

**Marcos Vinícius da Silva Lira**

**Composição do conceito de saúde a partir  
das vivências associadas ao câncer de boca**

Brasília  
2022

Marcos Vinícius da Silva Lira

Composição do conceito de saúde a partir das vivências  
associadas ao câncer de boca

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Odontologia da Faculdade de  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,  
como requisito parcial para a conclusão do curso  
de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Emília Carvalho Leitão  
Biato

Brasília  
2022

Deus, família e amigos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus. Por todo amor e cuidado para comigo. Sem Ele nada seria possível. Toda conquista e vitória em minha vida dedico a minha fé inabalável.

Aos meus pais Izamar Lira e Helenilda Lira, por não medirem esforços para me oferecer uma educação de qualidade e de princípios. Por todo amor incondicional, conselhos e apoio de toda a família Silva e Lira que me fortaleceram para chegar até aqui.

Aos mestres e professores que passaram por toda a minha trajetória na Universidade de Brasília, em especial minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Emília Biato. Que se demonstrou sempre empenhada em me direcionar para a construção deste trabalho. Além de me fazer enxergar e respeitar as vivências de cada ser humano.

Aos meus amigos, que tornaram o processo agradável e mais leve de ser vivido. Por todos os momentos em que me deram força ou me fizeram sorrir em meio a tantas dificuldades. Por cada experiência e vivência compartilhadas, nas quais fizeram parte do meu processo de amadurecimento e na construção do ser humano e profissional que sou hoje. Meu muito obrigado: Dayane Silva, David William, Erick Lira, Yuri Nunes, Lucas Breno, Caroline Machado, Jéssica Jacovetti, Jessica Presmic, Isabela Monici e Marina Alencar.

## EPÍGRAFE

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força  
para qualquer sociedade”.

Albert Einstein

## RESUMO

LIRA, Marcos. Composição do conceito de saúde a partir das vivências associadas ao câncer de boca. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O conceito de saúde que circula na literatura da área, ou no saber popular, pode ser percebido de diferentes maneiras e perspectivas, tornando-o sensível a mudanças de acordo com a diversidade de experiências coletivas e individuais, bem como de aspectos sociais e culturais relacionados à saúde. O objetivo do presente trabalho é identificar composições sobre o conceito de saúde-doença, a partir da literatura e do que alguns pacientes com câncer de cabeça e pescoço entendem por saúde em relação ao processo de adoecimento. É importante destacar que mesmo que o conceito de saúde seja pouco preciso, seja dinâmico e extenso, isso não impossibilita que seja viável transformá-lo em eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: a compreensão de seu caráter múltiplo é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e puramente prescritivo.

**Palavras-chave:** Conceito de saúde; Conceito de saúde e doença; Educação em saúde; Processo de saúde; Processo de adoecimento.

## ABSTRACT

LIRA, Marcos. Composition of the concept of health from experiences associated with oral cancer. 2022. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

The concept of health that circulates in the literature of the area, or in popular knowledge, can be perceived in different ways and perspectives, making it sensitive to change according to the diversity of collective and individual experiences, as well as social and cultural aspects related to health. The aim of this work is to identify compositions on the concept of health-disease, from the literature and what some patients with head and neck cancer understand for health in relation to the process of illness. It is important to highlight that even if the concept of health is inaccurate, it is dynamic and extensive, this does not make it impossible for it to be viable to transform it into an axis for the reorientation of health practices. On the contrary: the understanding of its multiple character is fundamental for overcoming a model biological attention, medicalizing and purely prescriptive

### **Keywords:**

Oral Cancer; Health-Disease Process; Health; Disease.

## SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO.....	09
FOLHA DE TÍTULO.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	13
INTRODUÇÃO.....	14
METODO.....	19
REVISÃO DE LITERATURA.....	23
O conceito de saúde e suas interpretações.....	23
Saúde e bem-estar.....	25
Saúde como direito.....	26
RESULTADO.....	28
O conceito de saúde para os pacientes e a literatura.....	28
A saúde como direito do cidadão e dever do Estado.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXOS.....	37
Normas da Revista.....	37



## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

LIRA, Marcos. Composição do conceito de saúde a partir das vivências associadas ao câncer de boca.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Saúde em Redes.

## FOLHA DE TÍTULO

Composição do conceito de saúde a partir das vivências associadas ao câncer de boca

Composition of the concept of health from experiences associated with oral cancer

Marcos Vinícius da Silva Lira<sup>1</sup>

Emília Carvalho Leitão Biato<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professora Adjunta de Saúde Bucal Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Emília Carvalho Leitão Biato  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: emiliacbiato@yahoo.com.br / Telefone: (61) 31071849

## RESUMO

Composição do conceito de saúde a partir das vivências associadas ao câncer de boca

### Resumo

O conceito de saúde que circula na literatura da área, ou no saber popular, pode ser percebido de diferentes maneiras e perspectivas, tornando-o sensível a mudanças de acordo com a diversidade de experiências coletivas e individuais, bem como de aspectos sociais e culturais relacionados à saúde. O objetivo do presente trabalho é identificar composições sobre o conceito de saúde-doença, a partir da literatura e do que alguns pacientes com câncer de cabeça e pescoço entendem por saúde em relação ao processo de adoecimento. É importante destacar que mesmo que o conceito de saúde seja pouco preciso, seja dinâmico e extenso, isso não impossibilita que seja viável transformá-lo em eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: a compreensão de seu caráter múltiplo é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e puramente prescritivo.

### Palavras-chave

Câncer Bucal; Processo Saúde-Doença; Saúde; Doença.

## Relevância Clínica

A identificação do saber e do entendimento do paciente sobre o conceito de saúde é algo mutável e individual. Por este motivo, torna-se necessário buscar elementos que permeiam esse conceito associado às vivências com câncer de boca e a percepção do que é saúde para esses pacientes.

