

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

ANNE CAROLINE COELHO LEAL ARIAS AMORIM

**PARADIGMAS E MODELOS NA FORMAÇÃO À ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E EM PORTUGAL ESTUDO
COMPARADO.**

BRASÍLIA - DF

2019

ANNE CAROLINE COELHO LEAL ARIAS AMORIM

**PARADIGMAS E MODELOS NA FORMAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO BRASIL E EM PORTUGAL ESTUDO COMPARADO.**

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA - DF

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
CRB4/1266

A524 Amorim, Anne Caroline Coelho Leal Árias

Paradigmas e modelos na formação à atenção primária à saúde no Brasil e em Portugal estudo comparado/Anne Caroline Coelho Leal Árias Amorim - Brasília: UNB, 2019.
202 p.: il. Color

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Brasília, 2019.
Orientação: Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa.

1. Educação Médica 2. Educação em Enfermagem. 3. Promoção em Saúde 4. Modelos de Atenção 5. Atenção Primária à Saúde I. Amorim, Anne Caroline Coelho Leal Árias. II. Título.

CDD: 614.4
CDU: 614

ANNE CAROLINE COELHO LEAL ARIAS AMORIM

**PARADIGMAS E MODELOS NA FORMAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO BRASIL E EM PORTUGAL ESTUDO COMPARADO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Brasília, 19 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília

Prof Dr Fernando Passos Cupertino de Barros
Universidade de Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Carla Targino Bruno dos Santos
Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília

BRASÍLIA - DF

2019

Dedico essa tese

Aos seres de luz!

Agradecimentos

“Não é fácil, mas eu topo”, então, agradeço a cada um que incentivou ou até desafiou a conseguir e também a desistir. A cada um, minha gratidão pelos estímulos. Nunca foi fácil habitar esse lugar, lugar as vezes tão incompreendido e criticado, mas que, finalmente, fluiu. Que esse propósito, que eu sei que não é só meu, pois é de todos os cientistas em todo lugar. Sejamos honrados! Que façamos ciência com consciência e leveza, com mais respeito e amor aos nossos semelhantes, humanos ou não.

Dedico essa tese a todos os seres de luz, pela generosidade nos percursos físicos e não-físicos e por tudo que talvez nunca possamos totalmente explicar/comprovar. Mas, acima de tudo agradeço a Deus, meu Senhor. A ti, Pai Querido, toda honra e toda glória, somente a ti, senhor, meu criador, pela sensação que sempre tive de seu amor e proteção.

A meus pais pelos bons exemplos e, principalmente, a minha mãe, novamente, por todos os apoios, assim como ao meu esposo e filho, que sem eles eu nem teria tentado fazer essa seleção. A vocês, meu amor incondicional e gratidão todos esses anos. À Matheus, meu único filho, meu pequeno notável, que fez tanta coisa por mim e comigo. Meu amigo e amor sem você e seu pai, não teria sido possível. A meus irmãos pelo incentivo e, particularmente, a Patricia, pelo auxílio na redução textual para a seleção.

A minha querida tia Zezé, dedico especialmente esta tese, por todo o amor recebido e por, em virtude dele, muito ser como sou (uma pequena, notável!). Leve contigo todo o cheiro de perfume, toda linda palavra, todo amor que me deste, sou muito grata a ti. Também dedico a minhas tias, Maria Raimunda e Socorro e a meus avós, além de toda a ancestralidade familiar nossa, que com certeza tem deixado um bonito legado pelo mundo, o que muito me orgulha. Aos meus irmãos das Práticas Integrativas, gratidão pelas partilhas, nos encontros e reencontros. Ao universo, gratidão por todas as oportunidades manifestadas!

Aos amigos de perto e de longe, Carmosina, Geraldo Gadelha, Raimunda Vina e seus filhos/amigos, Juliana e Daniel. Aos amigos(as) e primos(as) queridos, pela torcida/carinho/apoio, em especial a Carla Moura Backman e a sua amiga Gabi, que sem elas não teria adquirido parte desses artigos, necessários à análise, na Alemanha. A Luselita pelo apoio espiritual e amizade durante todo esse processo tenso de produzir conhecimento e pelo livro de Aaron, conseguido em Boston. Aos amigos Ana Beatriz Vieira, Nadirlene Gomes, António Hélder Manuel Francisco, Ricardo Fonseca, Geórgia Kokkori, Geida e aos muitos outros queridos e que souberam ser “Holding”; beijos de

luz. A minha orientadora pela amizade e apoio, a banca pela generosidade de avaliar o mérito desse trabalho, a querida Iolanda pela revisão e a todos os professores e técnicos, da UNIVASF e UnB, pelo carinho e incentivo. A Michael Bronikowski Wilk, pesquisador e apoiador, pelos artigos gentilmente enviados e a Dalila Tusset e Sônia Vigeta pelos maravilhosos livros de promoção à saúde! A querida Iolanda, pela revisão ortográfica do estudo. Aos membros da Academia Ipê, pela parceria e amizade, em especial à Onã Silva, por ter me provocado nas iniciais inspirações poéticas, na fase adulta. Sigamos poetizando! Bom ter gente que colabora em todo lugar. Gratidão!!!

Já fui passarinho...

Já fui passarinho
Ostentei liberdade
Subi o céu com vontade
Sem pensar onde ir
Sem ter quem me parar...

Já fui passarinho
Não tinha que fazer ninho
Não tinha que não ficar sozinho
Só ficava se quisesse
Só ficava, pelo caminho...

E o caminho era só meu
Cheio de liberdade
Cheio de vitalidade
Sem ter que nunca parar...

Parar não tinha sentido
Meu peito, nunca ferido
Encantava e se encantava
A cada passarinhar!

Já fui passarinho...

Anne Caroline Coelho leal Árias Amorim
20/09/2017

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa, que tem como objetivo o estudo comparativo, de quatro casos, das orientações curriculares dos cursos de medicina e enfermagem no Brasil e em Portugal. A seleção dos casos, ocorreu em favor do interesse em analisar os aspectos que têm influído na realização de práticas de promoção, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, dessas categorias profissionais, como de evidenciar os motivos para a sua não realização. A motivação do estudo ocorreu, como forma de contribuir, para desvelar os aspectos das políticas curriculares e práticas organizacionais que interferem na atuação desses trabalhadores nos referidos cursos. Nesse sentido, foram analisados, ainda, aspectos individuais que apontaram pistas indicativas das facilidades e dificuldades quanto a sua operacionalização, com pressupostos de que aspectos como arte e práticas integrativas podem ampliar o escopo das práticas de promoção de saúde, que ocorrem principalmente através da realização da educação em saúde. A abordagem analítica do estudo ocorreu de forma a considerar também aspectos históricos, que favoreceram o confronto entre a contextualização das políticas curriculares nacionais e as diretivas internacionais voltadas ao tema do estudo. Dentre os dois cursos observou-se mais similaridades em relação às normativas nacionais em cada país, que aspectos discordantes, entre os quais destacaram-se a convergência sobre ser recomendável um processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno e no perfil de egressos, notadamente generalistas, como na ampliação das formas de avaliação. Quanto à organização do ensino para a realização da promoção, detectou-se que tais orientações das políticas indutoras são pautadas, principalmente, nas legislações nacionais, orientadas regional e globalmente, com destaque atual para a organização prioritária no âmbito da Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Mais Médicos, no Brasil e do Licenciado Médico, em Portugal, integrado aos demais pontos da rede de atenção em cada nível assistencial, seja nas unidades de saúde, nos domicílios ou em outros equipamentos sociais e comunitários. Nesse sentido, destaca-se a parceria com a escola, como ponto estratégico com tendência para a realização de atividades de promoção da saúde. Concluiu-se que o ensino médico e de enfermagem ocorre, crescentemente, integrados e empenhados em serem intersetoriais, inter e transdisciplinares, abertos às mudanças de paradigma de ensino da saúde (em que a transição acontece da patogênese para que se integre à salutogênese), mas que culturalmente ainda reproduzem historicamente modelos focados principalmente em aspectos técnicos e cognitivos, sendo um desafio comum para ambos cursos e países fortalecer a cultura de ensino realizado na complexa realidade do usuário, que requer a valorização da dimensão simbólica ou afetiva, com pedagogia menos tradicional e mais dialógica, de forma a torná-lo mais integral e equitativo.

Palavras-chave: Educação Médica; Educação em Enfermagem; Promoção da Saúde; Modelos de Atenção; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This is qualitative research, which aims to the comparative study of four cases, the curriculum guidelines of the medical and nursing courses in Brazil and in Portugal. The selection of the cases occurred in favor of interest in analyzing the aspects that have an influence on achievement promotion practices, within the framework of primary health care, these occupational categories, as to highlight the reasons for your failure. The motivation of the study took place, as a way of contributing to unveil aspects of curricular policies and organizational practices that interfere with the performance of these workers in the said courses. In this sense, also were analyzed individual aspects you pointed out clues indicating the facilities and difficulties about your operation, with assumptions that aspects such as art and integrative practices may broaden the scope of the practices health promotion, which occur mainly through the provision of health education. The analytical approach of the study took place in order to consider historical aspects, which favored the confrontation between the context of the national curriculum policies and international policies aimed at the theme of the study. One of the two courses more similarities were observed in relation to national legislation in each country, that discordant aspects, among which were the convergence about being recommended a teaching-learning process centred on the student and the profile of graduates, generalists, as in the expansion of forms of evaluation. As for the organization of teaching for the promotion, if such inductive policy guidelines are based mainly in national legislation, regional and globally oriented, with emphasis for the Organization a priority in the context of primary health care through the program more doctors in Brazil and Licensed doctor in Portugal, integrated with other network points of attention at each level, whether in the health units, in households or in other social and community equipment. Accordingly, the partnership with the school, as a strategic point with a tendency to carry out health promotion activities. It was concluded that the medical and nursing education takes place, increasingly integrated and engaged in intersectoral, inter-and transdisciplinary are open to changes of paradigm of health education (where the transition happens of pathogenesis in order to integrate to salutogenesis), but that still reproduce historically cultural models focused mainly on technical and cognitive aspects, being a common challenge to both courses and countries to strengthen the culture of education carried out in the complex reality of user , which requires the appreciation of the symbolic dimension or affective, with less traditional and more dialogical pedagogy, in order to make it more comprehensive and equitable.

Key-words: Education, Medical; Education, Nursing; Health Promotion; Healthcare Models; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL – América Latina

APS - Atenção Primária à Saúde

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

BR - Brasil

CD – Cirurgiã(o) dentista

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEAM – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

CMS - Conferência Mundial de Saúde

CPS – Cuidados de Saúde Primários

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DATASUS - Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde

DIRES - Diretoria Regional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais (Orientação Curricular)

ENF – Enfermeiro/a

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – Integração Docente-Assistencial

IES – Instituições de Ensino Superior

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MA – Medicina Antroposófica

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MDV - Modelo em Defesa da Vida

MBPS – Modelo Biopsicossocial

MVS - Modelo Vigilância em Saúde

MSF - Modelo ‘Saúde da Família’

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

MEC – Ministério da Educação

MED – Médico/a

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NBS - Necessidades Básicas de Saúde

NESP - Núcleo de Estudos de Saúde Pública

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PT – Portugal

PSE - Programa Saúde Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

PROESF - Programa de Expansão do Saúde da Família

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PTC – Psicoterapias Corporais

PTG - Patogênese

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

REEPS - Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

GRR – Recursos Gerais de Resistência

RIUPS – Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde

RM – Racionalidades Médicas

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SLTG - Salutogênese

SM – Saúde Mental

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNA - Sistema Nervoso Autônomo

SB - Saúde Bucal

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SOC – Senso de Coerência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFSB - Universidade Federal do Sul da Bahia

UNB – Universidade de Brasília

USF - Unidade de Saúde Família

LISTA DE ABREVIATURAS E FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO ANALÍTICO (CÍRCULO DE CONSCIÊNCIA)

FIGURA 2 – MODELO PATO-SALUTOGÊNICO.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Relação de elementos presentes no dado empírico e comparáveis em termos de modelos e paradigmas de promoção de saúde.

QUADRO 2 – Características comparáveis dos paradigmas de ensino (e o paradigma em formação) a partir dos modos de ensinar-aprender e a compreensão de salutar-adoecer segundo modelos de promoção na Atenção Primária à Saúde.

QUADRO 3 - Características comparáveis acerca das reformas de estado que influem no ensinar-aprender sobre o salutar-adoecer nos paradigmas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	18
Capítulo 1	21
2. INTRODUÇÃO	22
3. CONTEXTOS DO ESTUDO	41
3. 1. CONTEXTO BRASILEIRO	43
3. 2. CONTEXTO PORTUGUÊS	43
4. OBJETIVOS	44
4.1. OBJETIVO GERAL:	44
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	44
5. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	45
Capítulo 2	46
6. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	47
6.1. Relações e implicações práticas entre paradigmas de ensino e de saúde	47
6.2. Modelos, paradigmas e padrões ao longo da vida humana	53
6.3. Interface da integralidade com os paradigmas de ensino na saúde	56
6.4. Regulação da Formação dos Cursos de Medicina e Enfermagem	66
Capítulo 3	81
7. MÉTODO	82
Capítulo 4	87
8. RESULTADOS E DISCUSSÕES	88
8.1. PERSPECTIVA EDUCATIVA PATO-SALUTOGÊNICA	88
REFERÊNCIAS	101
8.2. PERSPECTIVAS VITALIZADORAS PARA O ENSINO DA SAÚDE	104
Síntese comparativa	120
Pedagogia da Harmonia	125
MEDICINA TRADICIONAL BRASILEIRA E PORTUGUESA – AVANÇOS E DESAFIOS NO ENSINO MÉDICO E DE ENFERMAGEM	133
INTRODUÇÃO	134
OBJETIVOS E DIRETRIZES	135
ATORES SOCIAIS/INSTITUCIONAIS NO BRASIL	138
INSTITUCIONALIDADE/LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	139
SITUAÇÃO ATUAL/PERSPECTIVAS NO BRASIL	142
MARCO LEGAL COMPARADO COM PORTUGAL	148

CONCLUSÕES.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
Orientação paradigmática no ensino da saúde brasileira e portuguesa: sobre a patogênese e a salutogênese.	154
Introdução	155
Percurso metodológico comparado	156
A saúde e a doença em termos conceituais	157
Forças vitais x forças mortais	158
A saúde e a doença em termos paradigmáticos.....	159
De qual saúde, afinal, estamos falando/ensinando?	160
Macro e microcategorias nas práticas do ensino	163
Provocações finais.....	168
Referências.....	170
Capítulo 5	172
9. CONCLUSÕES	173
REFERÊNCIAS	177
ANEXOS.....	198
Autorização do Conselho de Ética e Pesquisa	199
APÊNDICES	200
Modelo Analítico.....	201
Modelo Teórico	202

1. APRESENTAÇÃO

Tudo começou com a dança e com a música... E para que se possa entender a concepção teórica e metódica deste trabalho, faz sentido explicar o que tais elementos estéticos têm a ver com isso! Primeiramente, eu resolvi partir do meu lugar pessoal como sujeito histórico e o que me moveu até aqui para realizar este estudo nada convencional, aquilo em que acredito ocorra por eu ser um ser bastante reflexivo, sistemático, às vezes, prolixo, mas enfim, são partes essenciais de mim!!! Além desse aspecto, que me reporta por qual motivo me interessa tanto o debate da subjetividade, é o fato de eu ser docente e, como tal, faz todo o sentido pensar sobre como essa nossa maneira de “ser” professor afeta o desempenho de nossa atividade profissional.

Mas eu sou ainda enfermeira, e faço parte de uma massa técnica imbrincada na condição de cuidar do outro, seja na assistência, seja na sua cultura (mais ou menos cuidadora), mediante influências, como a formação em saúde, entre outras; mas, não é a partir desse lugar que me vi determinada a fazer este trabalho, mas diante de outros aspectos singulares que me reportam ao que me afeta em nível pessoal.

No momento eu sou doutoranda, inserida em um projeto do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), inserido Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), da Universidade de Brasília (UnB), dando continuidade às inquietações que surgiram desde o mestrado, sobre aspectos intervenientes das práticas de saúde, pois sou docente nos cursos de Enfermagem e Medicina e por, ao longo da vida profissional, perceber os diferentes modos de agir (nossos), enquanto trabalhadores da Atenção Primária. Assim, eu sempre pensei a respeito do quanto aspectos pessoais podiam interferir nas diferentes conduções do trabalhador e dos coletivos, no âmbito do mundo do trabalho. Entretanto, discutir formação, aliada à subjetividade e autonomia, não é/foi fácil para mim, mas encontrava sentido em tentar entender essas questões sutis, para buscar meios de melhor gerir e agir as variadas situações, que dia a dia se apresentam.

No entanto, eu sou alguém que, ainda cedo, teve oportunidades de envolver-se com alguns tipos de atividade artística (balé clássico aos 3 anos, outros tipos de apresentação lúdica, teatral ou inserida num contexto em que a música, geralmente, estava presente), papéis que foram me moldando a ser uma pessoa sensível ao bem-estar causado por tais estímulos (sensório-motor), mas sem essa consciência de forma cientificamente

fundamentada, a princípio, uma vez que era apenas uma criança. Tal fato, provavelmente, incitou-me a melhor observar o campo da intersubjetividade e seus desfechos (quase sempre) plurais.

Da infância até formar-me e iniciar minha prática profissional, eu tanto tinha tais oportunidades ou as buscava, mas, contraditoriamente, vi-me reduzida (no núcleo profissional) ao ser apenas trabalhado o lado técnico, formada para cuidar do outro ser numa perspectiva pontual, nunca total. Isso seguiu me incomodando, como doença incubada, até que as pontes de uma consciência ampliada foram apresentando-se nas vivências e na forma como fui refletindo sobre esses modos de subjetivação.

Dessas experiências, além das apresentações possibilitadas nos festivais da Escola de Ballet Valdete César, em Petrolina, participei de tantas mais no Colégio Auxiliadora e Dom Bosco, onde cursei meu colegial e parte do segundo grau; também houve outras vivências na Biblioteca Municipal e demais espaços públicos da minha cidade, e em outras cidades (quando já formada), mas, nestas, sempre três características compunham tais atividades: o corpo, a música e o lúdico. Fui Narizinho do Sítio do Pica-pau amarelo, bailarina do Cancan, mulher fatal (em performance realizada em dupla), odalisca, em performance grupal e estudante dos anos 70 (compondo uma de duas duplas de casais que entravam de moto em um ginásio de esportes, para performar numa gincana, na primeira cidade em que trabalhei).

Mais adiante, fui capoeirista e finalmente, fui palhaço, em tantas cenas, que pouco retratei (midiaticamente), mas que iam se desenrolando nos corredores e contextos do hospital, nos eventos em que fui me reformando e na minha história (enquanto clown), ocasiões que muito iluminaram a liberdade de ser eu, mesmo no âmbito pessoal. Momentos em que me conscientizei de quem realmente sou e que, depois, me permitiram criar uma identidade de poetisa, a se descobrir e reinventar a cada nova inspiração que retrata meus ideais, meus pensamentos, minhas emoções.

Enquanto clown, me chamo Tiazinha, de sobrenome Tagarela, a demarcar a minha sina, de falar, e falar de mim, e de minha história pessoal; e embora saiba que não deva, eu me exponho muito, não tenho amarras, não tenho medo, nem vergonha de ser como sou; da mesma maneira, respeito o outro, nem sempre o entendo, mas o defendo enquanto ser (que quer ser como também sou) - livre -!!! Desde a formação em clown, como já era docente, outras oportunidades surgiram e as tenho agarrado, e tenho resgatado o fazer

performances sozinha, até sem música, pois, desde cedo, percebi que também ajuda a imergir em algo transcendental.

As últimas grandes apresentações ocorreram quando morei em Brasília, na inauguração do Estádio Mané Garrincha, na copa das confederações e no lançamento de uma produção coletiva (da qual faço parte), do lindo livro *Enfermagem com Poesia*. Em termos individuais, uma das últimas foi numa capacitação extensionista, na Universidade de São Paulo, na qual percebi (em ato cênico) a autocura de um arrastado sofrimento, do qual finalmente me curei. Assim, apresento-me, certa de que o corpo pulsa mais consciente quando se tem arte envolvida e por isso, nesta investigação, fui rumando para um lado pouco explorado no ensino da saúde, o uso da componente estética, a qual desejo aqui melhor fazer compreender e, ao compartilhar minha experiência, incentivar a oportunidade, aos pares, de também explorar em si e pedagogicamente.

Dessa forma, apresenta-se a Teoria Pato-Salutogênica, que busca hibridizar ‘positivismo’ e ‘vitalismo’ por meio do debate da inter e transculturalidade mediante abordagem para a promoção da saúde, que buscou potencializar no biológico (através do pedagógico) a problematização dos 3 “S” (s), Salutogênese - Sociologia - Subjetividade. Assim, (aliada à Patogênese) a Salutogênese evidencia de forma igualmente importante as abordagens da Sociologia e da Subjetividade, posto que o biológico foi inquestionavelmente bem representado pela patogênese, mas a subjetividade não, enquanto o aspecto social vem crescentemente sendo destacado.

Dessa maneira, espera-se colaborar com a junção da Patogênese aos 3 “S” (s) e com a pretensa ampliação desse referencial de Promoção de Saúde, fomentar, por meio da tese, a ampliação de alguns aspectos que configuram lacunas no Modelo Biopsicossocial, sobretudo quanto ao uso da autonomia e da dimensão subjetiva.

Capítulo 1

2. INTRODUÇÃO

Nas lutas sociais das últimas décadas, observo o predomínio da cultura técnica (em termos globais), em detrimento da valorização do modelo neoliberal, desarticulada da priorização de aspectos humanísticos em currículos de profissionais de saúde.

Num recorte de uns 30 anos, os sistemas de saúde, confrontando-se aos estímulos que levaram às crises e reformas, assistiram à instituição contra-hegemônica, em defesa de paradigmas relacionados à promoção de saúde, paralelamente, à defesa da prevenção contra o adoecimento. Tais movimentos ocorreram e se mantem, em muitas partes do mundo e firmam-se, na defesa da vida e da qualidade de vida, e advogando, ainda, a busca de ganhos para a saúde, também no Brasil e em Portugal.

Mas, embora estejamos numa crescente troca intercultural, indiscutivelmente potente para o benefício da humanidade, percebe-se que há pouca interação dos cursos, nos espaços de formação em saúde e reciprocidade quanto a se respeitar o senso de inteireza do ser humano. Tais fatos influem, mutuamente, nas construções simbólicas dos que interagem e que na integração ou não (de saberes e poderes) podem qualificar os cuidados com o corpo e a mente. Entretanto, para que haja, de fato, mudanças de paradigma, as complementares ciências precisam se entrelaçar para cumprir melhor seu papel.

Por esse motivo, entre os desafios relacionados à melhoria da atenção à saúde, encontra-se um elemento central, a formação humanística, posto que aspectos potencializadores desse fazer vem sendo pouco pautados na atuação profissional, nas novas práticas que permeiam os espaços de construção do conhecimento (do teórico ao filosófico e requerem mais ética e estética), como era antes da criação da ciência e dominação da cultura técnica (NUNES; PELIZZOLI, 2011).

Esse aspecto pode estar relacionado à determinação, influência e/ou condicionamentos de crenças sobre a vida e a saúde, podendo impactar negativamente na redução da potência vital. Acredita-se que este fato tem contrariado parte significativa da efetivação da integralidade, através dos espaços de ensino-aprendizagem e por isso aliar vários aspectos e cenários pode reduzir a tecnocracia para evitar vieses reducionistas, como aponta Bourdieu (2010) em ‘o Poder Simbólico’, ao afirmar que nos tornamos tão

burocráticos que temos dificultado a transposição de valores e conceitos da vida para além dos discursos.

Contudo, desconstruir posturas da prática social e de saúde, pautadas em procedimentos, centrados principalmente na técnica e não no paciente e seu contexto (social e histórico), vem sendo relacionadas à manutenção do modelo de ensino, focado no adocimento. Tais atividades práticas (da medicina e da enfermagem, em particular), focalizam um modo de operar principalmente vigilante, anunciadamente, da saúde (mas, que de fato, debruçada está sobre os fatores de risco) e não sobre os aspectos que mantêm ou favorecem o bem-estar e o bem-viver.

De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006) a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível do sistema que, enquanto “porta de entrada”, pode organizar e racionalizar o uso dos recursos existentes, sejam simples ou complexos, para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. No entanto, percebe-se que a qualidade do avanço dessas práticas está relacionada à participação popular, para o efetivo controle social, nos sistemas de saúde e que, a consciência cidadã, enquanto prática coletiva (AMORIM, 2010), ainda é aquém da que se projeta como atividade-fim, em muitos cenários do mundo.

Segundo a autora, no primeiro nível de assistência à saúde devem ser considerados aspectos biológicos, psicossociais e ambientais para a manutenção da saúde, mas percebe-se que além desses há outros (em termos pessoais, que não são da ordem do psicológico, mas do uso da autonomia, do caráter e da moral, de cada um) voltados para mais promover/proteger ou restabelecer/reabilitar a saúde de indivíduos, famílias e comunidades, ou privar-lhes desse direito.

