206. **Recursos Humanos: O papel do Ministério da Saúde**
Luiz Cordoni Junior e Sandra Akiko Makuda

207. **61 Broadway, New York City: Cartas Americanas.** Correspondência Inédita entre os Escritórios Brasileiro e Norte-Americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller - Parte 1
Luiz A. de Castro-Santos e Lina Rodrigues de Faria Organizadores

208. **61 Broadway, New York City: Cartas Americanas.** Correspondência Inédita entre os Escritórios Brasileiro e Norte-Americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller - Parte 2
Luiz A. de Castro-Santos e Lina Rodrigues de Faria Organizadores

209. **Sistema de Informação e bancos de dados de saúde: uma introdução**
Kenneth Rochel de Camargo Jr. e Cláudia Medina Coeli

210. **A Pesquisa Científica e Tecnológica no Estado do Rio de Janeiro: um (des)Balanço**
Reinaldo Guimarães

211. **O Anacronismo Dos Modelos Assistenciais Na Área de Saúde: Mudar e Inovar, Desafios Para o Setor Público e o Privado**
Renato Veras

212. **Dor Crônica: Experiência Natural ou Cultural?**
Elizabeth S. Palatnik