## ABSTRACT

Composition of the concept of health from experiences associated with oral cancer

### Abstract

The concept of health that circulates in the literature of the area, or in popular knowledge, can be perceived in different ways and perspectives, making it sensitive to change according to the diversity of collective and individual experiences, as well as social and cultural aspects related to health. The aim of this work is to identify compositions on the concept of health-disease, from the literature and what some patients with head and neck cancer understand for health in relation to the process of illness. It is important to highlight that even if the concept of health is inaccurate, it is dynamic and extensive, this does not make it impossible for it to be viable to transform it into an axis for the reorientation of health practices. On the contrary: the understanding of its multiple character is fundamental for overcoming a model biological attention, medicalizing and purely prescriptive

### Keywords

Oral Cancer; Health-Disease Process; Health; Disease.

## INTRODUÇÃO

Existem três fases básicas na trajetória da formação de conceitos: Agregação desorganizada, na qual existem amontoados vagos de objetos desiguais, na fase Pensamento por complexos, os objetos associam-se não apenas devido às impressões subjetivas da criança, mas também devido às relações concretas e factuais que de fato existem entre esses objetos, podendo, entretanto, mudar uma ou mais vezes durante o processo de ordenação e a terceira fase é Formação de conceitos, o grau de abstração deve possibilitar a simultaneidade da generalização e da diferenciação<sup>1</sup>.

Um aspecto bastante relevante sobre formação de conceitos, tratado por Vygotsky<sup>2</sup>, diz respeito aos processos cotidianos, à experiência pessoal da criança e à instrução formal, à aprendizagem em sala de aula, que, em seu entender, desenvolvem dois tipos de conceitos que se relacionam e se influenciam constantemente: conceitos cotidianos e conceitos científicos. Os conceitos cotidianos são constituídos naturalmente, a partir das vivências em espaços educativos não formais e em família e sociedade, na rotina. Os conceitos científicos são saberes sistematizados, que partem de uma intencionalidade, especialmente constituído em espaços de educação formal. Importa reconhecer que os conceitos científicos se formam a partir do levantamento de questões cotidianas e, até se constituírem como saberes sistematizados, passam pelos processos de pesquisar e pensar logicamente. Por outro lado, importa que o conhecimento de senso comum ganhe mais altos graus de reflexividade e criticidade, a partir da influência dos conceitos científicos. É neste sentido que estes dois tipos de conceitos podem ser tomados como faces da mesma moeda<sup>2</sup>.

O conceito de saúde que circula na literatura da área — como conceito científico — ou no saber popular — como conceito

cotidiano — , pode ser percebido de diferentes maneiras e perspectivas, tornando-o sensível a mudanças de acordo com a diversidade de experiências coletivas e individuais, bem como de aspectos sociais e culturais relacionados à saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”<sup>3</sup>. Para Siqueira e Moraes<sup>4:116</sup> a saúde define-se:

No contexto histórico da sociedade e em seu processo de desenvolvimento, englobando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Segundo Czeresnia<sup>5:703</sup>

saúde e adoecimento são formas pelas quais a vida se manifesta. São experiências únicas, subjetivas; palavras não podem reconhecer e significá-las completamente, [pois] saúde não é um objeto que pode ser restringido dentro do campo do conhecimento objetivo. A saúde não se traduz em um conceito científico.

Percebe-se, portanto, que o mesmo significante pode permitir uma diversidade de significados e maneiras diversas de interpretar e experimentar a saúde no corpo.

Hyden<sup>6:49</sup> afirma que

uma das formas mais poderosas de expressar o sofrimento e as experiências relacionadas ao sofrimento é a narrativa. As narrativas dos pacientes dão voz ao sofrimento de um modo que está fora do domínio da voz biomédica.

Nota-se, neste contexto de composição de conceitos ligados à saúde, a importância do processo educativo para que os

profissionais mantenham um diálogo informativo, instrutivo e de fácil entendimento aos seus pacientes. A troca de saberes na relação profissional de saúde-paciente contribui para a constituição de conceitos, considerando-se que saúde pode não ter o mesmo significado para ambos. A comunicação de qualidade, estabelecida entre quem trata e quem é tratado, tem benefícios muito relevantes no tratamento como: compreensão da doença, estabelecimento de confiança entre profissional e paciente e melhor adesão ao método de tratamento proposto.

Neste sentido e, retomando a definição proposta pela OMS, compreende-se que a saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade<sup>3</sup>. Uma boa saúde é constituída por diversos fatores, que são apontados naquela definição, além de tantos outros relacionados às condições de vida e aos determinantes sociais de saúde e doença. A saúde da população brasileira também é entendida como provisão a ser garantida, conforme prevê a legislação. A Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado<sup>7</sup>. Portanto, todo cidadão tem direito a saúde e o Estado precisa trabalhar para oferecê-la a partir da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei 8.080 de setembro de 1990 também pontua que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado é responsável para prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício<sup>8</sup>.

Especificamente, usuários do SUS com câncer de boca, precisam de uma atenção direcionada a procedimentos cirúrgicos e medicamentosos, bem como a aspectos psicossociais ligados à experiência com uma condição crônica. O câncer da boca é um tumor maligno que afeta lábios, estruturas da boca, como gengivas, bochechas, céu da boca, língua e a região embaixo da língua. É uma doença de importante magnitude no Brasil, com variações regionais significativas, tanto na incidência quanto na mortalidade. Segundo dados do Instituto Nacional do



Câncer (INCA) o câncer de cavidade bucal tem uma maior incidência em homens. Estima-se 11.180 casos novos da doença em homens e 4.010 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022. A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados, sendo indicado como tratamento a cirurgia<sup>9</sup>.

Os usuários de tabaco - fumantes, mastigadores ou ambos - desenvolveram a maioria das lesões orais com uma taxa de incidência anual variando de 5,2/1.000 a 30,2/1.000, enquanto os não usuários desenvolveram o menor número de lesões orais variando de 0,6/1.000 a 5,8/1.000 por ano. Assim, o uso de tabaco é o fator de predisposição mais comum para o desenvolvimento de lesão branca intraoral. O câncer oral é sem dúvida considerado por vários autores como uma importante doença de saúde global que totaliza mais de 275.000 casos e 128.000 mortes por ano<sup>10</sup>.

Para a maioria dos países, as taxas de mortalidade por câncer oral com ajuste de idade foram estimadas em 3-4 por 100.000 homens e 1,5-2,0 por 100.000 mulheres. O câncer oral continua sendo uma doença letal em mais de 50% dos casos diagnosticados anualmente. Isto se reflete em grande parte no fato de que a maioria dos casos está em estágios avançados no momento da detecção, apesar da fácil acessibilidade da cavidade oral para exame regular<sup>11</sup>.