Tal questão, então, está relacionada não só às ofertas de serviços, mas a ordem dos significados acerca de importar-se, gradativa e verdadeiramente, com as necessidades e demandas individuais e comunitárias, nos diferentes níveis de assistência à saúde. Nesse contexto, essa autora ainda reforça, a necessidade de incorporação de elementos que interfiram nos processos de trabalho e gestão, como o planejamento estratégico e a gestão participativa, como ferramentas tecnológicas leves (AMORIM, 2010) para usar-se no âmbito do Saúde da Família.

Aponta também que devido impasse, relacionado ao acesso (universal e equitativo) aos serviços públicos, este conceito (de saúde) está mais visivelmente atrelado à promoção da saúde e à prevenção ou ao tratamento de doenças, que se relacionam ambos à necessidade de assistência integral, a qual Assis, Villa e Nascimento (2003)

apontam como dependente do maior esclarecimento e adesão à luta pela saúde como bem público, algo que dependa, muito também, do nível de escolarização de uma população.

Entretanto, mesmo na 22ª Conferência Mundial de Saúde (CMS), que foi no Brasil, em 2016, certifiquei-me de que, nas abordagens do evento de promoção da saúde, predominavam aspectos focados na educação (teórica) realizada na prática de saúde (ou seja, instrucional e diretiva, conteudista e, frequentemente, não planejada com os usuários), mas para eles como receptores passivos, como criticou Freire (1986, 1996, 2000, 2009, 2011, 2014).

Como conhecedora de outra terminologia explicativa da ‘Promoção de Saúde’, fui (para além de apresentar meu trabalho) buscar outros, no desejo de encontrar subsídios sobre a ‘Salutogênese’, termo que conheci em livros que adquiri em 2010, e que parecia ter significância por pautar a saúde em sua estruturação. Mas, para a minha surpresa, fora o meu trabalho, apenas dois trabalhos orais foram apresentados com temas dessa fundamentação, pois predominavam enfoques que abordavam a operacionalização das Políticas Nacionais de Promoção de Saúde (PNPS) e de Humanização (PNH).

Por isso, não é simples evocar mudanças nos modelos de cuidado e desconstruir posturas terapêuticas principalmente especializadas, longe da articulação dos profissionais dentro da equipe de saúde, rumo a uma perspectiva interprofissional, inter e transdisciplinar, o que dificulta a efetivação também da abordagem intersetorial, aspecto que, coadunado com aspectos singulares como o princípio da equidade e o papel da subjetividade na saúde, possibilita melhor discutir o amplo papel da ciência, mesmo longe de consensos e resolução de algumas necessidades globais.

Sob essa ótica, desde 1978 (em Alma Ata), o âmbito da Atenção Primária à Saúde tem sido indicado como o mais adequado para disparar a maioria dos processos assistenciais, posto que, nesses contextos, percebe-se que cerca de 80% das necessidades de saúde são atendidas (CAMPOS, 2003). Assim, o referencial da Promoção de Saúde continua sendo construído e configura-se como grande desafio realizar sua melhor operacionalização.

Tais ideias versam com o que se defendeu, antes desse evento, no Relatório Lalonde (em 1974 pelo então ministro canadense Marc Lalonde) e que, por isso, recebeu seu sobrenome. Embora esse marco traga benefícios para o pensamento da gestão dos sistemas e serviços de saúde ao fomentar cuidados ‘físicos’ e ‘mentais’, erra em um aspecto, expressar que o pensar, em termos de mudança, deveria voltar-se a pessoas com

maior risco de adoecimento, ou seja, restringindo a grupos a noção de cuidado. Ainda assim, por esse motivo, a reputação daquele país se diferencia a partir da década de 70 do século XX em termos de experiência prática em promoção, mediante “expansão de investimentos do governo federal, em programas sociais nos anos 60 e 70” (PEREIRA, 2014 apud HEALTH CANADA, 1998).

Pereira (2014) afirma ainda que, em documento denominado “A New Perspective on the Health of Canadians-A Working Document”, tal relatório amplia a visão sobre o que vem a ser saúde, desmistificando a mera existência de bons serviços de saúde e de atendimento médico mediante a conceituação de Campo de Saúde, fortemente atrelada a essa nova visão na área. Nela, haveria quatro categorias constitutivas (o estilo de vida, o ambiente em que se vive, as condições biológicas e, por fim, os serviços de saúde). O primeiro guardaria relação com os comportamentos adotados e suas implicações; a segunda com os recursos naturais, ocupacionais e sociais em que está imerso; a terceira considerava a perspectiva biológica e a última destaca o papel dos serviços de saúde para a compreensão do Campo da Saúde.

Outros pontos que ele destaca são: a fragmentação de ações de saúde e a rigidez com que os agravos são categorizados, a percepção conflituosa entre o acesso aos serviços, as metas desejadas e o comportamento dos profissionais, além de sua distribuição territorial. Percebe também que as especialidades desses trabalhadores e sua distribuição nos territórios geram situações de tensão, além de implicar um controle maior de custos e cuidado com a oferta desordenada de leitos e serviços a elas relacionadas (PEREIRA, 2014 apud AGUIAR, 2003).

Com base nisso, o mundo do trabalho, por meio da formação em saúde, passou a perceber melhor que esse é um aspecto estruturante e suscita, se forem levantarmos elementos que interfiram na construção das práticas de saúde (voltadas à integralidade), ser possível efetivar uma ação verdadeiramente cuidadora e, assim, aliar, às práticas de ensino, meios que tornem possíveis ensinar com mais qualidade e humanidade. Para isso, enfoques promotores de saúde em âmbito individual, numa perspectiva singular, configuram-se como aspectos que requerem melhor visibilidade e compreensão epistêmica, o que pode ter relação com a fragmentação de saberes e de não adequada conexão (entre o cognitivo e o emocional) nas práticas dos diferentes sujeitos sociais, que atuam no campo acadêmico das Ciências da Saúde.

Nesse contexto, percebo ainda que as práticas de ensino, ainda que tenham sido pluralizadas, permanecem também muito hegemônicas (ABED, 2016) e, tradicionalmente, têm sido mais informacionais, que dialógicas e construtivistas, construtoras de habilidades socioemocionais, imprescindíveis para a reconstrução do papel da educação.

Portanto, qualidade e humanidade, não necessariamente, faltam às práticas de ensino, não é isso que este trabalho pressupõe; mas sim que há lacunas do conhecimento no ensino rumo à promoção da saúde e que o termo ‘salutogênese’ aponta pistas para esta qualidade desejada, de práticas possíveis (inclusive em termos individuais) e eficazes, em termos pedagógicos e clínicos, desde que se compreenda a importância de incorporação de referenciais teóricos, como esse, de promoção no âmbito do ensino. Tal teoria abre espaço para melhor compreensão de aspectos relacionais, aplicáveis e necessários a todas as áreas do conhecimento.

Assim, também este estudo se propõe, por meio do dado empírico, a pautar caminhos metodológicos amparados na salutogênese, enquanto principal referencial teórico adotado na análise da promoção, entendendo-o como matriz que pode contribuir junto à hegemônica patogênese, enquanto principal teoria difundida de promoção, para a ampliação das melhores práticas assistenciais e junto com a análise do dado e sua relação com os principais paradigmas de ensino, contribuir para possibilitar a ressignificação das práticas médicas e de enfermagem, mais criticadas em seu tecnicismo e falta de humanismo.

Por esses motivos, optei pela Análise Comparada como método para orientar inicialmente as reflexões e adequações do estudo, e decidi pesquisar como práticas acadêmicas, políticas e institucionais (brasileiras e portuguesas) são orientadas para a promoção da saúde e mediadas por transversais aspectos em cada país.

Dessa forma, ao verificar como os países pesquisados avançam em aspectos específicos, como a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, práticas fomentadas nas atuais políticas locais, certifiquei-me de como as práticas de saúde são percebidas enquanto os modos de “fazer saúde” (AMORIM, 2010) das equipes brasileiras da Estratégia ‘Saúde da Família’ e similares em Portugal.

Entendo que as práticas devem ser revisadas cotidianamente, analisando-se aspectos que contribuam com a mudança de modelo de atenção (SCHRAIBER, 1999;

MEHRY, 2014; NUNES, PELIZZOLI, 2011; MARTINS, 2012; SANTOS et al, 2014; AMORIM et al, 2014a; AMORIM et al, 2014b) na orientação de torná-la mais integral/equitativa. E, para isso, o processo de trabalho, ainda que, com autonomia técnica, necessita desencadear e integrar processos atitudinais da equipe que se tornem complementares e transformadores da realidade social, institucional e, também, subjetiva.

Piaget (2003) discute no livro *Psicologia e Epistemologia* sobre os quatro fatores implicados no desenvolvimento, dos domínios biológicos, do domínio da equilibração das ações, do domínio social de coordenação interindividual e do domínio das transmissões educativas e cultural. Em termos de comparação, as ‘Comparações no domínio cognitivo’ dividem-se em fatores biológicos e coordenação de ações, entre as quais ele sustenta a defesa de que, para além do que se aprende da sensação e abstrai na construção do conhecimento, há algo relevante na ação, em si, em termos de atitudes, que se acrescentam a esse dado.

Entretanto, a estruturação das práticas médicas e não médicas passa pelo que mentalmente é conhecido, dado a ler e a capacidade de reformulação e elaboração de pistas ou provas que mantêm e/ou derrubam tais teses, historicamente. Esse ímpeto do agir (e claro, do pensar), que lhe precede, foi ricamente teorizado por Piaget e Vigotsky entre outros teóricos clássicos que vêm contribuindo para a elucidação de perguntas humanas desde sempre realizadas, para si e para o(s) outro(s) (VARELA-VARELA, 2007), entre os quais Paulo Freire, Edgar Morin, Michael Foucault, Pierre Bourdieu, entre outros, inspiraram e ajudam a fundamentar essa produção teórica.

Nessa clareza, percebe-se que a relação interativa de corpos (pessoas), portanto, mentes e aspectos físicos destas comportaram-se a mais reduzir que incluir elementos sutis (químicos, térmicos, ou seja, com expressão física, sensorialmente detectável e aferível, parametrizável) e sua biomecânica interagente, há bastante tempo adotada como principal parâmetro de verdade e objetivação do “corpo-máquina” humano (FERREIRINHA; RAITZ, 2010) (numa perspectiva biopolítica).

Na relação interativa, entretanto, tem um se-movimentar (KUNZ & CARDOSO, 2016) e um se-relacionar (LOWEN, 1982; TORO, 1999), que é geralmente benéfico à saúde, teorizado, também, na área de Neurologia Aplicada (PERFETTI, 1999). Nesse sentido, a autonomia segundo autores como Pedrazani e Barros (1995) e essas atitudes de ser fisicamente ativo e comunicativo, favorece a manutenção da saúde.

Assim, compreende-se que a autonomia do profissional de saúde tem relevância no setor, podendo estabelecer em sua rotina práticas de saúde compatíveis com o vínculo e o reforço emocional entre trabalhador de saúde e usuário no cotidiano da produção de cuidado e que tal “suporte” é, especialmente, relevante para sua saúde.

Sob esse olhar, a autonomia das ações do trabalhador oportuniza a realização de atitudes terapêuticas mais amplas, uma vez que o “trabalho vivo” é, sobretudo, instituinte, original e criativo, no surgimento das vivências e reconstrução da prática diária “quase” estruturada, que tende a ampliar-se em direção à complexidade (AMORIM, 2010).

Conforme exposto sobre os aspectos da atuação profissional, são discutidas também por Pedrazzani (1995) outras aptidões, que não apenas a prática técnico-científica, mas inovações que se produzem ao longo do tempo mediante os variados conhecimentos sobre o cuidar. Assim, a forma como fazê-la cada vez melhor e de como instituí-la organizacionalmente da maneira o mais coerente possível se mostra essencial, pois segundo este afirma gera uma prática social significativa, como historicamente estruturada e quanticamente articulada.

Para além do olhar sobre o movimento, em si, mas olhando para a Gestalt como abordagem terapêutica que remete ao “cuidar” complexo, e trazendo seu referencial para o âmbito institucional, onde as sobreposições de saberes e práticas podem ou não se encontrar, juntar forças e empreender cuidado, esse movimento também implica a melhoria dos processos profissionais que geram em separado, redução de sobrecarga, tendo mais respostas positivas, qualificando a qualidade de vida de quem cuida, e que também adocece.

Assim, a dinâmica gestáltica vai ao encontro de uma cultura de “saúde do trabalhador” e de aplicação de ferramentas de poder pessoal (REICH, 2012), usada nas Ciências Humanas (como busca fazer a Psicologia Positiva) (PALUDO; KOOLER, 2007), ao manipular a aplicação desse conhecimento (GROF, 2011; DI BIASE, AMOROSO, 2011) estético e o ancestralmente elaborado pelos sábios e estudiosos que nos presentearam com seus saberes (como as muitas práticas integrativas), que operam muitas formas de cura e potencial salutogênico (NOGUEIRA, 2010; REIS, 2012; FEKETE-NUÑES, 2008; KIENLE et al, 2015), rumo a construção de uma, verdadeira, Epidemiologia Positiva.

Tais saberes são passaporte das habilidades dos profissionais, nesse contexto, e outro feito importante no desempenho dos programas de saúde é a educação em saúde (não a informacional, mas a comunicativa) (FREIRE, 1986). De acordo com Barros (2011), educação e saúde são subsídios que os profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção, utilizam em sua rotina durante qualquer fase do desenvolvimento humano desde que haja o imperativo de orientação. Tais práticas educativas vêm para proporcionar ao indivíduo, no caso, o paciente, o desenvolvimento de sua capacidade para melhoria da sua qualidade de vida e para reforçar seu senso de coerência pelos antigos e novos meios tecnológicos, como as Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS).

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere como práticas educativas em saúde a realização de workshops educacionais e de capacitação para pacientes e familiares, a utilização de materiais educativos para a complementação das orientações aos pacientes e às famílias com acesso à informação e apoio ao autogerenciamento fora do estabelecimento de saúde utilizando telefone ou Internet, assim como, o uso de recursos computadorizados para a preparação de materiais individualizados de autogerenciamento.” (BARROS, 2011).

“Não é de estranhar que o paradigma das escolas brasileiras de medicina passe pelos mesmos problemas paradigmáticos das escolas de educação física em geral. O campo da saúde, ao qual pertencem ambos os cursos e a conseqüente formação de profissionais, está fortemente submetido à ideia hegemônica de saúde mecânica, onde as partes do corpo que estão enfermas devem ser sanadas e/ou curadas, de modo que a atenção ao homem integral, segundo uma visão antropológica ou fenomenológica, fica restrita a um segundo plano” (KUNZ & CARDOSO, 2016, p. 161).

Essa última citação aborda o conceito semovimentar, partindo de uma leitura fenomenológico-hermenêutica, que destaca dois autores pioneiros das bases antropológicas do movimento humano, no interior da Gestaltkreis. Com Viktor von Weizsäcker, a antropologia médica é pautada e fundamenta inovações interventivas diferenciadas na área da saúde, em que o eixo central volta-se à percepção-movimento. Com Paul Christian, surge a compreensão de que a pessoa humana se-move na e pela intencionalidade. Tais constatações sugerem a inclusão de relações salutares, tomando por base a normativa da dinâmica de vida em movimento, em que o paradigma da salutogênese, contraponha seu antônimo, o patogênico, no sentido de buscar fluxos de vida orientados à saúde e não à doença, assim como afirmam autores como (BRONIKOWSKI, 2009; MASSENA, 2015).

Contudo, pesquisadores como Grof (2011) me ajudam na fundamentação de diferentes modelos de cuidar, em que algumas explicações inconclusas, ou mesmo erradas, acerca de fatores causais (em algumas situações clínicas) precisam ser melhor entendidas e esclarecidas, e segundo dois dos meus pressupostos, a valorização dos modos operantes das Ciências Humanas (no lidar com a componente biológica) ajudaram a fundamentar sobre possíveis fatores de ‘risco’ e de ‘proteção’ quanto a aspectos vitais e não vitais, mas que de tão sutis, não muito valorizados foram na forma de ver e ler as ‘necessidades humanas básicas’ (NHB) no contexto das Ciências da Saúde. Entre estes modos de agir, destacam-se os ligados ao campo de artes e de psicologia, e suas complexas correntes inspiradoras (Jean Piaget, Michael Foucault, William Reich, Rolando Toro, Donald Winnicott, principalmente, entre outros).

Assim, questões como o papel da hiperventilação, por exemplo, fazem autores como Reich (1982) citado por Grof (2011) e também Toro (1990) terem fundamentado sobre a dinâmica do corpo numa perspectiva de expressão vital (leia-se harmonização/desarmonização biológica e psicossomática) fato que me ajuda a antever (mesmo antes de realizar testes clínicos) que questões mal compreendidas em minha área (saúde) devem ser pesquisadas por estas duas áreas (juntas), Ciências Humanas e da Saúde, pois (em aprender a dar as mãos sob essas duas áreas) Winnicott (1975) pôde perceber, em sua formação pessoal de Pediatra e Psicanalista, aspectos sutis de comportamento humano que estariam atrelados a estruturas psicossomáticas precocemente geradoras de fragilidade infanto-juvenil (desde a relação mãe-bebê) e, possivelmente, desde a ‘sutil’ relação feto-maternal.

Sobre isso, percebo como enfermeira e docente de Saúde Coletiva, e estudante de psicologia clínica (com ênfase em Análise Bioenergética) que faz ainda mais sentido as fundamentações de Aaron Antonovsky (1988) acerca do importante papel do manejo adequado do stress e seu desenrolar no processo de adoecimento ou de manutenção da saúde. Sobre tal relação, a Teoria da Salutogênese afirma que temos dois componentes que interferem nos desfechos de salutar e adoecer. Um, o senso de coerência, em inglês Sense of Coherence (SOC), que é um marcador individual de correlação da expressão dessa “força” vital (mentalmente expressa no corpo também físico) e os Recursos Gerais de Resistência, em inglês Recourses Gerais of Resistance (GRR); recursos (pessoais e de expressão relacional) que certamente sofrem influência dos apoios coletivos recebidos em nível individual e na experiência vivenciada em nível existencial e deve ter propiciado

o aparecimento de pistas que a Psicologia valorizou e as Ciências da Saúde preferiu deixar para outras áreas trabalharem mais profundamente.

Nesse sentido, Grof (2011) aponta que há discordâncias entre os pesquisadores quanto à natureza da predisposição (para eventos psicossomáticos) e ainda para as vulnerabilidades individuais específicas, que seriam capazes de explicar a escolha do órgão a causar o dano, ou seja, ainda permanecem lacunas de conhecimento transcultural (MORIN, 2001) nesse “intercampo” científico (em franco realinhamento), mantendo alerta os diferentes campos de racionalização (das Humanas e da Saúde, da Educação e outros, como a Administração) sobre como melhor considerá-los (específica, mas integradamente) ao assistir o paciente durante o processo saúde-doença. Fala-se muito de um novo paradigma, em formação, nessas variadas áreas que se “rejuntam”.

Dentro do campo das Ciências da Saúde, entre os modelos de atenção, o Modelo Biológico é o mais valorizado em todas as teorias que buscam explicar as relações causais (causa-efeito) do processo saúde-doença (OMS, 2001), mas há os que ressaltam também autores como Carrondo (2006) e, Lefrev e Lefrev (2004) que, em consequência, pautaram iniciativas de intervenção sobre aspectos complementares, promotores de saúde (ARROYO, 2010) e de conscientização (FREIRE, 1986, 2000, 2009, 2011, 2014, DI BIASE; AMOROSO, 2011; PELIZZOLI, 2011). Entretanto, embora este tenha sido ampliado no Modelo Biopsicosocial (CARRONDO, 2006), no seu surgimento, na prática, não avançou muito em sua aplicabilidade pelo fato de que não se bem explicou os papéis sutis das interações psíquicas expressas pelos fatores biológicos (observáveis e parametrizados), à época.

Certamente, esta pesquisa buscou contribuir com o diálogo entre as principais áreas do conhecimento (educação, saúde, ciências sociais, ciências humanas e ciências exatas), no sentido de expandir o olhar sobre alguns possíveis papéis das interações interpessoais (sobretudo quanto às capacidades singulares de reação e de relação humana) e suas benesses na área de saúde.

A exemplo, pode-se discutir que, observando-se de forma menos técnica e mais humana os sinais vitais (a respiração principalmente), abre-se espaço para perceber sutis necessidades de saúde e cuidado no curso de muitas situações clínicas (comumente acompanhadas paralelamente na APS e na Clínica Psicossocial) e que dependendo da técnica ou método usado entre os interagentes pode-se abrir caminho para ajudar mais no

autocuidado, como também para esclarecer sobre alguns usos de novas ferramentas de cuidado, como de novos recursos pedagógicos. Nesse sentido, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e o Teatro podem constituir novas possibilidades (de uma alargada caixa de ferramentas profissional), que pode ser usada por vários profissionais, mas que para isso requer, capacitação e experiência, e um pouco de criatividade e ousadia.

Em Saúde, nessa direção, aliam-se de um lado médicos, enfermeiros e outros, e ainda, psicólogos, antropólogos, sociólogos, entre tantos, que, arquetipicamente, tipificam/normatizam/discutem aspectos comportamentais/expressivos (enquanto sinais linguísticos ou de outras simbologias), a partir das quais se espera atribuir caráter de “normalidade”, aceitos em termos “sociais”, “culturais”, etc.

No entanto, os sinais vitais não incluíram as reações naturalmente emocionais como algo relevante, a partir da naturalidade humana e até dos desfechos em casos de alterações de ‘estados’ ditos ‘patológicos’, em que se resumiram e excluíram aspectos que, emocionalmente, podem mudar sua forma de manifestar-se no ‘caso a caso’ (a depender da idade, da vivência de vulnerabilidade, do sentimento de pertencimento e proteção), entre outras questões, mais referentes aos afetos e desafetos e suas formas de alteração dessa naturalidade, própria da nossa espécie. Assim, como no desenvolvimento da ansiedade, percebo que, entre o que se “desenha” como patológico, há um arsenal de momentos que virão a dar suporte ou desencadear padrões não aceitáveis de comunicação inter-humana.

A teoria de Antonovsky (1979) vem, nesse sentido, auxiliar a melhor valorizar o papel do stress no processo de adoecer e salutar. A teoria nasceu da sua percepção sobre as vítimas do holocausto e, sobre isso, ele percebeu estreita relação do bem-estar e mal-estar com a gestão da carga de stress. Minha contribuição, seja da releitura de teorias como a dele e as de Alexander Lowen (1982), Rolando Toro (1999) e Ana Elvira Wuo (2005), busca trazer elementos (primeiramente) para minha reflexão pessoal sobre como eu administro a minha própria carga de stress, cada dia mais conscientemente, emponderada e, de certa forma, exitosa.

Atualmente, a Psicologia Positiva tem buscado se encarregar da valorização de evidências atreladas ao desenvolvimento de ‘coping’, quando da atenção psicológica empreendida e bem aceita como suporte para melhora clínica de situações adoecedoras, em decorrência de longas exposições a ciclos de stress. O Coping é um termo atribuído à

capacidade de reação (e produção de resiliência) (PALLUDO; KOLLER, 2007). E, para explicá-lo melhor, usarei uma explicação metafórica usada por Wuo (2005), em que ela explica como faz na formação do ator, ao incentivar o aluno a usar as próprias características risíveis, aqui encorpadas nas ‘máscaras’ sociais, que todos nós habitamos, e ela nos diz:

“Desformar [...] é inventar um fazer. Uma pratica inventiva, criativa. Mobilizadora de uma manifestação pessoal inédita [...] é um experimento de morrer para as formas de entendimento conhecidas pelo corpo pensante e deixar nascer a desforma do corpo intuitivo atuante” (WUO, 2005).

Contudo, todos nós - ao longo da vida - vivenciamos a experiência do estresse. E este é um desfecho que ocorre, no organismo, frente a ameaças de quaisquer naturezas (RIVERA, 2013). Porém, a resiliência é um estado que as pessoas podem ou não desenvolver, que, para Alberti e Rematosa (2013) é resultante da interação (mais ou menos positiva) da pessoa com seu entorno e com os demais interagentes.

Sob profundo stress, a pretensa “normalidade” orgânica muda ou pode mudar (de estado) e as consequências podem estar polarizadas entre o melhor e o pior estado (ANTONOVSKY, 1979). O que não se afere, exatamente, no dia a dia, ainda que não seja com essa “roupagem” são os ‘limites’ de cada um (de afetar e ser afetado) e um afetar-se também consigo, com o que se é, e se quer ser, ou gostaria de ter sido, ou continuar sendo. Como nosso corpo é um território singular, sagrado, que apenas nós mesmos o habitamos, eu o empreendo como meu primeiro “território significativo”.