O câncer é um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de 10 milhões de novos casos e mais de 6 milhões de mortes a cada ano no mundo. O câncer oral é um componente significativo da carga global do câncer e tem uma prevalência maior na América do Norte, Europa Central e Oriental, Índia, África do Sul e Oriental, Austrália e Brasil<sup>12</sup>.

As vivências com o câncer também envolvem aspectos psicológicos, tanto do doente quanto dos familiares e amigos. Um

estudo realizado por Sebastiani e Maia<sup>13</sup>, sobre o acompanhamento psicológico ao paciente submetido a cirurgia durante o pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório, avalia que em cada passo, é preciso considerar e apoiar o estado emocional do paciente. Muitas vezes, a experiência está ligada a elementos que despertam medo e ansiedade e estes fatores importam diretamente ao tratamento e à consideração do bem estar do usuário do serviço. Torna-se recomendável a realização de uma avaliação acerca da necessidade de haver acompanhamento psicológico para lidar com o tratamento e diante dos desafios de tomadas de decisão.

Para além do apoio feito por profissionais da Psicologia, parece relevante considerar aspectos comunicacionais ligados às vivências com câncer. Ao longo de nossas vidas, sofremos diversos tipos de influências: culturais, religiosas, familiares e, na atualidade, a principal delas tem sido a mídia, tecnologia de fácil acesso. É papel do profissional da saúde levar tais fatores em consideração e estabelecer uma linguagem própria com seus pacientes. Uma observação já documentada por Assad<sup>14</sup>: 104.

A tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava, percutia e acariciava fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por aparelhagem cada vez mais sofisticada.

O trecho acima nos remete ao que pode acontecer nas práticas de atenção à saúde. A excessiva medicalização tem desvalorizado o contato humano e sensível e privilegiado as tecnologias duras<sup>15</sup>. O atendimento humano presencial com exame direto do paciente utilizando técnicas clássicas, como inspeção, palpação, ausculta e percussão, vem sendo substituído pelo uso excessivo de exames laboratoriais e de imagem de alta complexidade. E isto está conduzindo a uma progressiva

desumanização do atendimento médico e da relação médico-paciente.

Neste sentido, compreende-se, neste trabalho, a importância da narrativa de usuários de um serviço de saúde com câncer de boca, com o intuito de dar-lhes lugar de fala sobre o conceito de saúde e o processo de adoecimento. Tendo em vista que a composição do conceito de saúde é mutável e individual, o presente trabalho tem como objetivo é identificar composições sobre o conceito de saúde-doença, a partir da literatura e do que um grupo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço relatam acerca de suas vivências relacionadas à saúde e ao processo de adoecimento. Busca-se uma aproximação aos modos de perceber e significar os processos de ter saúde-doença ou ser saudável-doente. Uma concepção de algo que é percebido de forma individual, permeia as vivências e é repassado de formas distintas.

Este estudo enfoca, especificamente, a composição que pessoas com câncer de cabeça e pescoço fazem acerca do conceito de saúde, a partir das vivências associadas a esta patologia.

## MÉTODO

Este estudo consiste de uma revisão narrativa e de um recorte de um estudo de campo. A revisão da literatura retomou artigos da área da saúde e foi dividida em 3 tópicos: O conceito de saúde e suas interpretações; Saúde e bem-estar e Saúde como direito.

Em seguida, esta pesquisa dá seguimento a um estudo aprovado para publicação em 2022 pela revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva* intitulado: “Perspectivas de educação em saúde bucal: possibilidades de criação na prevenção e enfrentamento do câncer”. A pesquisa se baseia na análise das narrativas dos

usuários atendidos no serviço de saúde em oncologia (CACON) e em como é vista ou percebida a saúde para esses<sup>16</sup>.

Anteriormente, já havia sido colhido todo o material de análise na forma de entrevistas semiestruturadas. Os participantes da pesquisa foram usuários diagnosticados com câncer na área de cabeça e pescoço e que estivessem em tratamento no serviço odontológico do hospital universitário. Essas informações estavam contidas nos prontuários e sete pacientes concordaram em participar. A entrevista semiestruturada foi realizada em 2020 com usuários, enquanto estavam na sala de espera.

As conversas foram realizadas em espaço privado, respeitando a liberdade e direitos dos pacientes; foram gravadas e transcritas, para, então, com os textos em mãos, serem realizadas as análises. Os nomes dos participantes foram modificados para nomes fictícios, para a preservação do anonimato, conforme orientação do comitê de ética em pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob número 21292419.4.0000.0030.

Durante as entrevistas, foram abordados diversos tópicos relacionados à experiência com o câncer, a lida com a doença e as impressões acerca de processos e instrumentos educativos relacionados. Especificamente para este estudo, foram recortados dois pontos: a percepção sobre os processo saúde-doença dos pacientes já diagnosticados com câncer, e o levantamento de suas vivências com a doença. Essa tomada de percepções e vivências parece promissora para a discussão acerca da composição do conceito de saúde e doença, especialmente em momentos emblemáticos, como o diagnóstico de câncer. Neste sentido, os assuntos escolhidos para orientar o estudo foram:

- O conceito de saúde, conforme composto pelos pacientes e na literatura estudada;
- A saúde como direito do cidadão e dever do estado, a partir das narrativas e do material bibliográfico.

A análise do material foi feita por meio da transcrição e leitura das entrevistas, partindo do método otobiográfico, que se trata de uma escuta das biografias e de explorar, como um labirinto, os textos transcritos, no que ressoam, aqui e ali, características do vivido<sup>16</sup>. Especificamente neste estudo, a busca foi orientada por pontos pertinentes à associação de percepções e conceitos dos usuários acerca do que é ter saúde para pessoas na condição do enfrentamento do câncer.

De acordo com Monteiro<sup>17</sup>, a otobiografia teve seu conceito criado por Jacques Derrida, em seu livro homônimo. Ao ser proposto como método, o conceito de otobiografia passa a funcionar como percurso de escuta de vivências.