Isso para mim tem uma simbologia própria dos signos e significados que carregam em meu corpo marcas benditas de uma história, que se inscreveu antes mesmo de meus pais pensarem em minha existência ou de estarem preparados para minha concepção, mas de, ao ocorrer, de me acolherem em seus sonhos e curiosidades de como eu seria (sei que devo tê-las guardado numa memória humoral); pois tudo isso faz parte de nossas “arquetípicas” histórias pessoais (TORO, 1990). Elas se revelam sempre em relação a algo/alguém ou situação. Portanto, nem só de biologia se “inscreve” o homem e desse “tecido” poético que somos, gosto muito de ser como sou.

Nesse contexto, Yasui (2006), aprofundando os estudos de seu orientador Paulo Amarante (em sua tese de doutorado), comprovou a mudança de paradigma de ensino (em Clínica Psicossocial), na formação do psicólogo, do médico, do enfermeiro e de

outros que venham a passar pelos Centros de Apoio Psicossocial (YASUI, 2006), como se chama a Rede CAPS (SANTOS et al, 2016; MOTA, 2013) no Brasil. Tal rede é um dos pontos entrelaçados de nossa rede de atenção (que é também uma rede de interação) e que tem a ver com nossas atitudes altruístas e resilientes ou com a não resolução desse tipo de capacidade. Nesse modelo, não se apenas assiste o biológico ser “adoentado”, transtornado, “enlouquecido”, mas se cuida das condições que para eles foram suficientemente danosas a sua condição humana, sem o adequado suporte familiar, interprofissional, transdisciplinar ou outro; como é o caso do suporte espiritual mediante aspectos caritativos (WATSON, 2007).

Contudo, muito há para esclarecer, inclusive em termos bioquímicos quanto a tais limites “corpóreos” de cada um (entre o caos e a ordem) (GROFF, 2011; DI BIASE; AMOROSO, 2011; DI BIASE, 2013) e sobre estes limites sensório-motores, em que há nuances (nem sempre claras) dessa administração “energética”, ou da sua falta; nesse sentido, um sábio autor nos traz uma leitura, com a qual concordo, no sentido dado pela abordagem sociológica, em que o corpo é observado como “via” física de acesso para desvelar os fenômenos sociais, coletivos (MATTOS, 2012). Ou seja, esse corpo é observado a partir da configuração delimitada geograficamente pela pele (na parte externa), então numa perspectiva biológica, reveladora de características físicas, de um indivíduo que faz parte da sociedade (e que mediante “saberes” tipificadores utilitaristas, somos enquadrados em tipos sociais, psicológicos, ideológicos), ficando a pergunta no ar: a quem cabe nos diferenciar e pré-conceber senão a nós mesmos (já que o interesse científico nos enfraquece na concretude, enquanto nos afasta do que nos virtualiza)?

Até o momento, desses limites físicos (por dentro do corpo), a Salutogênese não traz construções aferíveis e criterizáveis (a partir do biológico), mas nos traz parâmetros pesquisados após o sofrimento das demais vítimas, além de soldados que, estando inseridos em contextos de guerra (CARRONDO, 2006; SILVA, 2009) adoeceram e necessitaram de suporte médico e não médico, para melhor lidar com seus graus variados de alteração (do curso “natural” de bem-estar), posto que esses padrões são moleculares (portanto, da parte biológica atribuível ao saber do bioquímico).

Assim, desse recorte “sociológico” (da Salutogênese) deu-se atenção aos sentidos e significados expressos no semblante de tais pessoas, mas que não têm nome a rigor para caracterizá-las dentro do campo, mas essa lacuna foi atribuída ao campo da psicologia, seu “vizinho” de área, das humanas! Desse modo, Mattos (2012) nos fala que, acerca

das expressões corporais reveladoras de lógicas socioculturais, Durkheim, Lévi-Strauss e Mauss, entre outros, buscaram pautar o corpo como substrato da dimensão simbólica (em termos estruturais) do “social”. Mas, se é no íntimo do movimento corporal que se deixam “marcas” nas “unidades” do tecido social e essas revelam-se pela gestualidade física (mais ou menos naturalizada), se observarmos as “culturas” de cada um (mediante gestos, modos de se comportar, de revelar incômodos transitórios ou recorrentes, nominados de sofrimento, felicidade, melancolia, etc.), esses estereótipos só se desfazem com cuidado (YASUI, 2016) e leituras dos “sentidos” que elas carregam, enquanto seres (sociáveis e/ou antissociais).

Sobre tais estados, uma neurocientista brasileira, Rosana Alves (2009), concluiu, empiricamente, mediante diferentes testes de estímulos variados (esforço físico, liberdade dentro de um labirinto em forma de T, entre outros), que parte dos expostos adotavam um comportamento de empinar (entre ratos de linhagem Winstar) participantes de pesquisas clínicas (realizadas em laboratório).

Embora sua pesquisa não revele o papel de práticas coletivas significativas traz, de forma mais contundente, a expressão (positiva ou negativa) dos animais, individualmente, em relação às atividades e aos esforços delas gerados, e sua relação à associação ao uso de fármacos. E observando também seus comportamentos em relação aos padrões de respostas, entre essas respostas altera-se os padrões de sono, de produção bioquímica de elementos associados ao stress ou ao não stress.

Ou seja, embora este estudo (ALVES, 2009) não ajude a fundamentar relações causais, em humanos (diretamente), nos ajuda a sermos provocados quanto aos possíveis papéis de atividades físicas como produtoras de estímulos estressores e (des)estressores (não farmacológicos), assim como ela detectou nos animais através da atividade física (de mover-se na natação versus mover-se em um labirinto), pois seu estudo apontou relação causal entre alguns movimentos peculiares e a produção de padrões bioquímicos específicos (relacionados ao Gamma-AminoButyric Acid, do Sistema GABA) durante suas realizações.

Assim, nos remete a estudos e produções teóricas em Biodanza Clínica (enquanto recurso holístico terapêutico e educativo) (ALBERTI; REMATOSA, 2013), que destacam a relevância da realização de práticas criativas, com exercício de liberdade do corpo, a qual causa bem-estar e produção de endorfinas, entre outros marcadores

bioquímicos a ela associada (LOBO, 2013; RIVERA, 2013; SANTOS, 2013). Esses achados nos fazem apontar que deve haver alguma relação significativa, singular, entre a realização de certos tipos específicos de atividade física e a gestão do stress (ou sua incapacidade de gestão), que nos compete, futuramente, investigar outras associações causais.

Lobo (2013) afirma que o que diferencia a Biodanza de outros modelos terapêuticos é sua ação sobre o potencial de saúde, em que o paciente integra a relação dialética entre saúde-doença e, assim, gera um equilíbrio dinâmico, do mesmo modo como há em tudo o que é vivo. Isso pelo fato de que a Biodanza é uma “Pedagogia do contato” (TORO, 2002, p. 148), uma vez que o ser humano depende de ter uma relação afetiva para ter reafirmada a própria vida e saúde, fato que faz das relações interpessoais um elemento promotor de saúde ou promotor de adoecimentos.

Também no uso da Bioenergética (como recurso terapêutico integrativo) se percebe a relação causa-efeito da funcionalidade versus disfuncionalidade (BARRETO, 2017), propiciadas pelo agenciamento que o terapeuta provoca no cliente, ao ler, em seus movimentos, sinais corpóreos que indicam questões psíquicas potencialmente bloqueadoras (LOWEN, 1982) da naturalidade física da pessoa sob análise. Dessa leitura, o terapeuta ajuda o cliente a reduzir a carga de stress ao fazê-lo expressar suas disfunções psíquicas por meio do corpo, até que ele processe melhor o que lhe incomoda (individualmente ou em grupo) (REICH, 2012; LOWEN, 2012; PANERAI-ALVES, 2007).

Acredito que, pautada nas afirmações de Muraro (2018) e de Alves (2009), faz sentido que as atividades humanas que impactem na metilação versus desmetilação do DNA possam ser a chave para melhor explicar como lidar melhor com os fatores estressores, ou seja, o que se deve evitar fazer (que cause stress) para que não agencie a desmetilação do Ácido Desoxirribonucléico (DNA) (que potencialmente causa disfuncionalidade física, desmotivação psíquica e maior probabilidade de morte).

Mas, o estudo de Alves (2009) revela principalmente desfechos somáticos relevantes nos animais, quanto a haver certa similaridade com os desfechos causais benéficos/maléficos oriundos de atividades físicas significativas entre humanos (KUNZ; CARDOSO, 2016; BRONIKOWSKI; BRONIKOWSKI, 2009), em que estes também apresentam diferentes padrões de respostas motoras e posições específicas do

comportamento corporal associado a mais ou menos conforto/stress (encolher-se, empinar-se, relaxar, estressar, evitar o contato pelo olhar), entre outros padrões observáveis também nas psicoterapias corporais.

Por exemplo, a saúde dos animais, ao realizarem o início da natação é uma, e antes do desconforto respiratório é outra; portanto, ocorre uma transicionalidade de bem para mal-estar animal e revela-se que há mudanças comportamentais nos padrões de respiração desses (sob testes), pois, como esta pesquisa aponta (ALVES, 2009), possivelmente, há em todo ‘ser’ biológico uma mudança de ‘estado’ conforme estimulação de várias naturezas (ANTONOVSKY, 1979; CARRONDO, 2006; DI BIASE, 2013; MURARO, 2018). E nessas ocasiões, pressuponho que se passa de “a ponto de ferver” ou a ponto de nem “perceber” e o perigo está no não poder prever, comunicar e solicitar socorro, chamando atenção para a segurança do paciente.

De Biasi (2013) reforça, em seu artigo, sobre um desfecho bioquímico, que ocorre atribuído a explicações finalísticas de sistemas (biológicos, físicos, sociais e ainda empresariais) por ocasião de uma onda insuportável de stress denominada “bifurcação”. Sobre isso, a Teoria dos Sistemas comprovou que qualquer um desses sistemas sucumbe, ao chegar a limites não suportáveis, em que tais ondas operam tais sistemas de maneira que cada um desorganiza-se, e a autodestruição é inevitável (e a morte, no caso humano também), posto que (para este autor) se considera sistemas tanto, empresas, como instituições públicas, sistemas nacionais ou seres humanos.

Em outro estudo, ele e Richard Amoroso (2011) detalham a transicionalidade das ondas (bioquímicas, que geram um magnetismo) e que ao passar do nível (que chamam “Borboleta”), esse inicia, em cascata, uma desintegração (nos seres vivos, em nível molecular), melhor descrita em um dos livros ‘O ponto de mutação na saúde’ (DI BIASE; AMOROSO, 2011), o qual converge publicações de vários cientistas pelo mundo em torno da Ciência Noética, relacionada à aplicabilidade da Física Quântica nas demais áreas, como a saúde.

Sobre a transicionalidade, Muraro (2018) revela que, na regulação epigenética, se pode modificar a transcrição e expressão gênica por meio de vários fatores, além do estresse, como: hormônios, aprendizados, toxinas, influências socioambientais, psicoterapias e também medicamentos (esses últimos, o que mais sabemos). Ele afirma que o DNA ganha “experiência” durante a vida e por isso a teoria de Carl Jung (sobre os

arquétipos) é validada a mais de cem anos e, hoje, se reafirma nas descobertas de três áreas: Genética, Epigenética e Biologia Molecular.

Os desfechos causais benéficos oriundos de atividades corpóreas (sem muito esforço físico associado) mas com música, e em grupos, relevam em Biodanza (TORO, 1999), Bioenergética (REICH, 2012) e Teatro Clown (WUO, 2005) diferentes padrões de bem-estar e mal-estar, inclusive respiratório, bioquímico, imunológico, uma vez que causam alterações no sistema límbico (RIVERA, 2013) e produção de neurotransmissores específicos, elementos produzidos por estimulação do cérebro (da área entre hipófise e hipotálamo, em particular) (OLIVEIRA, 2013). Nesses mecanismos, descobriu-se relação entre as funções límbicas e a cultura, que, em Biodanza, por exemplo, regula-se o humor e a ansiedade através do uso da música, fazendo uma boa gestão do stress por meio dos tipos de associações feitas em ritmos estimuladores ou relaxantes, a depender do interesse terapêutico associado a uma resposta de padrões bioquímicos típicos dos estados mais pretensos ao caos (patologizantes) ou à ordem (salutares).

Tais aspectos me levam a pressupor que acelerar ou (des)acelerar impulsos biológicos que podem ter impacto no metabolismo, pode ser um recurso para acelerar processos ou restaurá-los, mais adequadamente, ativando as atividades adrenérgicas (de vigília) e colinérgicas (relaxamento, transe), conforme interesse e necessidade do(s) indivíduo(s) e grupos específicos em busca de estimular comportamentos culturalmente não desenvolvidores de stress (e que, geralmente, estão associados a um despertar do repertório bioquímico com impacto no âmbito afetivo), a partir da estimulação intencional do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) a partir de algumas práticas, como algumas integrativas relatadas (Biodanza, Bioenergética e Arte-Terapia Clown). Tais jeitos de interagir causam o desenvolvimento de padrões interacionais (mais dóceis, ou de cultivo de maior atenção/vigília e capacidade de reação, por exemplo) e essas atitudes, a depender de certas patologias, precisam ser reprogramadas na mente-corpo, pois um influencia no outro.

Esse referencial ajuda a entender que é possível que algumas terapias corpóreas (ditas lúdicas com música) tenham uma boa relação causa-efeito na boa gestão do stress, uma vez que a ansiedade característica de muitos pacientes das terapias deixadas por William Reich e, também por Rolando Toro, usufruem da livre expressão corporal para favorecer a busca de relaxamento (nos estados psicóticos, por exemplo) ou de maior capacidade de reação (nas depressões), conseguindo, assim, a retomada do equilíbrio

corporal-mental realizado a partir de estímulos que são feitos em clínica psicológica, ou clínica psicossocial. Tais casos, frequentemente, respondem muito bem se bem manejados por um terapeuta consciente de que a intensidade dos estímulos faz tais corpos, em adequado manejo clínico, harmonizarem-se a partir de ondas de “energia” e, assim, entram no necessário reequilíbrio psicodinâmico, observável pela mudança de estado comportamental (portanto físico-químico), da pessoa sob terapia.

Toro (1990), ao iniciar suas pesquisas no Chile, em hospitais psiquiátricos, percebeu como psicólogo que havia um bom desfecho clínico com o devido cuidado de não (hiper)estimular pacientes agitados, fato que já percebia ser necessário aos pacientes de estados melancólicos ou piores, nessa direção, do crescente sofrimento; mas com devida gradação. Dessa forma, essas questões são pouco exploradas em termos bioquímicos e dispor desse conhecimento pode ser uma ‘ponte’ relevante para o entendimento de seu máximo valor de uso em educação, como é em psicoterapia, e que podem ser também associadas aos saberes e práticas das Ciências da Saúde, como também de levá-las para o usufruto não apenas da melhora dos ansiosos, mas de ganhos de saúde atribuídos ao seu uso em pessoas não doentes.

Em física quântica aplicada, é preciso entender que corpos são corpúsculos complexos e tanto os complexos (como uma pessoa, por exemplo), como um simples, como uma ameba, sofrem alterações e vibrações a partir de estímulos sonoros. Essa foi uma das razões pela qual Rudolf Steiner (RIBEIRO, 2014), ao criar a Medicina Antroposófica (MA), pautasse a relevância de estimular o sistema sensorio-motor em seus pacientes, fato hoje extrapolado para o Ensino Fundamental em Escolas Waldorf, como forma de estimular o bem-estar, a atenção, a concentração, etc.

Com tudo isso, mesmo fora do âmbito terapêutico da MA e das Psicoterapias Corporais (PTC), eu, que fui bailarina na infância, percebia para além dos estímulos do balé que, ao chegar a nossa casa, quando eu dançava livremente no meu quarto (com a música elevada e diante de uma penteadeira), meu estado físico-químico “fervia” se eu usasse uma música agitada e “acalmava” se a música fosse relaxada; ou seja, na sutileza de minha inocência, eu já percebia a potência do transitar em diferentes ‘estados’ físico-químicos e, então, mais tarde, já docente, por ocasião de estar sendo capacitada em Teatro Clown (Teatro com uso do Palhaço no Hospital), suas notáveis técnicas novamente me levavam, muitas vezes, a reviver tais experiências bioquímicas.

Portanto, as aplicações metodológicas de certas técnicas “clownescas” fazem também “ebulir” e “serenar”, como alerta ou alertam Toro (1999), Lowen (2012), Alves e Correia (2010), Wuo (2005), Mota (2013), fato retratado e fácil, visualmente, de entender em foto-documentário de Lorena Simas (2013) e nas vivências descritas e fundamentadas por Hammerly (2006), médico americano expert em fibromialgia; assim, tais saberes podem e devem ser utilizados de forma potente para o usufruto da comunidade global, terapeuticamente enquanto técnicas usuais em arte-terapia, mas que podem também ser usadas, por especialistas ou experts, em insights de arte-educação.

No entanto, concordo com Barbosa (1988) ao afirmar que a arte-educação precisa dos artistas, posto que sentidos e significados podem até ser compreendidos, pesquisados e até teorizados por não artistas, mas o artista tem discurso e método que hermeneuticamente, o ajuda a ler com olhos mais humanos, os fenômenos. Nesse sentido, a inteligência - para Gadamer (2011) - tem um caráter um tanto ‘pessoal’ na profundidade do ler com os olhos da emoção, o que, segundo Barbosa (1988), deixa evidente aos cognocivistas e fenomenológicos, psicólogos e teóricos da arte (especializados em pautar e debater, em profundidade) o que observam e inferem. Duarte (2017) percebeu, assim como Simas (2013), o ponto de mutação desse fenômeno do bem fazer (da arte) no território do cuidar integrado e interagente, portanto, significativo (da Arte-Clownterapy).

Assim baseada em Muraro (2018), Di Biase (2013) e Alves (2009) aponto que recursos simples como atividades físicas significativas e práticas integrativas corpóreas (além de outras psicoterapias não-corpóreas) podem colaborar para desencadear suportes bioquímicos protetores de saúde e não apenas os medicamentos, uma vez que nos auxiliam na proteção e pela produção dessas benesses (enquanto podemos ter efeitos danosos da produção de cortisol, em níveis suportáveis).

O cortisol é um hormônio produzido pela glândula suprarrenal, que tem aumentada sua produção em situações estressantes; tal hormônio, produzido com o estímulo do Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) é produzido pela hipófise, com função principal de incrementar o nível de açúcar e, por meio da gluconeogênese, dispor de energia para as atividades diárias. Entretanto, também lhe cabe suprir o sistema imunológico e auxiliar o metabolismo de alimentos como: proteínas, gorduras e carboidratos (RIVERA, 2013).

Assim, fica fácil entender, a necessidade de maior valorização de sua dosagem e de compreensão dos mecanismos de sua estimulação e supressão para os desfechos promotores de saúde (inclusive em atividades corpóreas de todas as naturezas, comparadamente). Da mesma maneira, salienta-se a importância de tentar entender e correlacionar o papel das diferentes moléculas e suas respostas nos mecanismos biológicos do estresse, para melhor sabermos lidar e ensinar sobre a patogênese e a salutogênese.

Portanto, diante das novas possibilidades pedagógicas e terapêuticas para o campo do ensino da saúde, apresentam-se os contextos do estudo e os seguintes objetivos e pressupostos de pesquisa:

3. CONTEXTOS DO ESTUDO

Trata-se de estudo comparado em dois países, geograficamente, localizados em diferentes continentes. Ambos cenários viveram revoluções que impactaram em reformas estatais que vêm se empenhando para reorganizar as políticas públicas e as estruturas organizacionais desses cenários, que orientam, por exemplo, as práticas em setores como ensino e saúde.

Foram examinadas, conseqüentemente, as diretrizes curriculares nacionais e marcos legais do ensino médico e de enfermagem para analisar-se os modelos de ensino e atenção, estruturantes das práticas de promoção de saúde, na APS do Brasil e de Portugal, objetivo deste estudo. Essa direção buscou perceber se os modelos presentes coexistem caracteristicamente e de acordo com as similaridades ou divergências desses modelos, como evidenciar os aspectos singulares que dirigem tais práticas para a integralidade, entre outros princípios, salientados como relevantes nos marcos regulatórios internacionais, a fim de salvaguardar a boa administração pública.

Verificadas as características e razões dos fenômenos, analisou-se os modelos pedagógicos aplicados à formação desses dois profissionais (enfermeiros e médicos) quanto a estar adequadamente planejadas e, possivelmente, executadas em cada cenário, mediante evidências históricas e empíricas. Paralelamente, se buscou descrever operacionalmente os contextos do ensino entre tradicional e/ou construtivista e o modelo de atenção em patogênico (tradicional, biomédico) ou salutogênico (integral, físico-mental), além de outros aspectos convergentes e consagrados pelos Modelos de

Determinação Social de Saúde (DSS) e Modelo Biopsicosocial (CARRONDO, 2006; MOREIRA; DIAS, 2015; FURLANETTO, 2014; ENGEL, 1977), como a necessidade de assegurar práticas intersetoriais.

Nesse sentido, a APS e o Sistema Educacional se integram, como ver-se-á adiante para fins de resolubilidade, diante das necessidades internacionais comuns (KABENE et al, 2006; MILNE, 2012; FURLANETTO, 2014) e criaram, para necessidade de cada área, pesquisas em diferentes cenários (CARRONDO, 2006; ANDRADE, 2006; FURLANETTO, 2014; BARROS, 2016; SANTOS, 2018; SILVA, 2009; ABREU; ALONZO, 2018). Contudo, embora Portugal, atualmente, tenha uma regulação definida, regionalmente, pelo Processo de Bolonha (MENEZES-JUNIOR; BZREZINSKI, 2015; LIMA; AZEVEDO; CATANI, 2008) e o Brasil pelas DCN de seu país (MENEZES-JUNIOR; BZREZINSKI, 2015), todos os países de certa forma tendem a observar, com a globalização, os avanços e retrocessos das nações que se destacam em termos de boa administração pública, sobretudo nas regiões circunvizinhas.

Também é importante destacar que cada cenário tem, do mesmo modo, questões modelares próprias e não necessariamente divulgadas amplamente entre outras nações. Nessa direção, enquanto no Brasil o paradigma que mais se discute, atualmente, seja o da integralidade, em Portugal, ainda que esta abordagem certamente esteja na pauta, o Modelo de Gestão Integrada da Doença é uma das soluções em que tal país tem apostado para a garantia de soluções inteligentes da integralidade (SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014), seja de gestão ou de atenção, a partir da integração da gestão clínica das patologias crônicas ligada a organização da linha de cuidado e atrelando a isso o financiamento baseado em resultados em todos os níveis assistenciais.

Os modelos pedagógicos que predominam na formação dos profissionais, revelam uma cultura de exercício de poder entre as áreas de conhecimento, em um nível hierárquico.

Assim, a partir dessas constatações sugerimos um novo modelo à formação dos profissionais, no âmbito macropolítico, uma vez que há concordância e autonomia política em ambos cenários pesquisados quanto a ser na APS o principal ponto da rede que favorece a garantia da saúde como um bem público (segundo os valores e princípios à promoção da saúde) e por entender que a proposta aqui realizada tenderá a contribuir para uma facilitada operacionalização de uma cultura híbrida (ortodoxa e heterodoxa).

3. 1. CONTEXTO BRASILEIRO

O Brasil, país localizado geograficamente na região sul da América Latina; segundo o censo de 2012, tinha uma população de 193.976.530 milhões de habitantes (DATASUS, 2019) e para efeito de planejamento e gestão, se pautava em orientações internacionais como também regionais (OMS, 2016; OPAS, 2007), além de observar necessidades e demandas em termos demográficos em suas diferentes regiões

Na gestão dos serviços de educação, o Brasil é regulado preferencialmente pelo Ministério da Educação (MEC), mas devido o artigo nº 200, da Constituição Federal de 1988, cabe também ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela formação de seus profissionais (BRASIL, 1988). O Brasil tem dimensões continentais, fato que dificulta ao MEC atuar sem a ajuda de instituições reguladoras em nível regional e estadual. Assim, o país regula, concomitantemente, as práticas de ensino com apoio de órgãos como a Comissões Intergestores Tripartite (CIT), a Comissões Intergestores Bipartite (CIB), além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e dos Conselhos Federais e Regionais (das categorias profissionais), como é o caso do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) (FURLANETTO, 2014), corresponsáveis pela supervisão e capacitação das práticas profissionais das categorias médica e de enfermagem, respectivamente, nos âmbitos (federal, estadual e municipal).