O francês *otobiographies* é homófono a *autobiographies*, ponto de início ao frequente jogo derridiano em cunhar conceitos, que vai implicar o ouvido da escuta de suas próprias vivências.<sup>17:555</sup>

Ao tratar da escritura, Derrida<sup>18</sup> debate seu caráter autobiográfico, afirmando que os escritos são permeados de impressões de seus autores. O filósofo destaca que os textos (sempre autobiográficos) são nutridos de vida, histórias, culturas, deixando rastros dos autores nos escritos.

Investigar otobiograficamente é procurar pelas vivências de saúde e doença nos escritos, nos achegarmos a elas, às marcas dos que experimentam a saúde e a doença no próprio

corpo, a partir do que dizem sobre elas. Monteiro<sup>17:478 e 481</sup> propõe que

O ponto é entender que ouvir implica também as vivências, que suscitam as mais diversas experiências, inclusive as denominadas cognitivas.

Otobiografia permite aproximações para além dos tratamentos estatísticos, das análises de discurso, das tabulações de recorrências ou outros procedimentos que o sejam. Não se procuram as recorrências, pois só com elas é que podemos dar tratamento estatístico<sup>17:482</sup>.

A palavra otobiografia é um termo ambivalente, pois ao mesmo tempo em que se propõe crítico, mostra a passividade do ouvir. “O método otobiográfico se propõe a ouvir a vivência implicada nos estilos do texto”<sup>17:483</sup>. Trata-se de uma escuta apurada e respeitosa, de quem, como pesquisador, aguça sentidos e se associa ao autor do texto original, caracterizando-se como coautor. Neste sentido, o pesquisador precisa estar, pois este caminho pode chamar sua atenção para elementos caros e relevantes, em seu processo de investigar<sup>19</sup>.

A escuta da biografia é o momento de proximidade com rastros das forças que, alimentadas pelas vivências, tomam a palavra. Visando isso, Monteiro<sup>20</sup> associa o conceito derridiano de otobiografia à noção de vivências em Nietzsche, propondo o método otobiográfico: a escuta de vivências nos escritos.

Durante os procedimentos de investigação otobiográfica, os pesquisadores não são considerados neutros, uma vez que tomam a escritura do outro, não como leitores passivos. Ao contrário, assumem a posição de *escreitores*, como quem lê já produzindo uma nova escritura simultaneamente<sup>21</sup>.

Ao contextualizar o resultado da escritura percebe-se que é um texto que reivindica uma postura multivalente de

coautoria entre leitor e escritor para tornar-se, dessa maneira, um exercício de pensamento<sup>22</sup>.

É necessário salientar o papel do investigador como “escreitor” na análise do material de pesquisa. É inegável o saber e conhecimento do pesquisador acerca do que se pesquisa. No caso de o pesquisador ser um profissional da saúde que possui conhecimentos e vivências, aplicá-las sobre a fala de alguém com uma condição diferente em relação a saúde e a vida o torna um “escreitor” associando o que foi descrito pelo paciente com seus próprios saberes<sup>23</sup>.

O estudo de Biato e Luzio<sup>16</sup> teve, por foco, diferentes perspectivas educativas em saúde, a partir das narrativas dos pacientes e de materiais educativos relacionados ao câncer de boca.

As mesmas narrativas foram analisadas neste estudo, que tomou como referência esta mesma perspectiva metodológica apresentada. No entanto, este estudo teve, como foco de análise, a constituição do conceito de saúde, conforme comparece nas narrativas.

O material coletado passou por uma análise minuciosa, a fim de inferir, das narrativas dos pacientes, a composição do conceito que os mesmos têm sobre saúde e como as vivências da experiência de um câncer de boca podem inferir na forma de conceituar a saúde.

## REVISÃO DE LITERATURA

### **O conceito de saúde e suas interpretações**

Não existe conceito simples, pois todos possuem um contorno irregular, determinado pelas cifras de seus componentes.

De Platão a Bergson “encontramos a ideia de que o conceito é questão de articulação, corte e superposição”<sup>24</sup>.

O conceito de saúde, no decorrer das décadas, passou por uma série de interpretações, influências e significados, como colocado pelos autores Lourenço et al.<sup>25</sup> a trajetória da humanidade é acompanhada também pelo desenvolvimento e construção do conceito de saúde ao longo dos tempos, influenciada por características próprias de cada período. Desde os primórdios da humanidade, o ser humano se questiona sobre a origem da vida, as razões da existência e o que é ter saúde.

De acordo com Scliar<sup>26</sup> Hipócrates, considerado o pai da medicina, postulou a existência de quatro fluidos principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado.

Segundo Sarmiento<sup>27</sup>, os egípcios consideravam a saúde como o estado natural do ser humano. Mantinham relação com as alterações ocorridas com o Rio Nilo, razão de sua subsistência. Praticavam hábitos de higiene, fazendo uso de banhos e acreditavam que alimentos bem ou mal combinados podiam manter a saúde ou causar doenças.

Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos, que entendiam, ainda, que Deus poderia também ser chamado de o Grande Médico: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo 15, 26); “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes, 38, 1-9)<sup>26</sup>.



É notório, percorrendo em literatura, que o conceito de saúde vem sendo visto e interpretado de formas distintas baseadas no período histórico em questão e nas influências políticas e religiosas a essa definição.

De acordo com Nordenfelt<sup>28</sup>, para definir saúde e a sua própria normalidade, alguns fatores têm merecido destaque na atualidade. A princípio, quando se pensa em normalidade, pensa-se na frequência de um determinado fenômeno como sendo o estado mais comum. Assim, determinando o estado mais frequente, determina-se o mais saudável. Esse princípio de definição é utilizado nas diversas áreas da ciência. Porém para Backes et al.<sup>29</sup>, a saúde e a doença envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, e a normatividade que define o normal e o patológico varia. As variações das doenças podem ser verificadas historicamente, em relação ao seu aparecimento e desaparecimento, aumento ou diminuição de sua frequência, da menor ou maior importância que adquirem em variadas formas de organização social.