3. 2. CONTEXTO PORTUGUÊS

Portugal, em 2011, possuía uma população de 10.562.178 milhões de habitantes (PORDATA, 2019). Em termos de gestão governamental o país se pauta tanto em orientações internacionais como regionais (OMS, 2016; OPAS, 2007) (segundo sua inserção no bloco econômico europeu), que no Ensino da Saúde segue as recomendações do Tratado de Bolonha (LIMA; AZEVEDO; CATANI, 2008). A gestão dos serviços de educação e saúde são realizadas em diferentes ministérios, sendo o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (responsável pela educação Médica e de Enfermagem), o Ministério da Educação (responsável pelos anos anteriores a pré-graduação) e na área de saúde a regulação, é realizada através do Ministério da Saúde (CARRONDO, 2006; SOUSA, 2009; HENRIQUES; GARCIA; BACELAR, 2011; REGO; GOMES; BATISTA, 2008; FERREIRA; MONTEIRO, 2016).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL:

Comparar os paradigmas na formação dos profissionais de Enfermagem e Medicina na Atenção Primária à Saúde no Brasil e em Portugal.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

4.2.1. Investigar quais modelos pedagógicos predominam na formação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira e portuguesa e suas respectivas consequências práticas;

4.2.2. Comparar as diretrizes curriculares nacionais (DCN) na formação na APS, no Brasil e em Portugal, e diferenciar as características dos modelos formativos em cada cenário, para sugerir ajustes à formação profissional;

4.2.3. Construir um modelo à formação dos profissionais, no âmbito APS, segundo os valores e princípios orientadores da promoção da saúde no Brasil e em Portugal, considerando os desafios globais;

4.2.4. Desenhar um modelo teórico humanístico, baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

5. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Pressuposto teórico 1: A prática da Promoção de Saúde brasileira é centrada, preferencialmente, na Educação em Saúde, sendo limitada a um enfoque predominantemente preventivista (e patogênico), fora do âmbito psicossocial, devendo avançar também em ações promotoras de bem-estar, através da visão salutogênica.

Pressuposto teórico 2: A prática da Promoção de Saúde em Portugal vem avançando teoricamente visto que a abordagem salutogênica se configura como um referencial difundido neste país, com capacidade para influir na qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades portuguesas do contexto institucional pesquisado.

Pressuposto teórico 3: Através da inclusão das Práticas Integrativas e Complementares como conteúdo obrigatório das Diretrizes Curriculares Nacionais, nos dois países, se poderá garantir um ensino com visão mais salutogênica onde não há essa visão e dar sustentabilidade onde há essa concepção de promoção de saúde, além de possibilitar a difusão desse conhecimento aos docentes e futuros trabalhadores de saúde, criando uma nova cultura promotora de cuidado.

Pressuposto teórico 4: Através de uma educação estética no ensino dos cursos de saúde de ambos países, se pode sensibilizar melhor os profissionais, numa perspectiva humanística, e lhes despertar para os elementos intersubjetivos na produção do cuidar e no próprio manejo energético da saúde.

Capítulo 2

6. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

6.1. Relações e implicações práticas entre paradigmas de ensino e de saúde

Inicialmente, este estudo tem uma motivação transversal de contribuir com a visão sistêmica da saúde (WATSON, 2007; WINNICOTT, 1995; BARRETO, 2017; LOWEN, 2012; REICH, 2012; TORO, 1999), e, para isso, trará de forma transversal reflexões sobre a epistemologia do processo saúde-doença (SABOGA-NUNES, 2016; CARRONDO, 2006; WINNICOTT, 1995; WATSON, 2007). Contudo, um objetivo transversal deste trabalho foi de corroborar para o conceito de salutogênese (SABOGA-NUNES, 2016; CARRONDO, 2006; LOUREIRO, 2008; SILVA, 2009) termo ainda pouco conhecido globalmente, trazido na atualidade como sustentação teórica predominantemente em língua inglesa (ANTONOVSKY, 1997; SABOGA-NUNES, 1997), o que, talvez, seja um dos motivos pelo qual seu conhecimento ainda não se encontra, maciçamente, disseminado.

Contudo, ao perceber que há poucos paradigmas da década de 70 do século XX, em diante operando na orientação do ensino (LEÃO, 1999) em países como o Brasil (OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010; MOREIRA; DIAS, 2015) e Portugal (SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014; MENEZES-JUNIOR; BZREZINSKI, 2015; LIMA; AZEVEDO; CATANI, 2008; FÉLIX; BERTOLINI; POLIDORI, 2017) decidi, apoiada por minha orientadora, defender uma proposta nova, simples, mas complexa, no sentido de construir um modelo teórico-prático possível de ser implantado nesses dois países; percebo, na literatura, que o desafio é do como fazer.

Assim, baseada na literatura brasileira, que busca discutir para que seja mais integrativa (FEUERWERKER, 2005), mais crítica (PAIM, 2001; ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; PAIM, 2009); mais holística (SANTOS et al, 2018) e que da mesma forma - busca ser integral - na literatura lusófona (SILVA, ESCOVAL, HORTALE, 2014; MENEZES-JUNIOR, BZREZINSKI, 2015) e global (KABENE et al, 2008; MILNE, COYNE, PILGRIM, 2012) procurei descrever, criticar e refletir, após compreender criticamente suas diretrizes curriculares, se os docentes e trabalhadores das instituições de cada país demonstram adequada compreensão de seus propósitos, numa postura crítica acerca das questões paradigmáticas que busquem a integralidade (atividade fim, que representa bem o que se tem buscado fazer) (MATTOS, 2001; MARCH et al,

2009; LAZARINI; SODRÉ; LIMA, 2014; MAGALHÃES-JÚNIOR, 2014; SANTOS et al 2018). Outro objetivo é criar formas de promover emponderamento sobre saúde, descrevê-las e apresentá-las teoricamente, na perspectiva de contribuir com uma nova forma de ensinar, voltando-se para a promoção e produção da saúde (através dessa abordagem/literacia).

Contudo, esta tese compõe (e integra-se) a um projeto maior (em estudo comparado entre países de vários continentes) (SANTOS et al 2018; BARROS, 2016), em que fez sentido apontar alguns elementos contextuais onde diante do objeto eu, como sujeito, me posiciono. O primeiro é o fenômeno da globalização, elemento, que dentro da perspectiva de uma (inter)convivência global, vem conjuncturando normas e papéis sociais, políticos e institucionais, que convivem, disputam e, portanto, interferem no âmbito das subjetividades.

Tomando por base esse fenômeno, Brito (2017) ressalta - ao discutir perspectivas do ensino superior para o Brasil e a Bahia - o estudo de Porto e Régner (2003), estudo de perspectiva global, que se conscientiza das influências econômicas, culturais e também sociais para as nações aclararem padrões comportamentais guiados pelo cruzamento de duas linhas expressivas do ensino superior, a internacionalização e a regulação, assim, como citam os estudos comparados de Lima, Azevedo e Catani (2008) e Felix, Bertolini e Polidori (2017) em Portugal e no Brasil reafirmados por Almeida-Filho (2010) e Pagliosa e Da Ros (2008); Santos (2018); Barros (2016), entre outros.

Embora a internacionalização, para fins do estudo, seja considerada como ampla ou restrita, e a regulação mediada pelos interesses dos entes em questão (público ou privado), independente do contexto, há um fato comum em todos eles, as diretrizes mais se expressam em função das exigências da economia global, ou seja, favorecendo que o profissional se prepare para compor um contexto cultural de serviços mundialmente reafirmados.

Diga-se de passagem, tais serviços são úteis para junto à pessoa interessada em se inserir no contexto mercantil e capitalístico, ser explorada sem sequer perceber sua perspectiva massacrante de futuro e adoecimento crescente, pelo bem dos interesses do capital. Independentemente da posição que ela ocupar, esse sistema se orienta para a desigual competição, em que haverá sempre uma maioria útil a uma minoria exploradora da singela maneira de entrar no giro do mercado.

Nesse sentido, o estudo apontou quatro cenários que, até 2025, deverão exercer influência mundial no âmbito do ensino superior: o encontro entre os povos, a

homogeneização das culturas, o aumento do fosso entre o norte e sul e, por fim, a manutenção das diferenças.

Entendendo isso, inicio problematizando sobre o conceito de Salutogênese, o qual me incita a melhor entender e a explicar o que é Promoção da Saúde e em fazer a diferenciação do paradigma que se orienta em sentido contrário a esse, a Patogênese, mais voltada a identificação de fatores de risco para o adoecimento, que propriamente de promoção de saúde (devido, individualmente, a pessoa não ter governabilidade quanto a todas as causas de adoecer e morrer). Antes, contudo, necessita-se definir aqui o que é um paradigma.

Em sua dissertação, Martins (2005), professora portuguesa, explicitou como compreensão do termo salutogênese aspectos inerentes ao seu conceito, refletindo sobre as bases conceituais até então realizadas, descrevendo sua evolução e marcos históricos que se destacaram cientificamente ao longo do tempo numa perspectiva ‘promotora de saúde’. Na ocasião, a autora destacou alguns elementos que sustentam, ou não, essa definição. Discordo da afirmação que mais que prevenir a doença, o importante, hoje, é prevenir a “saúde” (MARTINS, 2005). Creio que a autora quis retratar que prevenir-seria adotar meios de promover saúde, a fim de evitar-se o adoecimento, e positivar a saúde, para ressignificar todo o processo saúde-doença, com o que concordo plenamente!

Como ressaltei, na introdução, o termo salutogênese foi criado após Antonovsky criar o conceito de SOC para designar o senso de orientação para a vida (ANTONOVSKY, 1979). Tal termo (ANTONOVSKY, 1987), que conheci cerca de 4 anos antes de iniciar o doutorado, não trazia nos materiais que acessei o seu conceito. Assim, devido perceber essa lacuna no referencial brasileiro que o citava, idealizei trazer como propósito transversal desta pesquisa seu esclarecimento e comparação com a Patogênese. Também provavelmente pelo meu objetivo existencial, iniciei minhas buscas pelo seu entendimento e apenas, através do site Wikipédia, descobri algumas das poucas referências sobre o termo, em meados de 2014.

Como citado, tal termo me chamou a atenção em livros que adquiri em 2010; no entanto, até que outro pesquisador da temática (SABOGA-NUNES, 1997), acrescentasse informações sobre o mesmo em 2014, no referido site, havia pouca compreensão da extensão epistêmica daquele termo. Além de Antonovsky (1979, 1987) e de Saboga-Nunes (1997), na ocasião, havia apenas mais um pesquisador citado no referido site, chamado Joaquim B. Weis, que em 2001, publicou o trabalho intitulado **Leben nach Krebs**, citado neste site em novembro de 2016.

Ou seja, no momento em que mapeei em revistas relevantes da área de Saúde Coletiva abordagens sobre aquele termo em publicações relacionadas à Promoção da Saúde e não as encontrei, percebi esta lacuna no âmbito da pesquisa em Promoção da Saúde brasileira, e resolvi mapear para além do âmbito lusófono, em que havia alguma citação da teoria relacionada ao ensino em saúde.

Somente em 2017, consegui adquirir livros sobre o Paradigma Holístico, o Paradigma Quântico e vários sobre a Bioética, além dos artigos, todos essenciais para a discussão da salutogênese, uma vez que tal referencial é complexo, antigo, mas pouco (ou nada) tem sido relacionado a outros campos do conhecimento (principalmente à Física Quântica, à Bioética e à perspectiva holística teorizada em português do Brasil), o que para mim fazia muito sentido buscar contribuir, e que, naquele ano, com a participação em uma palestra no Conselho Regional de Farmácia de Brasília, que abordou o ensino da Medicina Antroposófica e de outras práticas integrativas na Alemanha, percebi a coerência de reafirmar as PICS - como conteúdo relevante dessa abordagem - posto que já há experiência exitosa na Europa, inclusive em hospital desse país, que integra medicina convencional e não-convencional e usa práticas artísticas como formas de cuidado, constituindo inovação na modalidade de ensino formal em currículo europeu.

Dessa forma, por causa da inovação do pensamento de Antonovsky (1997), à época, este inspirou outro pesquisador, que também contribui com a ampliação dessa discussão nas Ciências da Saúde - quando fez seu mestrado - e a partir do qual trabalhou na melhor divulgação do conceito e compreensão do referido termo. Por ocasião deste estudo, Nunes (1997) levantava a hipótese de que segundo as pesquisas de 1987, de Antonovsky, que o ‘sentido de coerência’ (SOC) era um “suporte” possível, individual, sobre a gestão de traumas psicossociais.

Nessa época, o SOC seria um “passaporte” para sua teoria, que versaria sobre metodologias para que o profissional de saúde ajudasse a pessoa a melhor lidar com os traumas por meio da verificação de aspectos da vida pessoal do paciente, pautando-se na averiguação do desenvolvimento de afetividade, comunicabilidade e de redes formais, em que esse desenvolvesse capacidade de sociabilidade, ou seja, seria um meio de operar para a produção de resiliência.

Ele descreveu que, para lidar com o confundimento, ele relativizou sua análise por meio da análise da idade, do status social, econômico e cultural, sexo e o número de problemas de saúde mencionados pelos pesquisados (643 indivíduos); ele mensurou ansiedade, locus de controle, apoio social, redes de apoio no âmbito social,

comportamentos orientadores de estilo de vida e a disposição pessoal em melhor gerir sua funcionalidade/(dis)funcionalidade (NUNES, 1997). Tal pesquisador, que, em 2019 fará 20 anos de conclusão de seu mestrado, ampliou, nesta época, mais substancialmente a compreensão epistêmica do termo ‘salutogênese’, ao concluir o estudo intitulado ‘Compreender o cidadão e fortalece-lo na gestão do Stress’.

Um ano antes, ele já iniciava sua luta científica para ajudar a entender e gerir o stress, fator cada dia mais frequente nas relações entre as pessoas e que, em 1997, motivou o lançamento de uma proposta de Saúde para todos no século 21, em princípio, uma política proposta para a Europa, mas que claro, traria benefícios globais se fosse assim apoiada em cada país e continente. Nesse sentido, Saboga-Nunes - como hoje é chamado Nunes (1997) - tem, desde então, se empenhado em trazer uma ampliação à literatura sobre o sentido de coerência, enquanto aspecto necessário para operacionalizar este novo paradigma, o salutogênico!

Em outro trabalho desenvolvido em Portugal (MARTINS, 2005), sobre promoção da saúde, dentre os quadros esquemáticos da autora, que trabalha os “modelos” de atenção à saúde, ela expõe que, entre os resultados das diferenças entre ‘prevenir doença’ e ‘promover saúde’, algo similar à racionalidade brasileira dos modelos de atenção, está a negociação e a busca por consensos entre profissional e seu paciente.

Tal dissertação também discute o referencial de salutogênese e, no meu entender, versa sobre autonomia como um aspecto “salutogênico” que deve ser pautada como competência a ser desenvolvida no currículo, mediante habilidade a ser verificada sobretudo nos estágios, em termos atitudinais.

Para falar de gerir o stress do paciente hospitalizado, fato que ocorre nas ocasiões de adoecimento/internamento, eu tenho feito algumas produções acadêmicas - que, intuitivamente, dialogavam com o conhecimento sobre salutogênese - por entendê-las como iniciativas educativas promotoras de saúde e como maneira de intervir, reflexivamente, no hospital (via práticas humanizantes), a partir de 2010. Por aproximação, um outro conceito, o de integralidade, que como imagem-objetivo expressa bem o que entendo por prática de saúde humanizada, tem aproximações com tal termo, pois entende o ser como multidimensional e holístico (SANTOS et al, 2018), embora não em todos os aspectos.

Na pretensão de contribuir com um modelo de ensino analítico sobre a realidade que começa em si mesmo e com perspectiva de um planejamento humanizante de cuidado convivencial (individualizado pelos interagentes) a partir de um modelo produtor de

consciência, a integralidade e a noção da salutogênese fazem juntas uma boa ‘combinação’ teórica, posto serem noções que defendem direitos humanos básicos como a ‘vida’, a ‘saúde’ e a forma singular de cuidado e autocuidado (numa perspectiva social e subjetiva).

Sobre o que é e não é salutogênese, afinal, podemos afirmar que tal termo, criado e publicado, inicialmente, por Antonovsky em seu primeiro livro sobre a abordagem - ‘Health, stress and coping’ -, em 1979 (GIBBONS, 2018), foi ampliado em um segundo livro, ‘Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well’, oito anos depois, em 1987, (CARRONDO, 2006, p. 31). Ele se refere ao bem-estar, à felicidade, à invencibilidade e, portanto, à saúde, palavra de origem latina “salus”, que junta ao termo grego “genesis”, ou origens, implica a contraposição do seu oposto, a patogênese, termo associado à gênese da patologia (CARRONDO, 2006, p. 37). Essa denominação se estabeleceu, a princípio, devido a sua associação com seres alheios ao indivíduo, os patógenos, causadores - nessa orientação de ensino - do amplamente referendado modelo biomédico, modelo basicamente centrado em um aspecto biológico como causador do adoecimento.

Contudo, concordando com esse autor, faz-se necessário destacar que o modelo patogênico sofreu, ao longo do tempo, alguns poucos acréscimos que, na prática, não se tornaram representativos de uma nova orientação da saúde-doença na maioria dos cursos de saúde (tanto no Brasil como em Portugal). Nesse sentido, Carrondo (2006) aponta que o modelo biopsicossocial (MPS) não se configurou como um novo padrão de compreensão da saúde e da doença, como aspectos opostos e complexos, e que, nessa lógica, o estado da saúde passa à doença, não necessariamente, por causa de vírus, bactérias ou quaisquer outros micro-organismos, mas, muitas vezes, por questões e pressões corriqueiras que levam o sujeito a não mais suportar fatos que o deixam sem sentido, satisfação, vontade e energia.

Assim, a outra dimensão, a espiritual, não foi neste modelo (MPS) novamente considerada a contento, portanto compreendida e teorizada, sendo sim menosprezada posto que, naquela conjuntura, as descobertas da Física Quântica estavam em franca tentativa de compreensão. Em 2006, Amit Goswami nos falava sobre as filosofias que se manifestam nesses diferentes modelos e explicava que, desde Descartes, havia a tentativa de fazer entender o dualismo mente-matéria para nos provocar a observar melhor as lentes de expectador. Assim, também fez Antonovsky (1997) ao criar o conceito de SOC, que, em minhas palavras, direi ser uma “orquestração” da “natureza” da “vida” (a expressão

das forças da máxima vitalidade e o seu oposto, da mínima vitalidade) como ele explica na salutogênese, e que apenas reafirmam nossos contínuos estados de (mais) ação ou (mais) repouso, necessários à manutenção da vida (GOSWAMI, 2006).

Estes autores assim como Reich (2012), Lowen (2012), Barreto (2017) reafirmam o que mostra Di Biase (2011) numa perspectiva de finitude, por ocasião da máxima do stress e sua não mais habilidade em lidar (bioquimicamente e, portanto, fisicamente) com o “limite” físico do corpo (que difere do “limite” energético que está se descortinando).

Tal feito também abordado nos agravamentos da situação de saúde feita no livro de Hammerly (2006) que (enquanto médico) nos fala do valor de uso (por experiência própria, no cuidado de portadores de fibromialgia, nos EUA) e, então, revela que a união dessas filosofias tem um potencial sempre superior ao das racionalidades usadas no mesmo paciente (de forma separada); e, por isso, faz-se necessário unir seus pontos de vista e aprendizados (longitudinais) para cuidar do complexo ser, que, em suas variadas dimensões, requer todo tipo de saber-fazer (cuidado, o bem maior ou a máxima expressão do bem querer), formas distintas de dizer a mesma coisa por profissionais e terapeutas.

Nesse sentido, Goswami (2006) explica que há algumas filosofias implicadas, sendo a primeira a ideia de que ‘a mente opera acima do corpo’, aceitável como possível uma vez que a mente ‘causalmente’ eficaz é não física (essa concepção opera na direção do pensamento de Freud, citando Sarno (1998), em que ‘a psique opera acima do ‘soma’, e que, na consciência da repressão, cura o pensamento emocional reprimido. É nesse saber que as práticas corpóreas (sob treino) ou intuitivas operam, diz Barreto (2017), em seu estudo doutoral e testemunho, como também percebo.

Barreto (2017) da mesma forma evidencia que sua experiência pessoal e também docente (como psicólogo e terapeuta bioenergético), o que o faz testemunhar como cuidador (numa perspectiva hermenêutica) que se trabalhar as energias sutis é apurar no corpo manifestações posturais, comportamentais, medos, fobias, inseguranças, nem sempre conscientes, mas que - com o corpo em terapia - se pode moldar parte dos desconfortos, das alterações (temporárias) físicas, para que essas não se tornem crônicas.

6.2. Modelos, paradigmas e padrões ao longo da vida humana

A humanidade, ao longo da história, vem se ocupando de compreender, registrar e trazer padrões culturais segundo os conhecimentos de cada população, além, claro, entre

outros aspectos, do estilo de vida que cada povo adquire ao longo de sua existência; assim, a vida humana, segundo uma complexidade de situações, desde a ocupação dos territórios até o que eles ofertam em natureza bruta, vão guiando as pessoas a descobrir possibilidades, perceber gostos e vontades e estabelecer comportamentos e contextos dinâmicos, mas, geralmente, apropriados para cada rede de relações (humanas e construídas com outras espécies).

No entanto, parece ser comum na nossa espécie estabelecer padrões de estilo de vida, sejam relacionados à alimentação, moradia, das formas de se relacionar, e outras, que nos diferencia de outros organismos vivos. Nesse sentido, estabelecemos modelos de comportamento que vão se firmando e adequando até que outro pareça mais adequado.

Um modelo é tudo que se concebe como ideal em um dado espaço de tempo; por isso mesmo ele é sinônimo de paradigma, palavra grega que também significa padrão. Segundo Moraes (2006), tal termo, paradigma, foi, inicialmente, usado por Platão e, frequentemente, é empregado quando associado a uma nova ideia, a fim de fazer repensar velhos saberes e práticas, ou seja, eles surgem por contrapor e para argumentar, trazer mudanças a algum tipo de prática social. O ‘modelo’ ou ‘padrão’, enquanto termo, leva à compreensão epistêmica de que algo pode ser repensado, e que outras atitudes, conseqüentemente, estão sendo necessárias para que se possa alcançar a situação desejada. Percebe-se aqui que o ser humano é sempre movido à reflexão e à ação, e essa constatação nos ajudará, ao longo da teoria, a entender por qual motivo o paradigma vigente é difícil de ser modificado.

Sobre as concepções iniciais de Thomas Kuhn, Fernandes e outros autores (2017) destacam, ao analisarem a procedência do termo ‘paradigma’ ou ‘metaparadigma’, que ele, pioneiramente, o denomina da seguinte maneira: “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma” (FERNANDES et al, 2016 apud KUHN, 1970, p. 176). Mais adiante, no mesmo texto, Kuhn retifica seu pensamento considerando que o que se partilha são partes de uma “matriz disciplinar” e não partes de uma teoria, ou de teorias (FERNANDES e cols, 2017 apud KUHN, 1970, p. 182).

Para Kuhn (2001, p. 219), citado por tais autores que afirmam que o que os sujeitos de uma comunidade científica partilham seria não o que seu “texto original designa como paradigmas, partes de paradigma ou paradigmáticos”, mas os componentes de uma matriz disciplinar, as quais “formam um todo, funcionando em conjunto”.

Percebo que, naquele contexto histórico, Kuhn trabalha conceitos epistêmicos usados ainda hoje e os inter-relaciona de maneira a deixar documentado que uma teoria se faz com partes de concepções teorizadas em certas áreas do conhecimento, áreas essas que vão compondo as ciências, detalhadas em disciplinas e, posteriormente, normatizadas numa perspectiva dita científica pela comunidade do ocidente, reafirmadas em Kuhn (2009) ao distinguir conhecimento puro e empírico, e analítico e sintético.

Mais adiante, esses autores trazem um outro conceito, com um segundo significado do que ele diz: “paradigmas são “exemplares” tipicamente organizados e compartilhados da denominada “ciência normal” para a solução concreta de quebra-cabeças” (FERNANDES et al, 2017 apud KUHN, 2001, p. 232-3).

Nesse sentido, devido a cultura ocidental ter ordenado sua visão a partir da fragmentação das partes de um todo, as Ciências da Saúde se estabeleceram, contrapondo a visão integral do ser a ser por ela cuidado (o humano), levando-a - enquanto racionalidade científica - a pensá-lo ordenada e matematicamente, como se o ser humano fosse totalmente previsível, como se pudéssemos reduzir seu todo em sistemas orgânicos como uma máquina, e não como ele realmente é, único, complexo e não - totalmente – programável mediante análises multivariadas. Ainda que, por meio da cultura, se possa estabelecer comportamentos alinhados, os seres humanos vivem inter-relações nunca idênticas às dos demais, e apenas diferentes dos animais, nós codificamos por meio da comunicação escrita e verbal códigos, certamente, passíveis de análise, mas, sem dúvida, carregados de uma complexidade crescente, que nem a ciência moderna tem conseguido capturar.

Para se entender a questão metafísica, temos que trazer a historicidade, uma vez que, nesse tipo de teorias, se reflete sobre o desenvolvimento da Metafísica no contexto do século XIX, momento em que o pensamento europeu alinhava-se numa postura reducionista. Nesse sentido, Ferreira (2017) defende que a arte não é algo utilitarizado, mas fundamental, pois torna-se mediação entre o ‘sensível’ e a ‘razão’ (e não se subordina a nada), ao falar da questão estética em Hegel (ou seja, ao falar de expressão humana).

Fernandes e demais autores (2017), ao citarem Dilthey, expõem que o nexos entre a totalidade de concepções filosóficas é que elas são, inquestionavelmente, metafísicas, ou seja, são dirigidas à reflexão que tem como pressupostos explicações únicas e dedutíveis mediante determinações gerais aliadas a uma conexão cósmica.