Georges Canguilhem<sup>30</sup>, em sua obra “O normal e o patológico”, discorre sobre as maneiras de se conceituar os processos de saúde e doença e entende que a definição é aquilo que permite identificar o conceito: ela o especifica entre os conceitos e como conceito. Trata, portanto, da história das noções de normalidade e de patologia, a partir de seus usos, e levanta questões acerca da fixidez de limites desses dois termos. Nota que até mesmo a Fisiologia surge como conhecimento científico derivado da consideração dos desvios, classificados como patológicos. Portanto, propõe a necessária compreensão de que os limites entre o normal e o patológico são imprecisos e que torna-se necessária a constituição de uma visão ampliada do tema, especialmente no que tange à vida das pessoas.

## **Saúde e bem-estar**

Após a Segunda Guerra Mundial vários países se reuniram e por meio de uma Cooperação Internacional criaram em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). No documento de constituição da OMS foi pronunciada como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>31</sup>.

Ao reunir as várias dimensões em que se encaixa a vida humana, esse entendimento revela um esforço de superar a visão negativa da saúde transmitida pelas instituições médicas. Ainda que tenham existido avanços, inúmeras críticas incidiram sobre o conceito da OMS<sup>32</sup>.

De um lado criticam a sua característica utópica, inalcançável. A expressão “completo estado”, aponta para uma compreensão não muito dinâmica do processo, pois, as pessoas não estão sempre em estado de bem-estar, a mesma expressão expõe uma idealização do conceito que, transformando em inalcançável, não pode ser utilizado como objetivo pelos serviços de saúde. De outro lado, criticam a sua ausência de finalidade: fundamentado em um conceito subjetivo de bem-estar, causaria o impedimento de calcular o nível de saúde de uma sociedade<sup>29</sup>.

Sobre a subjetividade, Caponi<sup>33</sup> pontua que o conceito de saúde proposto pela OMS parece relevante e avança em relação a definições que a antecederam, no entanto, deixa espaço para críticas. Trata, portanto, da complexidade do conceito de saúde e do papel do profissional da área em perceber a polaridade dinâmica da vida e atuar como um tradutor de dizeres científicos e vivenciais na busca por oferecer atenção de qualidade à saúde. Trata-se, aqui, de, ao conceber o conceito de forma mais ampla, garantir que este conceito seja refletido nas práticas profissionais.

## **Saúde como direito**

Após intensa mobilização que ocorreu em vários países da América Latina nos anos 1970 e 1980, foi realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em 1986, onde foi formulado e debatido o conceito ampliado de saúde<sup>31</sup>.

Seu enunciado diz:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida<sup>34</sup>.

A intensificação desse debate aconteceu em pleno processo de redemocratização no Brasil, no contexto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e fez parte de uma conquista social sem precedentes ao incluir a saúde no texto constitucional em 1988<sup>35</sup>.

A saúde no texto da Constituição brasileira de 1988, revela o ambiente político de redemocratização do Brasil e, essencialmente ao esforço do movimento sanitário na busca pelo desenvolvimento dos direitos sociais, e referente isso a Constituição de 1988 dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>37</sup>.

Este texto é conhecido como um dos mais inspiradores projetos para operacionalizar o conceito positivo da saúde, desde sua reconfiguração, tendo como base o “Informe Lalonde”, no

Canadá até os dias atuais. A melhoria da saúde, a partir dessas referências, vem adquirindo espaço tanto no meio acadêmico quanto nas políticas públicas<sup>30</sup>.

## RESULTADOS

### **O conceito de saúde para os pacientes e a literatura**

O que se percebe na análise do material coletado nas entrevistas, e em articulação com o que vimos na literatura acadêmica da área da Saúde, é que o processo de adoecimento pode ser interpretado de maneiras distintas, individuais e partir de contextos históricos e sócio-culturais. Assim como um conceito acerca do que é saúde ou ser saudável.

Destaca-se um trecho da fala de Bartolomeu (portador de câncer de orofaringe): *“tem um ano que descobri esse problema. Esse tumor.”*

A percepção do paciente parece ser a de identificação de um problema. Quando questionado sobre o diagnóstico ele relata: *“naquele momento ali é como a gente levar uma flechada... tinha noite que eu passava a noite toda sem dormir, doendo e quando minha filha perguntava: pai doeu? Eu falava que não”*.

Já na análise da fala de outro paciente, Gregório (portador de câncer nos lábios): .... *“Descobri quando saiu um machucadinho.”* Quando é perguntado sobre o que mudou em sua vida, o mesmo responde: *“não mudou nada não.... Sou conformado com tudo...”*

Vladimir Safatle<sup>36</sup>, conceitua “a doença, o patológico, não tem gramática própria. A maneira com que ela fala depende da maneira com que organizamos o que há a ser visto e ouvido”.

Nota-se que a percepção frente ao processo de adoecimento possui uma interpretação única baseada nas vivências de cada paciente individualmente. Uma ideia apoiada nos pensamentos de Canguilhem<sup>37:54</sup>.

Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma, cuja função e cujo valor é relacionar essa norma com a existência, a fim de provocar a modificação desta. Isso não significa que saúde seja um conceito vazio.

Apoiado na visão perspectivista nietzschiana, Barrenechea<sup>38</sup> apresenta a afirmativa do filósofo, de que, no devir vital, não há coisas, substâncias, entidades, mas apenas pontos de vista, interpretações que decorrem da luta dos nossos afetos, das avaliações produzidas, instante por instante, pelas nossas forças orgânicas. O mundo, na perspectiva de Nietzsche, fortalece a ideia de que tudo são perspectivas e interpretações.

Ao questionar sobre como foi quando descobriu, Gabriel (portador de câncer de laringe) responde: *Eu assustei*. Minayo<sup>39</sup>, afirma que é notório que a saúde e a doença na concepção das pessoas ultrapassem os limites de classe e que haja solidariedade, angústia, medos e sofrimentos.

Na resposta de Severino sobre a descoberta o mesmo disse: *“Com uma dor. O negócio foi perigando e eu bebendo chá pra melhorar. Eu fui levando...levando... E quando fiz o exame já tava grave. E eu não sentia muito”*. Para essa vivência, Biato, Leão e Monteiro<sup>15</sup> pontuaram que a cada dia, a saúde habita o mesmo corpo da doença e escapa.

Ainda sobre as falas de Severino, ao perguntar se ao descobrir ele se assustou, o mesmo disse: *“Eu pensei: meu Deus do céu!”* E de acordo com Scliar<sup>26</sup> na medicina grega existiam

diferentes maneiras de encarar a doença e que inúmeras divindades estavam vinculadas à saúde.

Em um momento da entrevista de Bartolomeu, o mesmo disse: “*Vou entregar nas mãos de Deus, dos médicos, e ver o que vai acontecer.*” Seguindo o mesmo raciocínio, Severino disse: “*Eu vou levando. Esperando uma melhora.*” Bartolomeu também expressou fala parecida: “*Tá dando certo, agradeço a Deus e à medicina...*”

Com Biato, Leão e Monteiro<sup>15</sup>, nota-se que importa fazer uma crítica à visão de que a doença se configura algo que entra no corpo e que precisa ser dominado, em nome da garantia da cura e da manutenção da vida. Esta percepção, ainda vigente nas práticas de atenção à saúde, orienta-se por controlar o mal que afeta a vida, ainda que, no processo, violentem a pessoa, no afã de restabelecer, assim, a normalidade. Os autores propõem uma constituição da noção de saúde-doença mais próxima entre o saber científico e o saber popular e vivencial.

### **A saúde como direito do cidadão e dever do Estado**

A Constituição Federal de 1988 é bem clara ao determinar que todo cidadão possui direito à saúde e prevê, como dever do Estado, proporcionar meios que ampare a saúde<sup>7</sup>. A explicação disso se dá pelo fato de que a saúde é um direito de todos por que sem ela não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado por que é financiada pelos impostos que são pagos pela população<sup>31</sup>.

Sobre esse ponto da legislação, é importante observar a fala de Bartolomeu ao responder como descobriu a doença “Procurei a rede pública e realizei exames” ainda seguindo a mesma linha sobre a saúde pública o mesmo entrevistado responde sobre os profissionais que o atendeu “Muito bom eles,

pode gravar que eles são bons”. E sobre o CACON Bartolomeu pontua “Ótimo, todo mundo aqui. Aqui é melhor”. Ainda sobre o atendimento no CACON Severino acrescenta “Bem demais. De ouro”.

Mesmo que os entrevistados aproveem o atendimento público, a literatura pontua que a mesma precisa de melhorias. Batistella<sup>31</sup> pontuou que, no Brasil, a disponibilização de medicamentos de forma contínua e em quantidade adequada às necessidades da população e tratamentos médicos na rede pública ainda é um desafio a ser superado, apesar da implementação de políticas públicas a partir da década de 1990.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do material coletado e da literatura consultada para a elaboração deste trabalho, notou-se que o conceito de saúde não se resume apenas a algo escrito. As vivências individuais de cada participante entrevistado interferiu diretamente na maneira dos mesmos conceituarem saúde.

Percorrendo a literatura apresentada, foi possível notar que o conceito de saúde, desde os primórdios, pode sofrer influências das diversas formas. Tais influências mudam drasticamente, baseadas no período histórico em questão, a forma de se enxergar a saúde, lidar com ela e oferecer atenção de qualidade.

Quanto ao processo de adoecimento vivenciado por esses pacientes, é possível identificar em suas falas que o enfrentamento da doença também é um fator influenciado pelo olhar que os mesmos têm a respeito de serem saudáveis ou doentes.

É válido ressaltar a importância do profissional da saúde em relação aos processos educativos. Todo conhecimento

aplicado na prática de saúde e a comunicação estabelecida entre o profissional e o paciente geram uma nova forma de se conceituar, baseada nas vivências de ambos.

Este trabalho permitiu identificar, nas vivências ouvidas das narrativas dos usuários, o que se pode entender por saúde. Não apenas por meio de palavras, mas nas características do vivido, ao longo da trajetória de vida e especificamente do momento que estavam experimentando.

Através da revisão de literatura foi possível observar que o conceito de saúde evoluiu muito e que mesmo após anos de evolução ainda existem diferentes conceitos tanto na literatura, quanto para a OMS e na legislação brasileira. Após a comparação das respostas com a literatura, tornaram-se mais emblemáticas as variações do conceito de saúde e doença, tanto nos dizeres norteadores das práticas em saúde quanto nas vivências dos pacientes oncológicos estudados. Portanto, o estudo dá a ver o valor de promover essa articulação de saberes, tendo em vista uma atuação mais próxima à realidade experimentada pelos usuários.

É importante destacar que mesmo que o conceito de saúde seja pouco preciso, dinâmico e extenso, isso não impossibilita que seja viável transformá-lo em eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: seu caráter múltiplo é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e puramente prescritivo.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup> Nébias C. "Formação dos conceitos científicos e práticas pedagógicas." Interface-Comunicação, Saúde, Educação 3.4 (1999): 133-140.



<sup>2</sup> Vygotsky, L. Pensamento e linguagem. 3.ed. São Paulo: M. Fontes, 1991

<sup>3</sup> Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial para a Saúde.In:Conferência Internacional da Saúde 19-22 julho de 1946. New York: OMS;1946.

<sup>4</sup> Siqueira MM, Moraes MS. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2009; v. 14, n. 6, p. 2115-2122.

<sup>5</sup> Czeresnia, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999; v. 15, n. 4, p. 701-709.

<sup>6</sup> Hyden LC. Illness and narrative. Sociol Health Illn 1997; 19(1):48-69.

<sup>7</sup> Brasil. Constituição Federal da República. Brasília: Governo Federal, 1988.

<sup>8</sup> Brasil, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

<sup>9</sup> Instituto Nacional de Câncer INCA. Câncer de boca 2020. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/campanhas/cancer-de-boca/2020/semana-nacional-de-prevencao-do-cancer-bucal#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20da%20boca%20\(tamb%C3%A9m,%C3%A9%20diagnosticada%20em%20est%C3%A1gios%20avan%C3%A7ados](https://www.inca.gov.br/campanhas/cancer-de-boca/2020/semana-nacional-de-prevencao-do-cancer-bucal#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20da%20boca%20(tamb%C3%A9m,%C3%A9%20diagnosticada%20em%20est%C3%A1gios%20avan%C3%A7ados.). acesso em 04 maio 2022.

<sup>10</sup> Bittar TO, Paranhos LR, Fornazari DH, Pereira AC. Epidemiologia do câncer bucal—um problema mundial de saúde

pública. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 15(1). 2010. P. 23-34.