Anterior a Kuhn, o filósofo e historiador Wilhelm Dilthey, nascido em 1833 e falecido em 1911, criou a teoria das concepções de mundo (Weltanschauung); tal teoria

foi publicada em 1911 e demonstrou a incomensurabilidade aparente dessas concepções e encontrou nexos milenares distintos entre as mesmas. Esses nexos, ele tipificou de: concepção poética, religiosa e filosófica; entretanto, o fato de todas elas serem metafísicas comprova que a variedade dos modos de existir humanos corresponde às muitas formas de pensar, de dedicar-se às crenças religiosas, como também questões morais e dos demais âmbitos metafísicos até por, simplesmente, a realidade ser histórica (FERNANDES e cols, 2017) e mutável, portanto complexa.

Nessa lógica, de ordenamento do social, no espaço-tempo, os sistemas filosóficos caminharam mediante tradições, culturas, religiões, coordenações, manifestas enquanto produtos historicamente dependentes (FERNANDES et al, 2017) e, nesses, devido os sistemas serem contraditórios, confirmam a pluralidade de aspectos vitais manifestados em formas capitais por meio dos sistemas (FERNANDES e autores, 2017). Contudo, o humano como sistema vivo demarca tendências, geralmente, expressivas de sua integralidade, a qual interfere em tudo queiramos ou não.

6.3. Interface da integralidade com os paradigmas de ensino na saúde

A Prática Integral em Saúde se inscreve num contexto complexo do cuidar, uma vez que os elementos que a tornam integral são tanto objetivos quanto subjetivos. Como aspectos objetivos podemos citar os relativos à discussão de oferta x demanda, a efetividade de políticas e práticas, a real disponibilização de ações, insumos e tecnologias mensuráveis, como o nº de consultas-turno, por exemplo (ASSIS et al, 2008; SANTOS et al, 2014; AMORIM et al, 2014a; SOUSA et al, 2014; AMORIM et al, 2014b).

Quanto aos aspectos subjetivos, podemos citar situações clínicas e pedagógicas relacionadas ao desenvolvimento do bem viver, de interferir em sensações de bem-estar, como de expressar imagens que revelam as emoções e aspectos indizíveis (SIMAS, 2013), mais observáveis, das práticas em sociedade e, portanto, nos serviços de saúde, entre outros. Compreendo, que pelas abordagens não tão convencionais (WOO; BRIOTTO, 2010; AYALLA-RODRIGUES; NUNES-FILHO, 2010; FRANCO, 2013; SANTIAGO, 2013; SILVA & SÁ, 2013; Silva, 2013; MORGADO & SÁ, 2013; REZENDE-JR, 2013), pode-se comprovar tais sensações (bem/mal estar) em pesquisas qualitativas, as quais são mais comuns no Brasil em estudos clínicos experimentais como o de Simas (2013) e o testemunhal de Barreto (2017) , e em relatos de experiência, em que tais entendimentos humanísticos (MOURA, 2011; BARRETO et al, 2011; MATTOS,

2012; MARTINS, 2012; LINS, 2011), - notadamente - sem uso do aparato laboratorial durante sua realização mostram evidências da produção de saúde. Assim, para mim, as práticas subjetivas são uma dentre as práticas sociais, mas, parafraseando Bourdieu (2010), eu diria devem ser singularizadas em cada relação e, dessa maneira, cada sujeito se conscientizará que cada uma subjetiva de uma maneira (singular) imprimindo uma direcionalidade, para positivar ou negatizar algo que expressa a sua compreensão e jeito de lidar com um fato social.

Bourdieu (2010) afirma que há uma produção (individual) simbólica, mas que essa também evidencia uma produção simbólica (coletiva), que, no meu entender, se configura como a **identidade cultural pessoal** (grifo nosso). Tal identidade cultural de nível ‘pessoal’ personaliza, portanto, um a um expressar-se em termos coletivos, pois cada ser necessita existir e se exprimir em nível existencial, sendo o primeiro momento em âmbito familiar, para, depois, moldar-se em meio ao âmbito comunitário, profissional, ou outro, sempre numa perspectiva ‘social’ (portanto coletiva), enquanto que o individual vai operar para evidenciar a subjetividade do sujeito e, conseqüentemente, os aspectos singulares que os afetam, os determinam, os diferenciam de seus “pares”; como também acerca dos usos da autonomia e, conseqüentemente, do poder dessas pessoas no dia a dia do ensino e dos serviços (de saúde) e que culturas podem manter ou contrapor no curso do seu andar na vida (MARTINS; VIEIRA, 2010; FERREIRINHA; RAITZ, 2010) uma vez que de certa forma, em parte, só se melhor explica certas posturas com as abordagens fenomenológicas (ALVES, 2006; GADAMER, 2011) e a elucidação de como se desencadeiam tais práticas (tão diversas de assistência em saúde em semelhantes ou diferentes territórios) (ABREU; ALONZO, 2018; SILVA, 2009; FERREIRA, 2016; REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008, PEREIRA, 2003; AMORIM et al, 2014b) .

Entre essas práticas (políticas, organizacionais e assistenciais), destaco que a atual revisão da PNPS brasileira ressalta o desafio de produzir saúde, autonomia, reduzir e melhor gerir conflitos entre os sujeitos das práticas de saúde, e das práticas de gestão, fato que implica a criação de uma cultura de paz e acolhimento de singularidades, de percepção ampliada do conceito de saúde, para além do acolhimento das pessoas e resolução de suas demandas, necessidades e problemas de saúde.

Nesse sentido, o conceito e a noção de integralidade, - dentro de um contexto legal e global - inspiram-me a partir de sua compreensão em integrar a esta tese seus conceitos

e operacionalidade como elementos fundamentais para construção do Modelo Pato-Salutogênico, produto do presente trabalho.

A integralidade, na perspectiva discutida por Pinheiro e Mattos (2003), atribui o termo ‘cuidado’ a uma ‘fronteira’ relacional, posto que elas implicam o uso ou desuso de saberes e práticas presentes entre quem oferece as ações de saúde e àqueles que as buscam no cotidiano dos serviços de saúde (PINHEIRO; MACHADO; GUIZARDI, 2011). Tal denominação, cuidado, requer, então, que se pautem o termo subjetividade como elemento que implica (ou não) o uso dessa fronteira, para além dos aspectos normativos, legais, e outros, num desdobramento material (e imaterial), de meios para reafirmar valores e princípios de âmbito social, moral, educacional, religioso e outros, na defesa do direito à vida.

Alguns autores (BOURGET; JUNIOR; FILHO, 2014) ao atribuírem ao termo cuidado a uma forma de humanização na APS, destacam - entre as percepções disciplinares - aspectos como ‘o mundo do paciente’. Esta ‘categoria’ do dado da pesquisa, refere-se à subjetividade do usuário, atendido pelos alunos de Mansano (2009), concebê-la como algo em constante produção, sempre que acontecem os encontros que vivemos com os outros e que, em si, inscrevem em nós percepções, afetações e, claro, reflexões sociais desses encontros.

A subjetividade é elemento que interfere na “integralidade”, como princípio doutrinário constitucional e, por isso, creio que ensinar, e aprender com o aluno, conscientes das nossas intersubjetividades, refletindo sobre direitos (por meio da legislação), políticas (através de discussão), conceitos (através da sua compreensão), nos ajuda na compreensão da operacionalidade da integralidade nos serviços e nas práticas; pois mais que cruzar ideologias, e compreensões sobre o cuidar - mediante “filosofias” individuais - se tem potência para provocar debates críticos, reflexivos, das teorias, possivelmente reorientando culturas nas habilidades e atitudes condizentes com as competências esperadas pelos espaços de formação (MARCH et al, 2009; MACEDO; ROMANO; HENRIQUES, 2009). Essa visão se encontra representada em algumas teorias, como a Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, a Teoria da Sociopoética de Jacques Henri Maurice Gauthier, e nas teorias pedagógicas de Paulo Freire, que irão de forma transversal, compor os destinos performáticos desta teoria (MORIN, 2002; LIMA, 2011; SANTOS, 2016).

Para esses autores, para analisar a cultura institucional, faz-se necessário verificar o perfil do aluno formado e mediante sua reorientação, por meio da pós-graduação, interferir positivamente, mantendo ou aprofundando as dinâmicas procedimentais, relacionais e de gestão, a depender do foco em que se está pós-graduando.

Mas, ainda sobre o termo integralidade, esse se constitui como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), como também implica a ampliação do conceito de saúde, na compreensão de autores que parafrasearam Bárbara Starfield, autora, que teorizou sobre os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), e que muito cresceu conhecimento sobre a integralidade quanto ao acesso aos serviços de saúde, e ainda a coordenação e a longitudinalidade da assistência à saúde (MASSUDA; NETO; DREHMER, 2014; TURA; SOARES; CASARTELI, 2014), o que não, necessariamente, significa a adoção do termo 'cuidado', tal como uma fronteira, como anteriormente descrito.

No caso do Brasil, tais elementos foram por Bárbara Starfield instituídos, mas, contrariando a ordem por ela proposta, alguns desses autores afirmam que, diferente de outros países, a APS sob a égide da Estratégia Saúde da Família (ESF) é colocada como subsídio central e, por isso, potencializa a estruturação dos atributos derivados, que a autora chama de essenciais, o acesso, a gestão do cuidado e a dinâmica longitudinal (MASSUDA; NETO; DREHMER, 2014).

Tal fato ocorre, provavelmente, por, através deles, entender-se que, mediante uma construção coletiva, o contexto do cuidar há de definir todos os outros atributos, assim como ficou claro no nosso texto constitucional, em 1988. Entre os atributos que ela chama de derivados, estão: a competência cultural, a orientação familiar e, ainda, a orientação da comunidade. Dessa compreensão afirmo, concordando com Tura, Soares e Casarteli (2014), que a Saúde Coletiva como campo de conhecimento difere de Saúde Pública por não se tratar apenas de oferta gratuita de serviços públicos pelo Estado, mas um campo em que a construção política, histórica e seus desdobramentos deram-se em âmbito coletivo para o coletivo. Para tais autores, há sentido em ressaltar também que, para que os atributos da APS possam impactar positivamente na vida das populações, os serviços de saúde sejam pautados, principalmente, na prevenção e na promoção da saúde, tendo em vista que, apenas considerando-se o contexto, é possível organizar tais serviços de maneira a ofertá-los em quantidade e qualidade, e interferir na produção da saúde ou da

doença. Contudo, pressuponho, baseada em pesquisas anteriormente realizadas, que há elementos subjetivos como o uso da autonomia, o desenvolvimento ou não de vínculo e a responsabilização entre profissional e membros da comunidade, que também interferem muito na tríade saúde-doença-cuidado (AMORIM et al, 2014a, AMORIM et al, 2014b).

Além da **dimensão organizativa**, outras dimensões favorecem ou desprivilegiam a efetividade da construção da integralidade, entre elas, a dimensão ética, a dimensão política e a dimensão do financiamento. Por tais motivos, Mendes e Marques (2014) destacam que, devido ser na APS brasileira a estruturação da mudança de modelo de atenção, essa requer um financiamento apropriado para dar conta de garantir o princípio da integralidade, aliado à equidade, como forma de assegurar que todos os procedimentos ofertados pelo sistema único sejam igualmente acessados por qualquer cidadão, já que, na prática, uns são priorizados mais que outros. Tal crítica vai ao encontro da atenção programática brasileira, na qual para ter acesso o sujeito tem que ser de um grupo específico, ter uma doença prioritável e morar num território coberto pela Atenção Básica, como era chamada a APS do meu país (AMORIM et al, 2014a).

Atualmente, há muitas demandas de saúde judicializadas, posto que a racionalidade de oferta de serviços pelos sistemas de saúde não tem convergido com a ordem legal, sendo essa questionada e, frequentemente, salvaguardada por mandatos judiciais. Aclarar os elementos simbólicos, históricos e jurídicos e desmistificar os epidemiológicos faz sentido a pacientes oriundos de doenças raras, de populações minoritárias, uma vez que para eles uma série de aspectos não se adaptam às regras da produção científica, da regulação baseada na significância estatística, entre outros aspectos pouco debatidos nos países de língua portuguesa, e também em outros continentes (BARBOSA, 2015) em sua produção de conhecimento, que, para além dos referenciais lusófonos, traz evidências científicas do Canadá, Estados Unidos, além dos demais países europeus.

Quanto às outras dimensões, Pelizzoli (2011) apoiou-se em Husserl, Morin e Foucault para propor um tripé epistemológico-crítico de análise. Ao fazê-lo, o autor ressalta a ciência com capacidade de consciência, que, para assim ser, necessita ser pensada em sua **dimensão epistêmica** ao pensar suas bases e imprimir nesse pensar sua visão de mundo, percebendo-o não só como objeto de reflexão, mas também em sua **dimensão político-econômica e institucional**, em que todo pensamento traz como

consequência uma ação política, intencional, com influências nas esferas institucionais, com consequências econômicas, entre outras, mas ressalta ainda uma outra dimensão, a **dimensão ética**, que se pauta em valores, com os quais ética e técnica, juntas, fomentam o cuidado, resgatando o valor da vida, e a função da ciência para promovê-la, mantê-la ou restabelecê-la como seu maior valor.

Nesse sentido, a equidade, por exemplo, guarda relação com as diferenças entre os sujeitos e que, em cada ocasião e contexto, reclama uma postura ética, um posicionamento coerente, que sugere, a nós profissionais, acessarmos elementos dessa troca (inter)subjéctiva para acolher quaisquer singularidades que requeiram posturas terapêuticas mais específicas, inclusive em termos comunicacionais e educativos. Cada caso requer atenção única, sensibilidade, respeito, responsabilização pelo efetivo direito à saúde, e conseqüentemente, ações de prevenção de qualquer tipo de dano, mas sobretudo, do direito à promoção de saúde com **atenção singular** (individualizada) (grifo nosso), o que revela o uso de poderes, saberes, e interesses permeados por uma **dimensão subjéctiva** (grifo nosso).

Por esses motivos, a integralidade tem a ver com a lógica de organização do cuidado em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), serviços diversos com arranjos firmados como malhas inter-relacionadas (MAGALHÃES-JÚNIOR, 2014) que têm que ser capazes de funcionar com o encaminhamento dos pacientes sempre que a unidade que dela faz parte não comportar a resolução da necessidade do usuário do SUS. Também se subentende que, sendo universal o direito à saúde, é a partir desse que toda e qualquer necessidade tem que ser assegurada nos âmbitos primário, secundário ou terciário da atenção, em rede própria ou conveniada (PIRES, 2010; TURA; SOARES; CASARTELI, 2014; AMORIM et al, 2014; SANTOS et al, 2014).

Isso posto, é necessário destacar que, para a noção de integralidade se desenvolver como ferramenta de ensino, necessita que os docentes expressem não apenas conhecimentos científicos e desenvolvam posturas humanitárias, mas que permitam a criação de uma prática, crescentemente, cuidadora (PINHEIRO et al, 2009), operacional, nos cenários onde o ensino ocorre, de forma a imprimir valor de uso e sustentabilidade, e como disseram Oliveira, Fernandez e Koifman (2010, p. 194) não realizar “apenas uma leitura de mão única”, onde a universidade usa o cenário dos serviços, mas não contribui

para a qualificação das condições de vida de quem ali reside e, pacientemente, cede espaço para a construção do saber e fazer dos novos profissionais de saúde.

Os conceitos de interprofissionalidade e transdisciplinaridade somam-se aos aspectos até aqui evidenciados por muitos desses autores para ressaltar que a prática integral requer trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001), troca de saberes, construção de cuidados, baseados em conhecimentos advindos de cada núcleo profissional (AMORIM et al, 2014; TURA; SOARES; CASARTELI, 2014). Mas, para assim ser, há de ir além da interdisciplinaridade, ou seja, quando diferentes campos de saber, juntos, somam seus conhecimentos multidisciplinares em prol da resolução de uma mesma questão por esses profissionais (PELIZZOLI, 2011). Dessa maneira, entende-se a transdisciplinaridade, como seu nome diz, que transcende a visão das disciplinas inter(relacionadas) e se dirige à conexão de saberes de várias profissões, ainda que com saberes convergentes, mas que têm em si compreensões específicas de cada campo profissional (Medicina, Enfermagem, Odontologia, etc).

Pelizzoli (2011) afirma também que não estamos perto de exercer uma prática interdisciplinar, quem dirá transdisciplinar, uma vez que, em geral, não ousamos acessar os saberes mais complexos (histórias de vida, aspectos sociais, ambientais ou humanos) paralelos aos da tecno(ciência), físico-químicos, mecânicos, tão somente; ele ressalta que tais saberes, hoje muito associados à Medicina Baseada em Evidências (MBE), são pouco sensíveis aos novos paradigmas ocidentais e, ainda, pouco porosos aos saberes populares, que Martins denomina saberes não metódicos, os associados às abordagens simbólicas, psicológicas e energéticas (MARTINS, 1996 apud PELIZZOLI, 2011).

A interprofissionalidade tem a ver com os ‘sombreamentos’ das habilidades e competências comuns entre os profissionais (SCOTT, 2016) das mesmas áreas ou até, de áreas dialógicas, e elas todas o são, se pensarmos bem.

Entretanto, para se operar um cuidado complexo, o que se acredita ser possível, é, também, ter como base do cuidar a visão da salutogênese, na qual se faz necessário repensar a capacidade ampliada de os sujeitos pensarem e organizarem o cuidado em saúde devido ao desenvolvimento científico e a razão tecnológica terem encapsulado a visão totalitária do cuidar. O uso do termo ‘salutogênese’ vai ao encontro de outras dimensões que não apenas a racionalidade médica ocidental, constituída como racionalidade majoritariamente científica. No entanto, estudos de autores brasileiros

consagrados na dita medicina científica ocidental têm sido rediscutidos, seja pela ótica do novo campo 'racionalidades médicas', como pela ótica da bioética, e oriundos da clássica discussão da integralidade da atenção (PINHEIRO; SILVA-JÚNIOR, 2010; PELIZZOLI, 2011; BARRETO, 2011; LUZ; BARROS, 2012).

Devido a atribuição da compreensão de forças geradoras de saúde por Antonovsky (1997) necessitar ser bastante difundida no Brasil (como já bem ocorre em Portugal), desejo discutir, nesta tese, (em termos pedagógicos), entre outros aspectos, algumas contribuições da subjetividade em relação à complexidade (relacionadas com a Salutogênese), enquanto aspectos relacionados aos elementos paradigmáticos do ensino da saúde, que influem na ocorrência e manutenção do paradigma biomédico como mais influente modelo no ensino da área; pois ciência, para o controle da doença, é indiscutível, há produção científica demais.

Alex Botsaris (2016), a respeito da Salutogênese, enfatiza que, seu autor chamou de 'senso de coerência' essa noção ao defini-la como sentimento de bem-estar e equilíbrio com o meio social, familiar e também consigo mesmo. Segundo ele, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao rever saúde como sensação de bem-estar física, psíquica e também social, defende a experiência individual e comunitária de qualidade de vida, algo difícil, complexo, mas possível de ser atingido em alguns momentos da vida. Mas, por ser complexo acessar, sentir e teorizar a sensação de bem-estar, esta tese tem a pretensão de elucidar pistas sobre possibilidades metodológicas rumo a uma contribuição para a construção de uma abordagem Pedagógica Salutogênica (complementar à Patogênica), visto que, em termos práticos, há lacunas do conhecimento em termos tanto de compreensão, como de ensino (operacional) do conceito, como por constatar-se a ausência de um método que expresse a teoria, na prática.

Tal compreensão implica a adoção de valores como boas relações familiares, uso da espiritualidade para auxiliar o bem-viver, desenvolvimento de hábitos saudáveis, emponderamento individual e comunitário, todos associados a métodos possíveis de fazer regularmente (meditação guiada, dança pessoal, bioenergética e biodanza, retratação de si mesmo) e com, portanto, potencial para auxiliar na promoção do equilíbrio individual, proteger contra o adoecimento e, assim, instalar as condições subjetivas propícias ao ambiente saudável. Barreto (2017), nesse sentido, o faz através de seu testemunho singular sobre seu processo de ensino-aprendizagem em que a promoção é sempre uma

imagem objetivo e, que pensando e cuidando (do outro), aprende e pensa permanentemente sobre o cuidado de si.

Na reafirmação dessa lógica, evidencia-se a subjetividade dos sujeitos (numa perspectiva aberta, em parte, por Foucault) (1966, 1969, 1984), que permite uma abertura às mudanças, opostas à prática que desarticula a integração mente-corpo (GOSWAMI, 2006) e que oportuniza se pensar a integração das diferentes “medicinas” (tradicional e convencional). Tal adoção (da salutogênese) tem capacidade para incitar, pressupõe e confirmei, como se verá adiante, que o emponderamento dos trabalhadores sobre os aspectos simbólicos dos usuários dos serviços (e de si mesmos) poderá implicar uma substancial mudança de suas práticas e das práticas na comunidade, como influir nos aspectos que determinam e condicionam a qualidade de vida e a real conservação ou recuperação da saúde.

Em busca de pensar um modelo curricular mais condizente com os desafios da formação em saúde, em dois cursos de saúde, que, longitudinalmente, têm sido mais inseridos na Atenção Primária brasileira, tal projeto de tese visa evidenciar que a formação é um aspecto capaz de permitir uma atenção mais qualificada, pois contesta a lógica hospitalocêntrica, meramente biologicista, que despreza aspectos das singularidades dos sujeitos e, contrariamente, reafirma o reducionismo da medicina tradicionalista, como também acontece em Portugal (adiante discutido, guardadas as diferenças). O que se defende aqui opõe-se à prática que desarticula partes do corpo em especialidades e que se distancia da tríade indivíduo - família - comunidades, onde os sujeitos estão concretamente inseridos (MERHY, 2006^a; MERHY, 2006b) e necessitam de saberes e práticas diversas, que influem na sua qualidade de vida.

Assim, em busca de pensar um modelo curricular mais centrado na saúde e menos na doença, e onde esse conceito se desenvolva, na prática, com espaço para criatividade para os cursos de saúde, como para torná-lo mais próximo às necessidades do usuário da APS, este estudo pretende também se aproximar de métodos e conceitos mais operacionais, baseado em teorias já validadas na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e em um novo paradigma retratado por um brasileiro (YASUI, 2016). Claro, a literatura global (KABENE, 2006; MILNE; COYNE; PILGRIM, 2012) produzida sobre necessidade de preparar os recursos humanos para a promoção de saúde, acrescerá à lusófona (LOUREIRO, 2008; BUSS; CARVALHO, 2009; MALTA; CASTRO-B, 2009)

um olhar mais profundo acerca da produção de conhecimento, a fim de contribuir no campo da Saúde Coletiva e das Ciências da Saúde, sobre este termo (Patogênese como Promoção da Saúde) quando comparado a produção de conhecimento sobre o termo complementar (Salutogênese como Promoção da Saúde).

Ao elaborar uma busca em base de dados de língua portuguesa, encontrei apenas uma tese (que detalhou um novo paradigma brasileiro), o qual vem sendo desenvolvido no âmbito da Saúde Mental (SM). Tal estudo foi realizado para comprovar que a Reforma Psiquiátrica não foi apenas uma precursora da mudança dos serviços de Saúde Mental, mas sim uma readequação de práticas e, principalmente, sentidos aos serviços da área, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para o autor, a visão ‘focalizada’ é um dos grandes problemas da atualidade, e tem a ver com o paradigma cartesiano, de Newton (YASUI, 2016) e devido a minha inserção no ensino superior de saúde vir também me incomodando com esse reducionismo e como ele tem nos paralisado e, talvez inconscientemente, reforçado a não perspectiva de mudança.

Tal desejo (relacionado à produção desta tese) ocorre, por causa dessas dicotomias que se percebem no nosso dia a dia docente, em que se deflagram motivações e desmotivações específicas que reclamavam, desde a década de 70 do século XX, a inexistência ou insuficiência de atos de promoção à saúde, tendo como eixo estruturante contrapontos sobre a assistência à saúde individual/coletiva, mas, apontando, na Atenção Primária, a capacidade de resolução de expressiva parte das necessidades sociais desta área (CAMPOS, 2003; AMORIM, 2010; AMORIM et al, 2014a; AMORIM et al, 2014b).

Contudo, devido à promoção da saúde ser, por muito tempo, compreendida como medida um tanto educativa, um tanto conseguida pela garantia de infraestrutura adequada de planificação das cidades e territórios, como por meio da adequação de moradias, de uma alimentação adequada, entre outros aspectos, deixou-se de pesquisar e perceber, quanto - em termos subjetivos - a orientação individual e genética tem influído em nossa promoção de saúde e bem-estar (na Enfermagem e na Medicina).

Por isso, apenas após o século XX, depois de compreender as etiologias das doenças crônicas, que implicam causalidades multifatoriais, entendeu-se que, ainda, permanecem lacunas do conhecimento em relação do âmbito individual, singular e subjetivo (MARTINS, 2005; SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012), além do coletivo, muito apropriadamente tratado (sobretudo preventivamente) por meio de ações socioeducativas. Essa constatação abriu caminho para um novo paradigma, o

Salutogênico, que reconhece a necessidade de investimento na saúde como maneira de positivar os fatores que implicam a manutenção da mesma, diz a autora (MARTINS, 2005); mas sabe-se, pela 'literacy international', que a construção de muitos sistemas de saúde não foram orientados por esse conceito, o que interferiu na forma como - ao longo do tempo, organizaram-se e organizam globalmente - tais sistemas e serviços de saúde, mesmo depois de centrar-se a resolução dos problemas, predominantemente, no âmbito primário de atenção.