<sup>11</sup> Warnakulasuriya, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral oncology, 45(4-5), 2009. P. 309-316.

<sup>12</sup> Martins Filho PRS, Santos TDS, Silva LCFD, Piva MR. Prevenção e controle do câncer bucal no Brasil: uma história secular de Políticas Públicas de Saúde. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), v. 62, nº2: 2014, p. 1-6.

<sup>13</sup> Sebastini RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde – hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 20 - Supl nº 1 2005.

<sup>14</sup> Assad JE. Relação médico-paciente no final do século XX. In: Desafios éticos. Brasília:Conselho Federal de Medicina; 1993. p.104-111.

<sup>15</sup> Biato ECL, Leão LHC, Monteiro SB. Uma leitura crítica sobre saúde-doença e suas noções. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2020; v. 30, p. e300410.

<sup>16</sup> Biato ECL, Luzio JS. Perspectivas de educação em saúde bucal: possibilidades de criação na prevenção e enfrentamento do câncer. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Abr-jun, 2022 (ahead of print).

<sup>17</sup> Monteiro SB. Otobiografia como escuta das vivências presentes nos escritos. Educação e Pesquisa, São Paulo. set./dez. 2007; v.33, n.3, p. 471-484,

<sup>18</sup> Derrida J. Otobiografías. La enseñanza de Nietzsche y la política del nombre propio. Buenos Aires: Amorrortu, 2009a.

<sup>19</sup> Monteiro SB,; Biato, ECL. Uma avaliação crítica acerca de método e suas noções. Revista de educação pública, v. 17, n. 34, p. 255-271, 2008.

<sup>20</sup> Monteiro SB. Quando a pedagogia forma professores: uma investigação otobiográfica. São Paulo. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo. 2004.

<sup>21</sup> Corraza SM. Métodos de transcrição: pesquisa em educação da diferença. São Leopoldo: Editora OIKOS, 2020.

<sup>22</sup> Corazza SM. Os cantos de Fouror: escrita em filosofia-educação. Porto Alegre: UFRGS: Sulina, 2007

<sup>23</sup> Corazza SM, Biato ECL, Nodari KE. Escrita e ler: escrever como método de invenção no ensino e pesquisa. In: 8 Congresso Ibero-americano de investigação qualitativa/8 CIAIQ 2019, 2019. Lisboa. Atas do 8 Congresso de Investigação Qualitativa. Aveiro/Portugal: Ludomidia, 2019. v. 1 p. 360-369.

<sup>24</sup> Deleuze G, Guattari F. O que é a filosofia? Tradução de Bento Prado Junior e Alberto Alonso Munoz. Coleção Tans. Editora 394. 1ª edição; 2010.

<sup>25</sup> Lourenço LFL, Danczuk RFT, Painazzer D, Junior NF, Maia ARCR, Santos EKA. A Historicidade Filosófica do Conceito de Saúde. História da Enfermagem - Revista Eletrônica (HERE). 2012; v. 3, p. 2.

<sup>26</sup> Scliar M. História do conceito de saúde. Physis: Revista de saúde coletiva. 2007; v. 17, n. 1, p. 29-41.

<sup>27</sup> Sarmento FJP. El mito de Panacea. Compendio de Historia de la Farmacia y la Terapéutica. Madrid: Doce Calles, 1997.

<sup>28</sup> Nordenfelt L. Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico. Tradução de Maria Bettina Camargo Bub e Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2000.

<sup>29</sup> Backes MTS, Rosa L, Fernandes GCM, Becker SG, Santos SA, Meirelles BHS. Conceitos de Saúde e Doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Revista Enfermagem UERJ. 2009; v. 17, p. 111-117.

<sup>30</sup> Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

<sup>31</sup> Batistella C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. EPSJV, 2007.

<sup>32</sup> Luz M. Saúde. (verbetes) In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

<sup>33</sup> Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, IV(2): 287-307, jul-out., 1997.

<sup>34</sup> Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

<sup>35</sup> Dallari SG. A construção do direito à saúde no Brasil. Revista de direito sanitário. 2008; v. 9, n. 3, p. 9-34.

<sup>36</sup> Safatle V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. Scientiae Studia, [S. l.]. 2011; v. 9, n. 1, p. 11-27. DOI: 10.1590/S1678-31662011000100002.

<sup>37</sup> Canguilhem, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

<sup>38</sup> Barrenechea M. Nietzsche e o corpo. Rio de Janeiro: 7 letras, 2010.

<sup>39</sup> Minayo CCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cadernos de saúde Pública. 1988; v. 4, p. 363-381.

## ANEXOS

(Revista Saúde em Redes)

# Diretrizes para Autores

Os artigos devem ser originais e não terem sido publicados, nem submetidos, a outro periódico. Os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi publicado anteriormente ou está sob avaliação por outro periódico.

O periódico Saúde em Redes não realiza qualquer cobrança de taxa de submissão dos originais enviados, nem cobra custos de tradução ou revisão, se necessários.

Uma vez enviados os originais, os mesmos serão submetidos a avaliação por pareceristas na forma de duplo cego (double blind peer review), onde os pareceristas não terão acesso aos dados e identidade dos autores, bem como estes em relação aos pareceristas. O resultado das avaliações é encaminhado pelos editores aos autores intermediando o processo de avaliação.

Aspectos Éticos: os artigos originais devem necessariamente ter seguido os princípios éticos contidos nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional Conselho de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> e <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>, respectivamente) ou princípios equivalentes válidos no país de origem do manuscrito e terem passados pela aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem, sendo necessário ser claramente indicado na descrição do método, com o número do protocolo.

Cada pessoa designada como autor deve ter participado ativamente no trabalho e assumir a responsabilidade pública por parte do artigo, para

a qual contribuiu. Reconhecimento da autoria deve ser baseado em contribuições substanciais para o seguinte:

1. concepção e delineamento, aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados;
2. elaboração do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual;
3. aprovação final da versão a ser publicada.