Tomando como base a América Latina (AL), de acordo com as reflexões de alguns autores, a análise comparada fundamenta a avaliação de sistemas de saúde, quando pautados numa política orientada pela APS e que estudam a relação entre coordenação e integração dos sistemas de serviços de saúde, observando-se elementos relevantes para a avaliação do desempenho destes (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2012).

Porém, tal trabalho de tese tem buscado, no dado empírico e na literatura, refletir sobre que aspectos qualificam, fragilizam, fortalecem e requerem mudanças baseadas nas necessidades em cada lócus do estudo (Brasil e Portugal), como é o caso da formação superior em saúde.

6.4. Regulação da Formação dos Cursos de Medicina e Enfermagem

Desde a constituição de 1988 e a criação do SUS, o direito à saúde incitou a maneira como se pensa a saúde, sua produção, manutenção e provocou a necessidade, segundo Moreira e Dias (2015), de revisão não apenas de como atuar no campo da saúde, mas de como tal modelo de atenção à saúde requeria revisão e readequação da formação dos profissionais dessa área.

Nesse sentido, tais autores assinalam que, ainda que o texto constitucional delibere em 1988 sobre ser da alçada do estado a formação desses profissionais, cabe ao Ministério da Educação (MEC) a responsabilidade de, legalmente, imprimir direcionalidade para os ajustes na formação. Entretanto, o mesmo artigo ressalta também que, embora em 1990 se tenha ganhado força quanto à discussão da regulação na formação, apenas em 2001, foram noticiadas e regulamentadas as primeiras diretrizes curriculares.

Ainda que Furlanetto (2015) destaque que a construção das DCN tenha se dado frente às lutas da reforma sanitária e permitido uma elaboração complexa e coletiva, o paradigma ali contraposto, ainda, refletia pouca materialidade quanto às ações a realizar

em ambos ministérios (da saúde e da educação) para efetivar um modelo capaz de destituir o foco sobre a doença, o médico e o hospital. Talvez por isso, infelizmente, naquela conjuntura, havia um descompasso entre a formação dos profissionais e a reorientação do modelo de atenção, posto que a lógica orientadora da formação era, ainda, pautada no modelo hegemônico (MOREIRA; DIAS, 2015).

Em termos legais, concernente à formação em saúde, a legislação brasileira se ampara na seção II do texto constitucional de 1988. No trecho referente ao artigo 200 nas competências do sistema para o âmbito do SUS, cabe a todo profissional de saúde atender, de forma a cumprir a lei em seu exercício profissional, entre outras atribuições.

Devido ao fato de a ‘Saúde da Família’ ser a estratégia prioritária na organização do sistema de saúde brasileiro é mister que se considere o exercício profissional de pelo menos três desses profissionais de nível superior, já que desde a década de 90 do século passado, médicos, enfermeiros e odontólogos atuam prioritariamente nesse âmbito, tendo, portanto, poder na colaboração da mudança do modelo adotado.

Para Campos (2003) e Amorim (2010, 2014a, 2014b) e, ainda, segundo Tura, Soares e Casartelli (2014), a APS conforma-se no âmbito da atenção em que promoção e prevenção fundamentam a prática de saúde, a qual se estabelece como principal porta de entrada do sistema público brasileiro. Tal compreensão se reafirma em estudos (ASSIS et al, 2008; AMORIM, 2010; SANTOS et al, 2014; AMORIM et al, 2014a; SOUSA et al, 2014; AMORIM et al, 2014b) que compreendem que o cuidado estabelecido é orientado segundo as necessidades reais levantadas no território, lócus da prática em que atua a equipe de saúde.

Todavia, ainda que os sistemas globais de saúde tenham meios singulares de operacionalizar a atenção, Paim (2009) destaca a influência da instituição de ensino no grau de compromisso desse trabalhador com o concreto favorecimento da saúde/doença. Assim, Amorim (2010), refletindo acerca da produção de Assis, Alves e Santos (2008) corrobora sobre a longitudinal dívida do Estado brasileiro no cotidiano dos agentes do SUS e na ausência de ações relativas à gestão do trabalho, que comportaram um impacto inexpressivo na melhoria da prática de saúde na última década. Esses aspectos são apenas o reflexo dos ascendentes e significativos investimentos dos governos em tecnologias duras, o que não tem solucionado boa parte das dificuldades dos usuários, por oprimi-los e não considerar o contexto frente às suas reais necessidades, e lhes oportunizar serem corresponsáveis por sua própria saúde.

Contudo, refletir sobre maneiras de como repensar o modelo de ensino passa pela também reflexão do próprio sistema educacional, de suas práticas na área da saúde, como no trabalhador da área ao perceber que, para cuidar do outro, há de cuidar primeiro de si, e, assim, estando em equilíbrio consigo, ampliar sua visão sobre o cuidado e abrir-se às trocas com a comunidade, a qual assiste.

Apesar disso, devido, principalmente, à histórica demanda reprimida por atenção médica (VIANA et al, 2014) e pelas consequências da falta ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como pelos problemas oriundos da baixa resolubilidade em todos os níveis de atenção, tais usuários assistem à manutenção do modelo centrado na doença, que lhes trouxe o desenvolvimento de um somatório de demandas por média e alta complexidade (PIRES et al, 2010). Essa prática reflete a fragilidade de muitos indicadores de saúde nacionais, que, sem adequada reversão, ressaltam o desafio de estabelecer por meio de equipes multidisciplinares práticas cotidianas de promoção da saúde como forma de contrapor a manutenção da doença e responder, com cuidado, à grande parte das demandas ainda não resolvidas numa rede, com incipiente formação.

É nesse contexto que, no Brasil, embora o Programa Saúde da Família (PSF) tenha-se tornado estratégia e até respondido crescentemente às expectativas do sistema de saúde, se entendeu que, para responder aos desafios atuais e sanar velhos males do sistema, alguns deles teriam que ser adequados por meio de planejamento estratégico e de atuação, minimamente, interdisciplinar e intersetorial (ANDRADE, 2006; SANTOS et al, 2018; AMORIM et al, 2014a, AMORIM et al, 2014b), mas se a formação que estrutura e mantém a prática não mudar, a promoção será sempre pouco resolutiva, posto que o centro das atenções são as patologias, e não as pessoas, para que fiquem, realmente sadias, positivando, dia a dia, a produção de bem-estar individual e coletivo .

Dessa forma, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, pelo Ministério da Saúde, tornou-se uma estratégia de corresponsabilizar a comunidade na produção da saúde, antes realizada apenas pelos profissionais da área (VIEIRA; FURTADO, 2010). Tal política objetiva envolver a comunidade, tornando-a partícipe da mudança de paradigma, da doença para a saúde, como forma de ressignificar a visão de trabalhadores enquanto detentores privilegiados do conhecimento, para uma construção da promoção como algo que emerge das trocas entre esses, do deslocamento de saberes e práticas entre quem cuida e é cuidado.

Tal política, recentemente revisada (BRASIL, 2014, p. 10), considera necessária uma mudança que favoreça o emponderamento da população quanto à promoção da saúde e, por isso, se estabeleceu ações oriundas de eixos específicos. Entre os eixos, a formação de recursos humanos (como também trouxe novos valores sobre as noções de subjetividade e a felicidade), que (re)afirmam o direito à vida e à dignidade e implica a pluralidade de visões e modos de viver, reificando o desafio de trazer ao debate da promoção novos elementos (como a arte) dentro das práticas de ensino e de saúde menos convencionais, as quais podem favorecer o desenvolvimento do pensar e criar ‘estéticos’. Da mesma maneira, as ‘Práticas Integrativas e Complementares’ (PICS), assim como a abordagem Sociopoética, permitem acessar-se uma perspectiva de cultura cuidadora, sensível, potencializando a prática da Educação Popular (SANTOS, 2016).

Minha experiência de graduação e como enfermeira de APS por cerca de 10 anos (antes da docência) me atreve a afirmar pelas oportunidades que vivi (de atenção e cogestão) e apoiada na literatura (SANTOS et al, 2006; SILVA; SAKAMOTO & GALIAN, 2014) que, a maioria dos profissionais, inseridos nos serviços públicos de saúde, define e impõe à comunidade o cardápio de ações ofertadas nas unidades básicas de saúde, já que isso não é geralmente discutido entre profissionais e gestores, e conseqüentemente com os usuários. Esse fato, se somado a veiculação da grande mídia e aos aspectos negativos da prática pública (nos serviços de saúde), cria uma imagem negativa do SUS e não lhes oportuniza entender os avanços e potencialidades do sistema como conquista de direitos constitucionais, mantendo a ausência de quem pautar fatores organizacionais e culturais e reflita sobre as determinações políticas e o que poderia acrescentar e qualificá-lo (ao invés de fazer parecer que o sistema privado é que é capaz de administrar bem). Esse é o principal limite nacional, a compreensão da importância e do exercício da cidadania!

Então, esses e outros aspectos interferem na adesão, uso, defesa deste sistema que é de todos, que é gratuito e universal, mas, que claro, pode e deve melhorar a cada dia. Pensando nisso, reflito, neste trabalho, se a formação em saúde tem mais contribuído para a promoção da saúde da população brasileira, corresponsabilizando as pessoas e os profissionais pelo efetivo cuidado ou, se na contramão das orientações das atuais políticas de saúde, tal modelo educacional reforça o poder e o saber do profissional, e não compartilha e troca informações efetivamente com o paciente que contribua para seu autocuidado e autonomia?

Considerando tais questionamentos, mas consciente de que o profissional da APS tem, geralmente, um maior conhecimento das determinações do processo de adoecimento, como dos fatores de proteção que a comunidade tem ou não adotado (alimentar, relacionados à atividade física, entre outros), esses futuros trabalhadores têm que buscar meios de ampliar, logo no início do curso, para serem inseridos nestas comunidades e melhor compreender esse elo entre a manutenção da saúde, ou ao contrário, o que vem a interferir negativamente na qualidade de vida da população e com ela discutir, refletir, incentivar boas práticas de autocuidado.

Paralelamente, no mesmo ano, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma os desafios alicerçados não apenas em ações curativas-preventivas-reabilitadoras, mas também em atos de promoção da saúde, por terem alta probabilidade de êxito e impacto, a longo prazo, nos determinantes sociais de saúde e doença. Entretanto, tal política - apoiada nos fundamentos da Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003 -, sugere a autonomização dos sujeitos como elemento capaz de operacionalizar o cuidado através da cogestão (BRASIL, 2009). Dessa maneira, cada um se responsabiliza por seu papel, mas a união de esforços individuais ampliaria a prática das equipes da rede SUS e seus alcances no bem-estar de todos. Mas para esses papéis dialogarem, o que falta?

No ano seguinte, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, criada em 2007, assinala as diretrizes para a educação em saúde dos trabalhadores do sistema e orienta a articulação de instituições formadoras junto ao SUS, consolidadas por meio de programas do nível central (BRASIL, 2007a), que oportunizam aos alunos atuar conjuntamente com preceptores e tutores no cotidiano do trabalho, em que se percebem a realidade concreta do sistema de saúde, seus avanços, impasses e desafios.

Como meio de fomentar a qualificação técnica e assistencial, como imprimir um (re)ordenamento prático do fazer nos serviços públicos de saúde, tais políticas são inseridas em práticas cotidianas de educação continuada e educação permanente. A primeira, a continuada (por meio de palestras, cursos de atualização, treinamentos e outros) é dirigida por iniciativas individuais geradoras de conhecimento a partir do saber-fazer do trabalhador como orientador de suas ações (SILVA, 2009 apud VIEIRA; FURTADO, 2010), enquanto a educação permanente busca trazer a inovação e aprendizagens protagonizadas pelo estudante e mediadas por parcerias de novos sujeitos

do ensino-aprendizagem, como o professor-tutor e o profissional-preceptor, a exemplo do Programa Saúde Escola (PSE).

Essas iniciativas políticas, entre outras, foram pensadas como alternativas governamentais para responder às incoerências das instituições relacionadas ao distanciamento acadêmico das concretas necessidades do SUS, considerando que a educação é um dos elementos centrais para a consolidação do sistema público brasileiro (HADDAD et al, 2008). Os autores ressaltam que a integralidade da atenção e os demais princípios do sistema se colocam como um direito não necessariamente garantido, como indica a lei, mas que a transdisciplinaridade e o exercício da clínica ampliada têm que tornar-se realidade nas Instituições de Ensino Superior (IES) a partir de uma prática menos teórica e mais operacional, mais crítico-reflexiva, capaz de atuar em qualquer nível de atenção.

Compreendendo-se que o PSE foi designado para criar uma nova cultura de cuidado, onde ainda, na academia, entende-se a teoria na prática, as Diretrizes Curriculares Nacionais, DCN, incentivam a inserção precoce do estudante no âmbito primário do sistema de saúde (PINHEIRO et al, 2008; HADDAD et al, 2009) a fim de fazê-lo compreender a determinação do processo saúde-doença em nível sócio-sanitário (comunitário e familiar) e, assim, reorientar o processo de trabalho da equipe, tornando-o mais poroso à inserção e autonomia do usuário no processo do cuidar, potencializando a resolução de parte expressiva de suas necessidades e demandas (BRASIL, 2009).

Contudo, outro potencial que políticas como essas permitem é a reconstrução e ampliação do saber entres discentes, preceptores, tutores e da comunidade, mediante trocas realizadas. O preceptor se insere nos projetos não exatamente em práticas que realizam em seu dia a dia, mas, ao fazê-lo, ensinam e aprendem, revendo teorias e práticas que ou não haviam tido oportunidade de fazer na academia, ou que há muito tempo não realizavam, além de, numa equipe multiprofissional, estar na condição de reordenar ou aprofundar sua experiência a partir dos novos núcleos de saber, compartilhados numa interseção ampliadora do conhecimento dos envolvidos. No entanto, enquanto for marginalizada essas questões da formação Teixeira (2004) ressalta que não há avanços numa mudança sustentável.

Por isso, a promoção da saúde, aspecto comumente pouco valorizado mediante técnicas alternativas à doença (do tipo ‘Corpóreas Lúdicas’ e através das ‘Práticas

Integrativas', principalmente) vem na atualidade - quando comparado à prática curativa e procedimental - buscando firmar-se frente às doenças instaladas, e busca, aos poucos, manter-se seja através da política de saúde desde 2006 (BRASIL, 2015), e principalmente em projetos de pesquisa e extensão universitária (YASUI, 2016) (que usam a figura do palhaço-doutor) desde 1986 em Nova York, e desde 1991, no Brasil (SIMAS, 2014).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, por ocasião da revisão de sua política (PNPS), em 2014, a promoção da saúde como conceito está associada a inúmeras estratégias e formas de produção de saúde, sejam individuais ou coletivas; de forma a articular e promover cooperação entre muitos setores, além de fomentar a intrassetorialidade na dinâmica institucional, como também a formação da RAS, visando favorecer tanto à equidade, como a qualidade de vida das pessoas, reduzindo, assim, suas vulnerabilidades e riscos, os quais são reafirmados todo o tempo devido a sua complexa teia de relações.

Mas, não sei se está claro para a maioria dos profissionais, estudantes e leitores, ou mesmo para os usuários dos sistemas de saúde, o que significa produção de saúde.

Nesse sentido, tal política, a PNPS, tem como valores o reconhecimento das subjetividades das pessoas e coletivos no curso da atenção à saúde, privilegiando-se o cuidado e a defesa da vida. Também é seu valor fomentar a solidariedade, a felicidade e a ética, como também o respeito às diversas formas de ser e agir, a humanização da atenção, a corresponsabilização, a justiça e a inclusão. Por fim, alguns últimos valores se dirigem a princípios fundamentais: a autonomia, a equidade, a participação da sociedade na defesa de seus direitos, o emponderamento social para que se possa agir sob o cuidado de si, a intrassetorialidade, fazendo operar a resolutividade, como também a integralidade, a sustentabilidade e a já defendida territorialidade.

O objetivo principal de tal política é promover a equidade e a melhoria das condições de viver, respeitando-se os modos de ser de cada cidadão e comunidades, incitando o desenvolvimento de suas potencialidades e, conseqüentemente, reduzindo, como afirmado anteriormente, riscos e vulnerabilidades, fatos que subjetivamente podem implicar na produção de saúde e qualidade de vida (SILVA, 2009; ABREU; ALONZO, 2018). Desse modo, os objetivos específicos guardam relação com as diretrizes, temas transversais e eixos operacionais, entre os quais a educação e a formação transversalizam a realização dos demais eixos, a saber: gestão, participação e controle social, articulação e cooperação intra e intersectorial; territorialização e rede de atenção à saúde; vigilância,

monitoramento e avaliação; comunicação social e mídia, como também a produção e disseminação de conhecimentos e saberes (BRASIL, 2015).

Tal publicação traz ainda oriundo dos aprendizados da PNPS anterior, marcos legais vigentes na esfera federal, como mediante acordos nacionais e internacionais pelo nosso país realizados através de oito temas prioritários, que se iniciam mediante formação e educação permanente, da alimentação adequada e saudável, das práticas corporais e atividades físicas; do enfrentamento do uso do tabaco e de seus derivados, como do uso abusivo de álcool e outras drogas; da promoção da mobilidade segura; como também da cultura da paz e dos direitos humanos, e ainda, da promoção do desenvolvimento sustentável, tema que, caso não valorizado, inviabiliza a realização de todos os demais.

Por esse motivo, numa abordagem teórico-filosófica e tendo por base as Diretrizes Curriculares, buscarei refletir sobre como temos feito nosso papel educador no sentido de apontar caminhos para um ensino (superior de saúde), mas da mesma forma humanizado, no Brasil e em Portugal, o que imagino deve seguir flexibilizando as adequações de matrizes curriculares, ao contexto de cada local, onde ocorrem os cursos, cada um com suas culturas e filosofias institucionais. Como apontaram Moreira e Dias (2015), concordo que fomentar, desde o início, a reflexão e o planejamento de abordagens e práticas de saúde como mecanismos de sensibilização sobre a complexidade das determinações de saúde, como para induzir à (co)gestão dos futuros profissionais junto aos gestores e a sociedade, é necessário, e possível. Fazer isso requer (re)discutir cultura institucional e, por isso o debate da subjetividade, mais uma vez, entra na pauta.

Entretanto, percebendo a necessidade de mudar o ensino, sobretudo na criação de uma cultura mais cuidadora, torna-se claro que será na promoção da saúde o salto que devemos buscar para assegurar às populações mais saúde e bem-estar, mas, para isso, aponto a necessidade de ampliar o conhecimento epistemológico sobre os conceitos de saúde e doença e, principalmente, sobre as diferenças e semelhanças entre promoção de saúde nas perspectivas da salutogênese e patogênese, e que pistas essa reflexão nos oferece como gatilho para as proposições futuras de novos modelos pedagógicos e métodos, assim como conceitos, para, então, delimitar a percepção de ‘bem-estar’ dentro de uma nova filosofia de formação de enfermagem e médica. Mas, antes disso, faz-se necessário entender o que são as DCN ou orientações curriculares.

Defendo, para fim desse trabalho, que o termo ‘Normopoiese’, quando usado, irá se referir para expor que cada ser humano tem um status-quo subjetivo de “normalidade”, ou seja, seria dizer que ser diferente é ‘normal’ e ademais, já não há dúvida - através da epigenética - que não há ninguém cem por cento igual a ninguém (MORIN, 2011), e entendendo isso, como não abrir espaço a compreensão das singularidades?

As raízes históricas dos rumos que a Medicina Científica tomou são explicitadas e bem fundamentadas, sob o ponto de vista da Bioética, por Botsaris (2011) quando ele descreve as dicotomias científicas do passado (no campo do conhecimento médico e de saúde) e detalha que, a partir do pensamento ‘científico’ de Newton e Descartes, as tensões nas áreas levaram ao litígio dos cientistas das correntes Vitalista e Positivista, em que a segunda contrapôs, lentamente, a primeira até marginalizá-la.

A teoria Vitalista vinha respaldando pesquisas sobre o conhecimento ampliado da Fisiologia e criação da Química, e mediante a criação de pós e extratos, que - entre outros desdobramentos - levou a criação do curso de Farmácia foi ganhando desafetos. Ou seja, aqui está claro, que há grande disputa de poder entre os grupos e correntes de pensamento, e isso não é novo. Assim, a partir do século XIX, a corrente vitalista ficou cada vez mais à margem, banuiu-se a Homeopatia dos Estados Unidos e visto que, com a descoberta do microscópio e a identificação da bactéria, por Pasteur, a ciência médica foi lentamente deixando o ‘simbólico’ expressar-se pouco e todo o conhecimento dele percebido e teorizado sendo tratado como não “científico”.

Mas cabe aqui um questionamento: Quem mais ganha com esta construção de “sentidos”? Tal ganho corrobora com a produção de sentidos midiática (CHARAUDEAU, 2012), que trabalha para captar mentes pouco informadas em termos científicos atualmente denominados “bioéticos”. Ou seja, nada acontece por acaso, por traz de toda informação-comunicação-notícia sempre há uma intenção, uma defesa de “lado”, e um ganho ‘monetário “associado”, com raras exceções.

Tendo em vista os efeitos de verdade, Patrick Charadeou (2012) chama a atenção para a “manipulação” da mídia, que pode, no entender desse pesquisador, dar significação a informação como ato de comunicação. O autor destaca que essa compreensão dialoga com o conhecimento produzido por Dudziak apud Varela-Varela (2007), que defende que há “sujeitos”, os quais de modo autônomo, aprendem e fomentam o aprendizado, pois

incitam a autodireção do aprendizado através da informação bem usada, de forma intencional, direcionada, com propósitos bem definidos. Tal fato, para Dudziak (2007), colabora para a produção de intervenções inteligentes, que retroalimentam valores e conhecimentos acerca do âmbito da informação-comunicação, sendo capazes de gerar informações e guiar os sujeitos desse debate a inovações informativo-comunicacionais e de até perceber e criar novos ‘valores de uso’ desses ‘saberes’ e dessas ‘necessidades’ informacionais.

Como falado, as Diretrizes Curriculares constituem orientações que as IES devem seguir na elaboração de seus currículos (CÂMARA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO, 1997) e ajustá-las à missão institucional e a realidade regional em que o(s) curso(s) forem implementados, sem contrapor as diretrizes nacionalmente definidas, com a adoção de disciplinas ou módulos.

O modelo hegemônico concentra seus esforços teóricos e práticos para evidenciar a doença e seus mecanismos de diagnose, tratamento e cura, quando é possível e, quando não é, sobre as opções de redução de danos e reabilitação do adoecido.

No entanto, devido à pouca resolubilidade de algumas demandas de saúde/doença, sob essa outra orientação paradigmática, se vem tentando contrapor tal modelo (ANTONOVSKY, 1979; ANTONOVSKY, 1987; ANTONOVSKY; SOURRANI, 1998; NEVES et al, 2005; ALMEIDA-FILHO, 2010; ANDRADE, 2006; SANTOS et al, 2018; ABED, 2006), no sentido de evidenciar uma ação mais integradora, em termos de ensino e de assistência, o que implicou anteriormente na inserção de novos termos como ‘cuidado’, o qual incita a discussão e construção de outros paradigmas a fim de produzir saúde, bem-estar e menos focar na doença, como ‘único’ objeto de intervenção.

Vários autores ressaltam à relevância de pensar o perfil desses profissionais de forma a adequar as diretrizes aos desafios do SUS e dos ensejos das instituições envolvidas na reorientação da formação em saúde (PINHEIRO; SILVA-JÚNIOR, 2010, PELIZZOLI, 2011, BARRETO, 2011, LUZ; BARROS, 2012, LAZARINI; SODRÉ; LIMA, 2014, FURLANETTO, 2015, MOREIRA; DIAS, 2015), pois, mesmo após mais de dez anos da implantação das DCN, ainda se percebe não se ter, no Brasil, conseguido dar conta de formar, expressivamente, profissionais adequados às necessidades do nosso sistema público de saúde (FURLANETTO, 2015).

Do geral para o específico, Moreira e Dias (2015) concebem que há muita similaridade entre os textos das DCN dos cursos de Enfermagem, Medicina e

Odontologia, que pautam sua estrutura sob: o perfil desses trabalhadores, as competências e habilidades que esses têm que adquirir, durante o curso, os conteúdos curriculares, além de abordarem os estágios e demais atividades complementares; a organização de cada curso e, por fim, o acompanhamento discente e sua subsequente avaliação, já assim definidas desde 2001 por ocasião do lançamento das diretrizes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, que guiaram a elaboração das demais DCN, para os cursos de saúde (BRASIL, 2001).

Tanto essa publicação quanto as oriundas da tese de Furlanetto (2015) destacam que tais cursos, devido serem os “escolhidos” desde o princípio para atuarem, preferencialmente, na Estratégia Saúde da Família, têm em si muitas similitudes, mas, claro, trazem suas especificidades segundo sua área concreta de atuação.