Os autores devem atender todas as três condições. O documento apresentado deverá ter sido lido com atenção por todos os autores, que devem concordar com o seu conteúdo. Sobre os direitos autorais, consulte o item especial. Direitos Autorais. Políticas editoriais Autores são convidados a consultar as Políticas da Rede UNIDA, no menu para aprender sobre o foco e o escopo, do processo de revisão por pares da revista, a declaração de conflito de interesses e outras políticas editoriais.

#### INSTRUÇÕES GERAIS

- É solicitado gentilmente aos autores para seguirem atentamente todas as instruções para a preparação do manuscrito. Só será enviado aos colaboradores (revisores) manuscritos que estão em estrita conformidade com as normas especificadas.
- Os artigos podem ser escritos em Português, Inglês, Espanhol ou Italiano e o estilo deve ser claro e conciso. Autores são fortemente aconselhados a enviar o manuscrito em sua forma final após a realização de uma verificação ortográfica.
- Os artigos devem ser digitados em Word (Microsoft Office), em uma página tamanho A4, configurado com espaçamento 1,5, margens laterais de 2,5 cm, fonte Calibri 12, recuo de primeira linha a direita de 1,25cm, com espaçamento de 10pt entre parágrafos (geralmente basta adiciona espaço depois de parágrafo no item próprio no word). Os textos devem estar apresentados com margem justificada.
- Use a formatação automática para criar recuo no início dos parágrafos, e não a tecla de espaço ou tab.
- O tamanho de cada documento não deve exceder 2 MB.

- A ordem é a seguinte para todos os manuscritos: primeira página, resumo, resumo traduzido (abstract), palavras-chaves, texto, agradecimentos (se houver), referências, tabelas, figuras. Veja abaixo os detalhes sobre a preparação de cada um desses elementos, "Estrutura do manuscrito".
- As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades.
- Abreviaturas podem ser utilizadas. Na primeira citação, a palavra deve ser escrita por extenso, seguido da sigla entre parênteses. Não use abreviaturas nos resumos.

## ESTRUTURA DO MANUSCRITO

### 1. Primeira página

1.1 Título: conciso e explicativo em português e inglês, máximo de 150 caracteres com espaços;

1.2 Autores: nome completo, titulação, instituição e e-mail;

1.3 Autor correspondente: nome, endereço postal, telefone e e-mail para publicação;

1.4 Descreva a autoria baseado em contribuições substanciais. Observação: a página de título é retirado do arquivo fornecido aos colaboradores.

### 2. Resumo e palavras-chave estruturados

2.1 Resumo: deve ter até 250 palavras. Os resumos devem ser estruturados da seguinte forma: - Artigo original: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. - Artigo de revisão: Objetivos, Fonte de dados, Resumo das conclusões (Para a definição de cada tipo de artigo, consulte a seção Políticas, encontrado no menu).

2.2 Palavras-chave: Devem conter pelo menos três palavras-chave, não ultrapassando seis, ser separadas por ponto e vírgula e deve ser consultado em "Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)", publicado anualmente e está disponível em <http://decs.bvs.br>.

2.3 Abstract e Keyword: Deverá ter um resumo traduzido para inglês. Quando o idioma do texto for em inglês, o resumo deverá ser traduzido

para o português. E keyword poderá ser também tirado do DECS, não precisará ser traduzido.

### 3. Texto

3.1 Artigo Original: deve conter no máximo 5.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e apresentar um máximo de 40 referências. O número total de tabelas e figuras não deve ser maior que cinco. O texto original do artigo deve seguir um formato estruturado: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais, Referências.

Também são aceitos artigos originais separados com subtítulos, não excluindo a Introdução, Considerações Finais e Referências.

#### 3.1.1 CITAÇÕES

##### **Formatação**

Números arábicos, sobrescritos. Ex: <sup>12</sup>

Ordenadas consecutivamente

Com indicação de páginas. Ex. <sup>12:381</sup>

Citações de referências sequenciais separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: <sup>1,2,4,5,9</sup>

Citações de referências intercaladas separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: <sup>8,14, 10,12,15</sup>

#### 3.1.2 Notas de rodapé

Restritas ao mínimo necessário.

Indicadas por números romanos.

3.2 Revisão Sistemática: deve conter no máximo 6.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e fornecer pelo menos 50 referências. O artigo de revisão pode apresentar um padrão menos rígido, incluindo Introdução, Métodos, Revisão da Literatura, Considerações finais e Referências.

3.3 Resenhas: deve conter no máximo 2.000 palavras. Devem primar pela objetividade e concisão. São compostos de resumos e comentários



sobre importantes obras publicadas na Saúde Coletiva. Podem ser tanto obras clássicas, quanto obras recentemente disponibilizadas ao público.

4. Agradecimento (opcional): Devem ser breves e objetivos, apresentada no final do texto (antes das referências), incluindo apenas as pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo.

5. Tabelas: As tabelas com suas legendas devem ser enviados em formato Word (Microsoft Office), sendo colocados após as referências em novas páginas. Todas as tabelas devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida da palavra "Tabela" seguida pelo número de ordem de ocorrência no texto em algarismos arábicos (por exemplo, Tabela 1, Tabela 2, etc.). Os títulos das tabelas devem ser auto-explicativo, para que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações específicas ou mais detalhadas devem ser apresentadas imediatamente abaixo da tabela. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas.

6. Figuras: Incluir gráficos, desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, etc. Todas as ilustrações devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser incluído na sua parte inferior, precedida da palavra "Figura", seguido do número de série de ocorrência no texto, em árabe, incluindo o seu modo de explicação (por exemplo, Figura 1, Figura 2, etc.). Mesmo que brevemente, esta informação deve ser clara e dispensar se referir ao texto ou fonte. Os dados produzidos em um arquivo de texto, como gráficos em Word, por exemplo, deve ser anexada depois de as tabelas no final do documento. Os arquivos de imagem devem ser enviados como anexo formato de documento. Jpg com resolução mínima de 300 dpi, para que eles sejam melhor visualizado on-line, mas não superior a 2 MB. As ilustrações em cores são aceitos para publicação eletrônica.

7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o estilo de Vancouver. As normas e exemplos podem ser encontrados através do site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Todas as referências citadas no texto, e apenas eles, devem figurar na lista de referência que é numerada e colocada a seguir ao texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o EndNote e

Reference Manager), os códigos de campo devem ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por Reference Manager ou Endnote para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").