O estudo de Moreira e Dias (2015) destaca, especialmente, a necessidade de instâncias de mediação, como as exercidas pela integração ensino-serviço, via pró-saúde, para a real efetivação de políticas de estado e de governo, da legislação e das DCN como impositiva necessidade de adequação não apenas dos currículos da graduação, mas dos programas dos cursos como dispositivos capazes de tornar o que foi pensado nas diretrizes para que se reflitam as mudanças das ações rumo a um novo modelo de atenção nos cenários de ensino, nas experiências de aprendizagem e em seu exercício profissional. Tal compreensão é compartilhada nas publicações de Furlanetto (2015, 2014).

Contudo, Moreira e Dias (2015) apontam que no Brasil, quanto à cultura institucional, boa parte da responsabilidade (da operacionalização das ações de promoção da saúde tem sido viabilizadas) por meio de ações coletivas (comissões, interpretações legais, constituição de propostas e acordos), as quais tem contribuído para a manutenção dos modelos vigentes ou a necessária readequação dos perfis profissionais. Assim sendo, a dinamicidade de tais regras (internacionais, nacionais e loco-regionais) e avaliações de instituições, como o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), e a própria participação dos estudantes exercem, ainda, influência para a concretização das mudanças de práxis ou, contrariamente, para a perpetuação do modelo instituído de ensino e de atenção à saúde.

Isso será uma realidade quando estas situações apontarem que tais profissionais pautam seu fazer nas necessidades dos usuários dos territórios, bem como quando esses ingressam no mundo do trabalho, exercendo seus ofícios orientados por competências adequadas oriundas de sua formação.

As competências e habilidades comuns aos três cursos do estudo referem-se à: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e ao gerenciamento, assim como à educação permanente, as quais ela detalha na figura 1. Além desses elementos, os conteúdos de cada curso também foram aspectos debatidos e traçados mediante a construção do perfil generalista, que tais cursos devem assegurar como meio de os profissionais corresponderem a uma formação exequível às necessidades do SUS e, para tanto, foram repensados os cenários de ensino-aprendizagem de maneira a permitir aos discentes construir tais habilidades/competências para além dos campos das IES, conforme afirma Furlanetto (2014).

É importante ficar claro que todos esses aspectos configuram mecanismos de assegurar tanto a atenção, quanto a gestão, e sua continuidade na prática profissional, uma vez que é através dessas ações produzidas nos cenários que o aluno extrapolará os aprendizados do ensino para sua prática efetiva e continuamente, reconduzindo-as à ampliação desses saberes sempre que necessário. Moreira e Dias (2015) apontam que as DCN expressam a imagem-objetivo da ‘mudança de modelo’ e, por meio da regulação, a formação passou a estar no centro do debate no MS, favorecendo um perfil de competências adequado à ação integrada e corresponsável dos profissionais; tais mudanças tiveram ampla participação da Rede Unida, a qual expressava movimentos como o Projeto ‘Integração Docente-Assistencial’ (IDA), que, durante a ditadura militar, explicitou a fusão de outros movimentos de contraposição e resistência às posturas impositivas da época, mas que não oportunizou a realização de parcerias, como agora.

Mas, é importante destacar que assim como na Regulação da Formação Mendes (2014, p. 42) faz duras críticas à Regulação Assistencial e declara que, entre os principais desafios do SUS, está a constatação de não haver, de fato, mecanismos regulatórios, ou de havendo serem esses tão burocráticos e complicadores da governança, que colaborariam para a desqualificação da gestão. Na verdade, acredita-se que a autonomia profissional impede, em parte, qualquer tipo de controle de mecanismos de regulação (auto-governabilidade).

Esse autor afirma que nosso marco regulatório esgotou-se por ter sido construído mediatizado pela gestão da oferta e não das necessidades de saúde, como também porque, em meio a nossa cultura institucional, não se basear em bons mecanismos de comunicação, por ocorrer em vários pontos de atenção (sem ter clareza de um ponto de coordenação), por desprezar a estratificação de risco e, principalmente, por não incrementar ofertas condizentes aos reais imperativos do SUS.

Precisa-se, portanto, assim como a PNPS incita, racionalizar melhor tanto a oferta quanto a demanda e até o que não se percebe enquanto necessidade, para criar-se uma inteligência regulatória, integrativa (das duas racionalidades), hegemônica (curativista e reabilitadora) e não-hegemônica (preventivista e vitalista), de maneira a qualificar a atenção por meio da gestão da regulação em menores bases populacionais, considerando os riscos sócio-sanitários (MENDES, 2014) e adicionar outros elementos que as políticas atuais ressaltam (socio subjetivos).

Entende-se que abordagens macropolíticas nacionais (SANTOS et al, 2018) como a Política LGBT, a Política voltada à População moradora de rua, à Política de Saúde Indígena ou Negra, à Política voltada as populações do campo, da floresta, da população ribeirinha, à População Portadora de Deficiência, entre outras, corroboram para ampliação das linhas de cuidado e para inter-relacionar tais racionalidades, de forma a atuarem de forma integrada e ampliada (para além dos aspectos biológicos), como forma de expressão das singularidades de todo, e qualquer sujeito social, anteriormente e individualmente, marginalizado ou excluído.

Destarte, este trabalho destaca **dois blocos de aspectos centrais**, dialógicos e complementares, que pressupõem na minha fundamentação, em que proponho transversal e hermeneuticamente, um olhar dirigido a essa condução prática voltada à integralidade da atenção: **o olhar sobre a subjetividade e a autonomia**, paralela **ao planejamento intersubjetivo do cuidar**, para que se possa auxiliar o usuário a planejar/elaborar, conscientemente, o cuidado de si, que é possível de operacionalizar (para a maioria das pessoas) de forma autônoma na maioria das situações de vida, incluindo as ações ofertadas pelos serviços de saúde, de prevenção e promoção, principalmente. Um planejamento com o usuário, não para ele; não prescritivo/impositivo/irreal, mas com ele traçado e baseado em suas dificuldades e condições (maiores ou menores) de reação, identificando conjuntamente apoios/entraves e formas de resistir/persistir (e bem agir).

Os dois blocos de aspectos centrais englobam a **complexidade** e se dirigem à questão **individual** e **aos aspectos interacionais** (portanto coletivos). O outro ponto se insere no debate da Comunicação em Saúde e das Artes e Práticas Integrativas (que versam sobre o cuidar com olhar intercultural e que podem integrar o científico com os saberes ancestralmente criados antes da hegemonia da ciência). Nesse sentido, temas da área de humanas são necessários e potentes para sensibilizar e (co)responsabilizar discentes-docentes-comunidades quanto à defesa da vida e adequada (co)gestão do cuidado. Ou seja, eu reafirmo, como apontava Morin (2002), sobre aquele necessário

exercício de religação de saberes e, mais adiante, aponto algumas pistas de como operacionalizar este fazer, sem tirar a autonomia individual e dos coletivos, mas de ser com ele parceiro (no ato do cuidar-se).

Para isso, o debate da complexidade, da integralidade e das perspectivas estéticas do cuidar encontram no espiral do Modelo Pato-Salutogênico (adiante descrito) todas as principais ciências (que influem em nossas práticas), a partir das quais ajudo a **defender** (PENNAFORT et al, 2012; BRANT et al, 2014) a inclusão nos currículos da **perspectiva vitalista** por meio da **inclusão de conteúdos** ancorados no **Paradigma Estético** ou na **Educação Estética**, como as **PICS** e as **Artes**.

Entre essas **destaco nesse trabalho**, sobretudo a **Teatral**, como ferramenta metodológica educacional (WUO, 2005) culturalmente usada em muitas nações e que representa bem o olhar e o cuidar holístico que se pode realizar, e sem efeitos adversos (em potencial), para somada à perspectiva dominante, biomédica, ampliar o olhar cuidador, expandir o olhar diagnóstico sobre os aspectos simbólicos, ensejando um cuidado mais complexo e humanizado. Percebo nas literaturas em Ciências da Saúde uma boa fundamentação do Direito em Saúde, da Sociologia em Saúde e, uma pouca concentração das abordagens da Psicologia (sobretudo das pautadas na visão hermenêutica), no Currículo do Médico e do Enfermeiro, o que ajuda a justificar a manutenção do poder do Paradigma Biomédico frente aos demais e reforçar o tecnicismo.

É importante dizer que a **perspectiva vitalista** foi, na criação do campo da Bioética, evidenciada por Potter (2016) para que se pudesse criar meios e modelos defensores do **Cuidar Holístico**. Tais elementos são necessários à atenção qualificada e aproxima as políticas já amplamente incluídas (FURLANETTO, 2014) à melhor compreensão de outras, não tão claras, em alguns aspectos, que somadas aos elementos da Política Nacional de Humanização favorecem a possibilidade de assegurar, concretamente, além do perfil generalista, humanista, com olhar complexo e adequadamente crítico e reflexivo.

Nesse particular, o âmbito da Atenção Primária passa a ser campo obrigatório dos cursos de Medicina, de forma que, assim como nos demais cursos, tais estudantes transitem até o estágio nesse âmbito, e nos serviços de atenção às urgências e emergências, além de incorporarem, segundo Furlanetto (2014), os eixos de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde às suas práticas de formação.

Ela complementa em termos de regulação o componente ‘Educação Permanente’ expresso na portaria GM nº 198, a partir do qual o aprender e o ensinar ocorrerão nos

ambientes de trabalho e nas lógicas das organizações, de suas gestões, nas quais as práticas se realizarão. A autora ressalta também os quatro pilares da educação, a partir dos quais faz sentido a aprendizagem significativa (solidária e libertadora) (FREIRE, 2009) em que cada indivíduo possa aprender a ‘conhecer’, a ‘fazer’, a ‘conviver’ e a ‘ser’, aspectos elaborados para o relatório Delors, destinado à Comissão Internacional sobre a educação para o século XXI, da UNESCO.

Capítulo 3

7. MÉTODO

Tais reflexões destinaram-se a abordar parte de uma pesquisa maior através de um estudo exploratório, descritivo e explicativo, realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), mediante abordagem qualitativa, em que o planejamento do estudo ocorreu na comparação de múltiplos casos, entre sistemas de saúde na Ibero-América. Tais estudos de múltiplos casos são realizados no intuito de entender como as trocas dos aprendizados, oriundos das reflexões entre as práticas de saúde (e neste caso de ensino e sua gestão) e quais orientações qualificam, ou não, ambos os paradigmas orientadores das práticas dos sistemas de saúde, e que aspectos contribuíram para a efetivação de atos de promoção de saúde ou explicam a sua não realização.

As pesquisas exploratórias são, segundo Handen, Matioli e Pereira (2004), as que, comumente, proporcionam uma familiarização com o problema e na tentativa de discutir o objeto de estudo para torná-lo explícito; tais pesquisas oportunizam o aprimoramento de ideias acerca do assunto, como também a realização de descobertas que o pesquisador faz devido a suas intuições e dedicação na explicação de tais fenômenos, por meio, geralmente, de pesquisas bibliográficas e estudos de caso.

Como estudo descritivo, tais autores ressaltam que essas pesquisas objetivam a descrição de características de um dado fenômeno (em realidades específicas), ou características populacionais, e também caracterizam relações observadas entre variáveis, que o questionário ou a observação sistemática permitiu, através do dado e da literatura, conhecer, contextualizar e comparar. Como pesquisa também explicativa, tal estudo buscou explicar certa razão entre os fatos, contextualizando à medida que se descreveu, analisou e fez uma profunda reflexão pautada nos dados coletados, mas, ainda, nos contextos das produções sobre o tema.

Em Estudos Qualitativos de Múltiplos Casos, Yin (2001) considera unidades de análise os países e as experiências específicas destes, que, no caso deste estudo, comparou as técnicas que indicaram as orientações e estratégias de ensino na prática profissional de promoção de saúde. Além de comparar as práticas (de ensino médico e de enfermagem), descreveu e relacionou às mesmas as ações cuidadoras existentes em cada país; as dimensões formativa e simbólica foram elementos centrais na análise que possibilitou compreender de forma crítica e reflexiva quanto esses elementos influíram no contexto institucional de cada país, em virtude de formular hipóteses e desenvolver teorias que

apontem novas evidências científicas capazes de orientar novos estudos e práticas (HANDEN; MATIOLO; PEREIRA, 2004). Nesse sentido, utilizei estudos comparados de práticas portuguesas e brasileiras, em que se ressaltam especificidades (SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014; MENEZES-JUNIOR; BZREZINSKI, 2015) de cada caso.

O estudo foi realizado no âmbito de um Projeto de Estudos Comparados sob a coordenação da professora e orientadora Maria Fátima de Sousa, como parte de Pesquisa executada pelo NESP/UnB, a qual se encontra aprovada no Comitê de ética e pesquisa (CEP) sob número 084/12. A terceira fase do estudo ainda está em andamento, porém em se tratando de Portugal, o mesmo já fora contemplado na segunda fase do Projeto.

Esses autores explicitaram que os resultados dos estudos de casos, geralmente, não apontam conclusões, mas caminhos que podem reorientar os processos em cada lócus do estudo. Os autores dizem que, se a pesquisa for um estudo causal comparativo, pode também explicitar relações sobre como ocorreram os fatos, por que motivos aconteceram, como foi neste estudo.

Já, acerca da análise documental, Handen, Matioli e Pereira (2004) explicam que a finalidade dos documentos ocorre para que esses possam ser úteis para esclarecer ou elucidar questões que seus conteúdos trazem revelando, por exemplo, os fatos numa perspectiva de contexto histórico, como também para serem usados como provas sobre aspectos relevantes descritos pelo pesquisador, entre outras questões.

Esses autores, parafraseando Minayo (1994, p. 22) ao definir pesquisa qualitativa, declaram que, na “impossibilidade de investigar e compreender por meio dos dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade”, pode-se com base nos significados percebidos nas relações entre os sujeitos, inferir hipóteses que assinalem pistas sobre como qualificar os aspectos frágeis apontados nos dados qualitativos do estudo (as limitações, que nesse caso buscou-se sanar por meio de um olhar hermenêutico) (ALVES, 2006; GADAMER, 2011; GADAMER, 2015; GADAMER, 2017; BARRTETO, 2017).

Nessa conjuntura, cada país (ou experiências específicas) dentro dos países do estudo constituíram unidades de análises, em que Yin (2001) considera que o estudo pode conter mais de um caso único, e o conjunto dos casos constitui-se em um projeto de casos múltiplos. Nesse sentido, únicos casos podem envolver mais de uma unidade de análise, na compreensão do fenômeno (que paradigmas de ensino orientam quais práticas de promoção de saúde?); ou seja, buscou-se interpretar na realização ou não das ações de

promoção da saúde (no ensino da APS de cada país), quais são as suas influências, do contexto formativo (superior) público?

Para tanto, todos os passos orientaram a trajetória da análise dos fatos observados e descritos (com apoio dos documentos) utilizados nos países da comparação, em que se expuseram os casos brasileiros e estratégias similares (de Ensino da Promoção de Saúde) em Portugal, cenários da pesquisa.

O estudo, portanto, analisou o contexto de dois países, em que a coleta de dados realizada, a revisão de literatura e a análise documental permitiram, em conjunto, a análise comparada de múltiplos casos, que ocorreram no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Assim, a pesquisa utilizou o método qualitativo e teve, em seu universo de análise, dois países: Brasil e Portugal, entre os quais esses se inserem numa pesquisa maior intitulada **“Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil, e seus similares em Portugal, Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru e Venezuela ”**. A coleta de dados foi realizada a partir de visitas às instituições de serviços e de ensino (de saúde), em que como instrumentos para coleta utilizaram-se, entrevistas para conhecer a realidade dos fatos (com uso de roteiro semi-estruturado).

A análise do dado empírico foi realizada mediante análise de conteúdo e teve uma matriz orientadora, em que, na Política de Saúde e de Ensino de cada caso, observaram-se elementos como: a universalidade, a equidade, a integralidade, a intersetorialidade e a participação social. No item Organização do Sistema e dos Sistemas de Serviços de Saúde foram analisados: o acesso, a gestão do processo de trabalho e o princípio da integralidade e entre os Sinais da Realidade (enquanto evidências da pesquisa), se pode descrever o uso ou não de indicadores para o monitoramento e avaliação, os aspectos relacionados à sustentabilidade das práticas realizadas, os relativos ao Trabalho em Rede, à Coesão Social e ao Compromisso com essas sociedades.

Ainda, de forma complementar, outras categorias puderam compor a análise, como: os conceitos de Promoção e Prevenção em Saúde em cada país, a descrição e reflexão de quem tem a decisão política, a autonomia desses sujeitos e como ocorre a implementação da promoção da saúde ao nível nacional, nos cenários do estudo, como também o uso de redes sociais em promoção da saúde, entre outros que surgiram do dado.

Os critérios de inclusão e exclusão consideraram: fazer parte de municípios brasileiros com unidades em área de vulnerabilidade social em cada capital. Para selecioná-las, consideraram-se: as que tinham NASF ou apoio matricial e equipe que

aderiu ao PMAQ e outra que não tinha tais características; paralelamente, procedeu-se agendamento e visita às secretarias municipais dos estados para realizar a coleta e, ainda, buscaram-se os casos entre as experiências dos outros países para verificarem-se ações e projetos estratégicos similares, segundo suas formas de gestão e organização (princípios e valores), para após realizar-se a análise propriamente dita, em que houve elaboração de relatórios parciais e final, como publicações destes, enquanto que os critérios de inclusão e exclusão (em Portugal) foram os similares aos aspectos brasileiros.

Além de informações impetradas em sites das instituições de cada país, procedeu-se a busca eletrônica em periódicos oriundos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que compreende a plataforma Lilacs, Medline, Cochrane Library, Scielo e Pubmed. As palavras-chave foram “integralited primary care”, “health promotion”, “atención primaria integralited” e “Promoción de la Salud”, as quais geraram um banco de publicações que, analisadas à luz de documentos selecionados e dos dados empíricos da pesquisa, permitiram a análise pautada na singularidade das experiências no âmbito primário de atenção nos países.

Como sujeitos do estudo, fizeram parte dois grupos: o grupo I foi composto por trabalhadores de saúde, enquanto que o grupo II se constituiu de informantes - chave dos Sistemas de Saúde dos países comparados. Para tal, entre as técnicas de coletas de dados, utilizaram-se a entrevista semiestruturada, a observação do contexto e a análise documental. Os aspectos éticos da pesquisa foram condizentes com os aspectos ético-legais e com a aceitação de participar da pesquisa com assinatura do participante em termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado no Brasil e também durante a visita a Portugal.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2010 a junho de 2012 (RELATÓRIO DA PESQUISA ESTUDOS COMPARADOS, 2014) e essa foi analisada em um primeiro momento, mas em função do objeto deste estudo inserir-se num contexto de grande complexidade, requereu uma segunda análise para complementar os aspectos relacionados à subjetividade de cada pesquisado e suas formas de subjetivação a partir do lugar onde, cada um, fala (gestão, trabalhador da rede de saúde, trabalhador do ensino na saúde, e outros), ao tratar dos fatos analisados (dos modelos de ensino em saúde). Para tal, como exposto, entre as técnicas de coletas de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, a observação do contexto e a análise documental.

Nesse sentido, como resultado do estudo, foram discutidos alguns aspectos que, devido ao compromisso com o tema ‘humanização’ e por vê-lo, enquanto política

brasileira transversal e imprescindível para a realização da promoção da saúde, apontaram caminhos metodológicos possíveis de integrar e de como (a partir da compreensão da cultura institucional formativa de cada país e, também pessoal de cada docente, trabalhador de saúde e aluno, que interagem no processo de ensino), fomentar um ensino híbrido, humanitário e comprometido com a qualificação dos sistemas de saúde dos locais onde a pesquisa foi realizada.

Por esse motivo, focou-se nessa pesquisa em aspectos macropolíticos e micropolíticos, enquanto políticas e práticas (de ensino da promoção), a *priori*.

Por fim, foram analisadas, nos resultados que seguem adiante, todo o processo e os achados da pesquisa à luz da discussão teórica e dos aspectos políticos, organizacionais e simbólicos dos dados empíricos (por meio dos sinais de realidade) e, através da tese, produziram-se artigos e sínteses, além de produtos, sobre a relação entre a promoção de saúde (inclusive com enfoque de humanização) e os paradigmas de ensino na área de saúde.

Ao longo da produção da pesquisa, foram elencados os principais elementos macropolíticos e micropolíticos comparáveis e representativos dos modelos patogênico e salutogênico, a seguir descritos, para efetivamente iniciar a comparação desses aspectos nos países:

- **Elementos macropolíticos:** aspectos legislativos e aspectos organizacionais dos sistemas de ensino e de saúde, em que os atores constroem suas culturas
- **Elementos micropolíticos:** aspectos das práticas de ensino e da prática de saúde destas

Quadro 1 - Relação de elementos presentes no dado empírico e comparáveis em termos de modelos e paradigmas de promoção de saúde.

Elementos comparáveis por país	Brasil	Portugal
Macropolíticos		
Aspectos Políticos e Organizacionais	X	X
Autonomia	X	X
Subjetividade	X	X
Atuação em Rede	X	X
Intersetorialidade	X	X
Micropolíticos		
Prática de ensino	X	X
Prática de saúde	X	X
Autonomia	X	X
Subjetividade	X	X

Elaboração da autora

Capítulo 4

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES

8.1. PERSPECTIVA EDUCATIVA PATO-SALUTOGÊNICA

Introdução

De acordo com os objetivos do estudo, os resultados foram divididos em 03 categorias dadas a priori (políticas, organização e sinais de realidade), as quais segundo o que emergiu do dado, formou 02 categorias empíricas para realçar conjuntamente as Políticas (mais ou menos integradas) (de Ensino e de Saúde) e, ainda, a Organização dos Sistemas e Serviços de Ensino e de Saúde (que também vem buscando estar integrados) a partir da discussão das Políticas de Ensino Tradicional e Políticas de Ensino Construtivista, enquanto Sinais da Realidade. As atuais Políticas de Saúde ligadas ao ensino médico e de enfermagem são no Brasil ancoradas principalmente no Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015) e em Portugal no Licenciado Médico (PORTUGAL, 2005), entretanto em ambos países a integração entre o sistema de saúde e o sistema escolar vem subsidiando novas formas de cuidar e ensinar.

Em termos de Organização de Sistemas e Serviços de Ensino e de Saúde tanto o sistema brasileiro, o SUS, como o Sistema Nacional de Saúde (SNS) (português) continuam a organizar seus sistemas principalmente em torno da prática médica, o que reforça o modelo biomédico, para então pensar a oferta programática desses trabalhadores aliada a prática dos demais profissionais de saúde, na APS, entre eles dos enfermeiros e odontólogos, principalmente (FURLANETTO, 2014; AMORIM et al, 2014a) com o detalhe de que todos devem estar atuando concomitantemente no território desse âmbito e instituindo parceria com o sistema escolar (CARRONDO, 2006; FURLANETTO, 2014; FURLANETTO, 2015) (o que é recomendado), mas que é dependente de forças não apenas externas, por decreto, mas pela vontade, atitude e empenho pessoal (AMORIM et al, 2014b) dos interagentes.

Entretanto, embora na racionalidade majoritária (hegemônica e patogênica) a oferta e a procura ocorram em torno de consultas dos profissionais relacionadas aos ciclos de vida e problemas de saúde vem sendo incentivadas e iniciadas, também, ofertas de serviços centrados em práticas integrativas e humanísticas (REIS, 2012; SILVA, 2015; DEUS, 2016; PENNAFORT et al, 2012; BRANT et al, 2014), em que o foco profissional

não necessariamente está centrado nas práticas de um profissional específico, mas em qualquer profissional capacitado e que ofereça cada prática singular.

Nesse sentido o Brasil tem em suas políticas atuais pautas de humanização, promoção da saúde, integração mente-corpo, entre outros enfoques, segundo as necessidades percebidas das culturas de seu povo em cada região, como a Política LGBT, a política voltada a população ribeirinha, a política antimanicomial e a política destinada a população moradora de rua, mas embora se esteja discutindo e recomendando, ainda não é obrigatório ensinar PICS no ensino médico e de enfermagem; mas o COREN já recomenda.

Constatou-se que no Brasil a oferta legal é de 29 PICS e em Portugal 07 TNC e seja hegemônica (consultas médicas, de enfermagem e de odontologia, procedimentos e atividade de prevenção e promoção de saúde) ou não, a prática profissional sofre influência das Prática de Ensino e vice-versa (SILVA, 2015; PENNAFORT et al, 2012; BRANT et al, 2014), uma vez que para haver oferta tem que haver conhecimento, habilidade e aptidões para praticar as duas racionalidades, contudo, ainda não sendo obrigatória a oferta de PICS/TNC, principalmente pela relativa difusão que foi pouca na formação desses trabalhadores, essa oferta de ensino constitui um desafio no Brasil e em Portugal.

Perspectiva integral integrada pelas racionalidades biomédica e não biomédica

Nesse estudo de múltiplos casos o principal resultado destacou, como veremos, os aspectos relacionados à sustentabilidade das práticas de promoção de saúde realizadas no mundo do trabalho, ambiente esse composto, também, por atores do sistema educacional (professores, alunos e demais interagentes nesses locais de sua realização).

Considerando o referencial de Promoção da Saúde em nível global (LEFREV & LEFREV, 2004; ENGEL, 1977; ANTONOVSKY, 1987; ARROYO, 2010), entre outros, mas entendendo a salutogênese como modelo ideal para avançar na construção de novos tipos ideais de modelos (aliado ao modelo patogênico), mediante as críticas e reações ao modelo vigente (também dito biomédico), e ainda devido a sua interlocução com o Modelo de Saúde Mental brasileiro, percebi que em ambos os cenários (Brasil e Portugal), o referencial dos dois modelos (patogênese e salutogênese) favorecem uma ampliação da visão promotora de saúde, mas que os ‘modos de fazer’ serão sempre únicos e contextuais. Isso me motivou a construir essa teoria não para desconstruir um modelo

qualquer que haja, mas para com eles dialogar e provocar os humanos - em ato - a pensarmos novas formas de utilizá-los. De tal modo, como humanos, com capacidades cognitivas, não precisamos nos sujeitar a quaisquer regras, afinal somos nós quem as criamos e podemos reconstruí-las. Então, a proposta aqui é repensar/reformular os pensamentos e ações frente aos modelos que usamos e, assim, mudarmos as maneiras de gerenciarmos a (co)gestão dos processos (cognitivos, gerenciais e administrativos) modelares.

O que se propõem é buscar meios como a Sociopoética (SANTOS, 2016), como teoria que dispõe de métodos que usam ferramentas simples, mas complexas e criativas para ensinar, pesquisar e comunicar saúde e vida (com a comunidade) ou que possamos dispor de outras ferramentas corporais (BOLOGNESI, 2001) (como das PICS e do Paradigma Estético), a exemplo da Análise Bioenergética, da Biodanza ou mesmo do Teatro (WUO, 2005; SANTOS, 2016; BARRETO, 2017; DEUS, 2016; SILVA, 2015), como meios de aguçar a consciência de si, para aguçar também o recíproco de todos nós, uns com os outros. Por isso, se buscou criar um ‘modelo analítico’ de realidades percebidas individual e coletivamente, para, por meio de ferramentas como o Círculo de Consciência, podermos problematizar minimamente com leveza e arte (com música, corpos em contato com corpos, olhos entre olhares), a dinâmica dual de sentidos e significados de fragilidades, vitalidade e potência.

Para isso, dentro da teoria, além da comparação, há também um uso aplicado da mesma que provocou sua criação (descrita em dois momentos na tese - na apresentação pessoal da autora e também no curso da escrita e análise do dado -, pelo ‘círculo’ mediado), ou seja, tal círculo foi testado por quem o idealizou e requer futura validação, para que se possa dispor de forma mais coerente para seu uso. Claro, não foi pensado para ser uma ferramenta de apoio analítico que substitua as funções profissionais (e nem poderia), mas para buscar auxiliar em possíveis saltos de entendimento de seres que pensam, sentem, agem, (mas, que no curso da produção dos afetos/desafetos, nem sempre têm como digerir bem as interações humanas). Nesse sentido, é um estudo comparativo (YIN, 2001) mediado por um olhar fenomenológico (ALVES, 2006).

O modelo criado para colaborar na reafirmação da proposta já vigente na área de saúde mental brasileira (através da Clínica Psicossocial) (MOTA, 2013), aliada ao referencial da salutogênese (ANTONOVSKY, 1987), é visto como um potencializador de processos de (co)produção de autonomia e consciência, ou seja, espera-se que possa contribuir como maneira de levar às demais pessoas e áreas do conhecimento a

construírem Modelos de Educação Salutogênica ao longo do tempo (pois a vida é dinâmica, as pessoas passam e suas ideias ficam e modificam-se).

Para tanto, a proposta é fomentar a criatividade de docentes, estudantes, comunidades e usuários de maneira a contrapor o excessivo tecnicismo, mas, dentro de sua utilidade prática, dar poder a todos de expressar melhor suas singularidades, reforçar a(s) criatividade(s) e, portanto, de apenas apontar caminhos sutis de profundo diálogo com o lado humano potencialmente (co)criador de infinitas possibilidades (apoiados ou não em modelos como o Círculo de Consciência), modelo de análise criado para ser usado como ferramenta pedagógica de como auto(pesquisar)-se e de como usar referenciais das PICs e das Artes (Arte Teatral, da Arte-Educação e Arte-Terapia) (WUO, 2005; MOTA, 2013; BOLOGNESI, 2001; BARBOSA, 1988a; BARBOSA, 1988b; TORO, 1999; LOWEN, 1982; SANTOS, 2016; BEZERRA, 2001, BARRETO, 2017; DEUS, 2016; SILVA, 2015) para iluminar a consciência de cada um, na busca do autoconhecimento, como afirmam Goswani (2006), Goswani (2011), De Biase (2011) e Oliveira (2011) e outros, e do reforço dos vínculos.

Entendemos que tais autores apontam desfechos clínicos a desvelarmos com ajuda terapêutica e também a partir de uma busca pessoal por esse entendimento profundo de nossos sentidos e significados (fortalecedores) e geradores de energia vital, compreendendo o fortalecimento do nosso SOC (numa perspectiva salutogênica) (ANTONOVSKY, 1979) ou do nosso SELF (numa perspectiva psicológica) (ENGEL, 1977), como também de nos conscientizarmos do poder da integração significativa (das pessoas, dos saberes, das forças individuais e societárias) e outras (espirituais ou transpessoais) (WATSON, 2007), que apontam o desenvolvimento da espiritualização (como um recurso pessoal para além de abordagens religiosas separadas) que nos capacitam a usufruir (de um poder pessoal) que inclusive pode ser curativo (holding) (WINNICOTT, 1975), mediante algum tipo de “suporte”.

Portanto, considerando que todo ser humano é único, é válido pensar uma (co) produção convivencial, a qual requer planejamentos de quem irá construir essa nova maneira de conviver e compartilhar um espaço de (co)gestão desse viver com. Para isso, a criação do Círculo de Consciência foi pensada para ter a função de dar apoio (individual e coletivo) no exercício conjunto dessa decisão e convivência (entre ideias, dos pares humanos) por onde possa ser adotada como modelo analítico (pretensamente explicativo) dos modos de subjetivação dos interagentes (que assim o quiserem usar para explicitar

seus pensamentos, sentimentos e ações conscientes) sobre sua relação e experiência de vida.

Essa criação se justifica posto que há uma lacuna no seio da criação do Paradigma da Complexidade e seu autor nos apresenta essa provocação teórica (MORIN, 2001a; MORIN, 2001b), que ao aceitar e dar essa contribuição, espero que possa desencadear uma utilidade teórica, pedagógica, metódica (com liberdade a cada um) para com outras contribuições de escolas, campos e áreas também híbridas melhor pautar a integralidade e a complexidade (a partir de elementos estéticos, enquanto sugestão), a exemplo: do construtivismo Piagetano (PIAGET, 2003), da complexidade Moriniana (MORIN, 1999), da Salutogênese Social e Humanística (ANTONOVSKY, 1979) das Psicoterapias Corporais (Biodanza, Bioenergética), além da Sociopoética (SANTOS, 2006), dos fundamentos da Educação Estética da Antroposofia (DEUS, 2016; SILVA, 2015) e da História do Teatro (WUO, 2005), que se hibridizam entre o psicológico e o biológico (entre a mente e o corpo, portanto), como na Teoria Winnicottiana (1975).

Como assegura Morin (2001a) e Morin (2001b), mesmo os gêmeos homozigotos são singulares seres, têm suas próprias vontades, têm suas preferências e têm necessidades individuais (mesmo com sua carga genética identicamente compartilhada); entretanto, somos levados a relegar essa singularidade, a homogeneizar nossas expressividades a fim de nos encaixar no ser “social” que, porventura achamos que somos ou desejarmos um dia ser.

Assim, refletir sobre: que humanidade é essa, onde fica a liberdade de ir e vir, a liberdade de expressão, a liberdade de ser (só você diante das regras sociais e institucionais) e pensar, que graça tem ser como o outro, ser como o outro quer, ser como a instituição porventura quiser, pois se é isso que é ser humano, acho que não sou uma igual.

Claro, para se conviver, há de ter respeito ao outro como a si mesmo; mas, no meio do caminho, cabem algumas perguntas e provocações, como: quem somos, quem és e como (com)vivermos melhor?

Percebo a necessidade de enquanto docente contribuir com a interprofissionalidade (notadamente em qualquer ciclo de vida, onde os grupos expressos ou excluídos se apresentam como pessoas em busca de carinho e cuidado). Entretanto, é para o âmbito da vida e não apenas dos serviços de saúde que faço este trabalho, para tentar, assim, contribuir para consolidação de forma mais significativa das boas ações realizadas nos equipamentos de atenção psicossocial brasileiros e no âmbito primário da

atenção ao propor ampliação desta exitosa teorização psicossocial e para que toda ela dialogue e se expanda ainda mais e seja levada a toda a população, que o profissional de educação e saúde desejar. Essa é uma teoria híbrida, libertária, dialógica, que apenas quer dar pistas metodológicas ao leitor, ao educador, ao professor, ao cuidador, ao ser humano singular.

Entretanto, embora o paradigma psicossocial (da Reforma Psiquiátrica Brasileira) seja o mote disparador no Brasil de minha teoria, é no âmbito lusófono (Portugal) que se tem melhor circulado e evidenciado a produção do conhecimento sobre minha opção de promoção de saúde (a salutogênese).

Inicialmente, o que percebo como necessário é, antes de tudo, a revisão da orientação política da formação em saúde, a qual tanto no Brasil como em Portugal se manifesta de forma organicamente tecnicista a partir da adoção do referencial cartesiano, que fomentou o paradigma educacional desde três e quatro décadas passadas.

Consequentemente, como forma de pautar as oportunas reflexões das áreas da Psicologia, que muito me respondem questões pessoais, para aliá-las a outras que lhes confira robustez, agreguei outros paradigmas da Física Quântica (GOSWAMI, 2006; GOSWAMI, 2011), da Bioética (PELIZZOLI, 2007; PELIZZOLI, 2011), da Integralidade (SANTOS et al, 2018) e da Arte (GUATARI; ROLNIK, 1996; WUO, 2005; MAMMERLY, 2006), pois ambos fazem sentido juntos e aprofundam o referencial da Salutogênese em todo o mundo.

Além da análise das diretrizes curriculares dos dois cursos (Enfermagem e Medicina) para orientar a análise documental das instituições formadoras e a análise empírica, foi fazendo sentido ao longo do doutoramento pensar ações pedagógicas de maneira a permitir a mim e aos colegas tornar possível implementar esse tipo de proposta (salutogênica) sem, necessariamente ou totalmente, depender de políticas governamentais, mas de com elas colaborar para a mudança de modelo de atenção.

Outrossim, considerando a revisão de objetivos da pesquisa, acrescentou-se para fins de contribuição global, para além dos países (na ótica da Salutogênese), uma revisão parcial da análise de parte da literatura científica global sobre o ensino da salutogênese por entender que esse trabalho tem potencial para ser, ainda, uma teoria inovadora no Brasil e na América Latina, já que esse paradigma é pouco difundido nesses países (que adotam a língua portuguesa) e por considerar um desafio aos sistemas de saúde conhecê-lo, debatê-lo e agregar, se oportuno julgarem, as indicações e reflexões desse paradigma de promoção de saúde.

Assim, os resultados apontam no Brasil e em Portugal, que o modelo que prevalece nos dois cursos de saúde que compõem o estudo comparado, ainda é o modelo biomédico, mas, apesar disso, o dado evidenciou também que há possibilidades na oportunidade mostrada no Brasil com o uso das práticas integrativas e do teatro (para causar uma compreensão de que saúde é mais que doença monitorada, diagnosticada e tratada), que é estado de potência, que é vida em estado de graça, revelada em interação de forças entre pessoas e comunidades que se cuidam mutuamente, institucionalmente ou não; então, é atitude, é importar-se com o outro, é alimentar a dignidade humana.

“Agora a gente está centrado mais nas práticas integrativas e complementares, principalmente as plantas medicinais. Eu acho que nós aprendemos que não adianta fazer nenhum projeto individualizado, então esse programa [...] tem agricultura, [...] o trabalhador rural; [...] na verdade a saúde acaba sendo o centro mesmo” (DEN, Vacaria/BR)

No Brasil, tem-se uma política de saúde enquanto base legal (a PNPIC), assim como tem base legal sem uma política em Portugal (as TNC); entretanto, há um cardápio maior de práticas integrativas ofertadas no Brasil se comparado à Portugal, que podem ser realizadas por enfermeiros e médicos, em que, sob muitas justificativas, se têm buscado sua operacionalização e expansão. Tal fato se diferencia de Portugal em que, para atuar na área, tem que ser formado ou comprovar expertise sob regulação própria e avaliação dos Ministérios da Educação e Saúde, além do Ministério de Ciências, Tecnologia e Ensino Superior.

“Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia” (PNPIC/BRASIL, 2006)

“estabelece o enquadramento das atividades realizadas pelas terapêuticas não convencionais, assim como o exercício de seus profissionais” (Lei nº 45/PT, 2003)

Em Portugal, da mesma forma, essa ebulição de significados/sentidos redirecionados vem das equipes da APS no Modelo ACES, ou seja, Agrupamento de Centros de Saúde (SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014), a partir do qual trabalhadores alinham-se segundo suas convicções pessoais em torno de criação de projetos específicos representativos de modelos mais cuidadores, com união de forças de seus membros e para que a comunidade tenha ganhos de saúde (em ambas visões) e o estado cumpra seu papel, podendo ofertarem ações mais hegemônicas e se especializados podem também ofertar as TNC (SILVA, 2015) (acupuntura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia, quiropráxia e medicina tradicional chinesa).

As unidades são construídas com uma geografia humana bem definida, que tem a ver com a relação de confiança que existe com os médicos, portanto, as unidades de saúde familiar [...] cobrem quase um terço da população em Portugal [...] mais de 300 unidades [...] mais de um terço dos profissionais de saúde, nos cuidados de saúde primários [...] mas, um grande paradigma que tem é fato, uma equipe que se constituiu de forma voluntária, não foram obrigados, portanto, isso tem muitos mecanismos que nós dizemos na área da gestão, mecanismo but now, mais para cima, foram mecanismos de empowerment, dos próprios profissionais, não quer dizer que foi fácil (PSI-FCM/PT)

Tanto no Brasil como em Portugal, a intersetorialidade permite em rede uma assistência mais fluida e resolutiva (SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014), onde um ponto da rede apoia e resolve junto com o outro, articuladamente, as necessidades da população.

“na verdade essa premiação [...] serviu como um despertar de que a intersetorialidade é o caminho” (DEN, VAC/BR)

“o processo de contratualização é nível do Ministério da Saúde, que é Administração Central [...]. Propõe-se uma alteração no painel de indicadores” (GESTOR/PT)

Além disso, no dado, revela-se a manutenção do modelo biomédico a partir de práticas sanitárias que ocorrem, pautadas na Epidemiologia e na Vigilância em Saúde, mas que embora sejam importantes não resolvem todos os casos, requerendo

conhecimentos, habilidades e atitudes criativas das práticas de educação em saúde (apoiadas pelo teatro e pela oferta das PICS) ofertadas pelos profissionais, além do uso pela comunidade dos saberes populares. Se entende que todos nós precisamos nos desafiar e nos lançarmos no novo e, ao sairmos da zona de conforto (biomédica), contrapor os interesses de mercado (hegemônicos) e nos apoiarmos nas novas regulações para ensinar o salutar (SILVA, 2015; DEUS, 2016):

“logística [...] uma US [...] para muito além e é outro problema [...] alargar a carteira de serviços e de cuidados, cujos desafios já não lançam desafios de moléculas, são desafios de mudanças de comportamentos” (PSI-FCM/PT)

Assim, insere-se um quadro comparativo desses modelos e também uma síntese do modelo que, em ambos os países, se expressa e a partir do qual o único paradigma de ensino (médico e de enfermagem) que mudou foi o ensino no âmbito da saúde mental brasileira (YASUI, 2016), segundo busca na BVS eportuguese (a respeito do Modelo de Atenção Psicossocial), realizada pelo CAPS. Nesse sentido, a legislação do cenário do Brasil avança em direção à dignidade do direito humano à saúde e, simplesmente, a pessoa ao existir, requer e merece cuidado.

Assim, Winnicott (1975) advoga que é sobretudo no âmbito familiar, que se inicia todas as alegrias e dores do ser humano e que ao transgredir (nem sempre fundamentado em falhas do caráter), as perturbações as vezes são oriundas da formação de sentimentos e emoções contraditórias (“mal” entendidas, geridas e apoiadas em sociedade) e, por isso, tal pessoa requer apoio emocional e tratamento personalizado.

Essa mudança de gestão e práticas requer outras atividades de educação em saúde, para que sejam mais significativas e representativas da liberdade de ser e se expressar (VAGNOLI, et al 2005), como fomentado no Brasil (com o uso do Teatro, como ferramenta pedagógica).

Assim, tais evidências empíricas (de haver convivência de dois modelos, o ‘patogênico’ e um novo paradigma de ensino, possivelmente salutogênico), encontram nas PICS e na Abordagem Teatral um aspecto potente comum para contribuir na discussão do ensino de novos modelos ou novas estratégias de ensino da promoção de saúde (por meio de abordagens educativas integrativas com foco no lúdico, nas corporeidades e na criatividade, as quais têm foco metodológico em abordagens ativas de ensino-

aprendizagem de todas as áreas), tendo em vista a compreensão a respeito da integração mente-corpo por quem as faz.

Dessa forma, tais abordagens (PICS e Teatro) são compatíveis com a orientação salutogênica, a qual volta-se para a gênese da saúde, para a melhora da capacidade de compreensão sobre si mesmo (cognitivo-comportamental), o manejo sobre as emoções e voltada para a capacidade de reação sobre as próprias necessidades diante do *continuum* (saúde-doença), pois, cuidando-se de pensamentos, sentimentos e ações, pode-se interferir positivamente em dois aspectos desde a infância: no aumento do senso de coerência, SOC, e dos recursos gerais de resistência, GRR.

Para tanto, ter um experiente coordenador de projetos em nível nacional, com sensibilidade para disparar e construir (e apoiar) processos, tornou-se essencial em Portugal.

“não sei se vos interessam [...] o olhar de um [...] psicólogo organizacional [...] no início da minha vida [...] em 78 [...] trabalhei 10 anos na área de clínica, mas, depois, resolvi mudar [...] e trabalhar na área organizacional, fiz [...] mais de uma especialização em tipos de organizacional e comportamento organizacional e também, na área das Ciências da Educação, então, virei muito para o mundo das empresas [...] das organizações, da formação e tenho trabalhado muito” (PSI-FCM/PT)

Para sintetizar e me aproximar da conclusão do estudo, incluí uma síntese nos quadros a seguir, que buscou detalhar os paradigmas vigentes e uma visão sobre os aspectos do paradigma em construção (à luz do dado e dos estudos citados).

Perspectiva educativa pautada no planejamento estratégico interpessoal

Para contribuir com a discussão da Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPICS), como para a partir da abordagem pautada por ela analisar enquanto política de saúde a pertinência de seu uso como um dos meios através do qual se fortalecerá nossa política nacional de promoção da saúde, apresentamos um artigo comparativo, com abordagens descritivas, analíticas e reflexivas acerca da operacionalidade da política brasileira comparada a sua respectiva base legal em Portugal,

para argumentar as benesses dessas práticas no que se refere a gênese da saúde e bem-estar.

Além disso, este trabalho mapeou da literatura lusófona e internacional artigos e trabalhos que abordaram conceitos, modelos teóricos, métodos de ensino e técnicas que por ventura, traziam evidências úteis ao ensino da Promoção da Saúde, principalmente na valorização da corporeidade, como meio de evidenciar sentidos e significados simbólicos que o corpo traz, nem sempre conscientemente, visto a literatura sobre ensino médico e de enfermagem ressaltar a necessidade de humanização e a ludicidade, própria da estética, ter contribuição a dar nesse sentido (BARBOSA, 1988a; BARBOSA, 1988b; BARBOSA, 1988c).

Podemos compreender que a humanização é e pode ser, cada dia mais, uma nova forma de convivência entre usuários, trabalhadores e gestores, possibilitando trabalhos com menos stress e melhor qualidade de vida, uma vez que fomentam a humanidade, a sensibilidade e o exercício da humildade, paralela ao desenvolvimento de afetividades entre quem cuida e é cuidado (AMORIM; FERNANDES; NOGUEIRA, 2012).

Uma iniciativa de adesão crescente de participantes em escolas médicas brasileiras e de outras profissões de saúde é a constituição de grupos de estudantes e profissionais que desenvolvem experiências artísticas, buscando estabelecer um diálogo entre eles e seus pacientes utilizando a linguagem não verbal ou metalinguagem, e sua interpretação através de gestos, toques, olhares e sorrisos, a fim de transmitir simbolicamente amor, cuidado, confiança, segurança e possibilitar a superação da solidão. Tal estudo, refletia e descrevia a função social do Projeto Unidade de Palhaçada Intensiva (UPI), um pouco mais de dois anos após a implantação no Vale do São Francisco (AMORIM; FERNANDES; NOGUEIRA, 2012).

Em outro relato nosso, com discentes de cursos de enfermagem, medicina e psicologia, refletíamos sobre os impactos da formação em clown (tradução do palhaço, em inglês), trabalho que recebeu menção honrosa no evento e no qual abordamos o quanto o Modelo Biomédico (fomentado pelo Relatório Flexner) impacta negativamente sofre a formação médica e demais profissões de saúde, por nos reduzir a sistemas orgânicos como se desintegrados fossem e sem atribuir a mente e ao espírito a relevância que merecem na determinação de condições de bem ou mal-estar. Compreendemos, baseados na literatura, que tal feito desagregou partes do corpo e sistemas orgânicos, não para cuidar, mas para evidenciar o saber (super)especializado dos profissionais, que não se dão conta do quanto

pecam em seu cuidar superficial, não integral e, portanto, pouco resolutivo (NOGUEIRA et al, 2013, NOGUEIRA et al, 2010).

Em 2016, na 22ª CMS resolvi fazer nova busca de literatura sobre o assunto da ludicidade, enquanto emprego da arte no cuidado em saúde e submetemos um trabalho cujo título era ‘Relação entre arte na formação e salutogênese no cuidado’ (AMORIM et al, 2016), em que cunhamos o termo que tanto me inspira em agora pesquisar relações socioemocionais desenvolvidas no curso da atenção à saúde e desenvolvimento de cuidados.

Defendo, pautada na abertura a mudanças de mudança de práxis (REIS, 2012; DEUS, 2016), que não há mudança impossível e mediante da boa e crescente fundamentação teórica (REIS, 2012; SILVA, 2015; DEUS, 2016; PENNAFORT et al, 2012; BRANT et al, 2014, ALVES, 2010; NOGUEIRA; ALBERTINI, 2014, WUO, 2005), que os aspectos estéticos do cuidar e ensinar (o lúdico, a arte e a poesia, dentre outros) podem e devem ser reincorporadas ao cotidiano formativo das Ciências da Saúde para qualificar as relações sociais, como já ocorreu no período hipocrático (BOTSARIS, 2011).

Conclusão

A respeito dos encontros humanos diários, que reclamam necessidades de olhar a situação de ensino-aprendizagem (de cada pessoa) nos cenários de ensino e cuidado (com foco na promoção de saúde), constatou-se que a mudança de modelo nos países da comparação teve a ver com o uso da autonomia profissional e da subjetividade desses trabalhadores.

Enquanto no Brasil a reforma verificada no âmbito do ensino ocorreu, significativamente, com a presença de novos elementos (como arte e prática integrativa, além do estímulo à prática intersetorial), nas evidências da III Mostra Nacional de Saúde da Família e claro de práticas biomédicas/hegemônicas, com foco na vigilância e nas ações tradicionais de educação em saúde, em Portugal o ensino avança a medida que foram criados novos arranjos organizacionais nas práticas da Atenção Primária à Saúde (APS), nas quais as equipes formaram-se de forma singular segundo suas concepções de assistência à saúde, de forma a defender o velho modelo de atendimento nos antigos centros de saúde (com práticas isoladas, especializadas e desarticuladas de vários

profissionais) ou de inovarem com práticas multiprofissionais sob uma perspectiva no mínimo interdisciplinar.

O modelo brasileiro muito deve estar se redesenhando em função da luta antimanicomial, já que paralelo ao Modelo Biopsicossocial o âmbito da Saúde Mental destaca-se como única mudança de modelo no âmbito do ensino médico e de enfermagem na APS, segundo busca na BVS eportuguese sobre mudanças de paradigma de ensino da promoção da saúde nesses territórios.

REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY A. **Health, Stress and Coping**. Jossey-Bass Inc Pub. 1979.

AMORIM, A. C. C. L. A., ASSIS, M. M. A., SANTOS, A. M., JORGE, M. S. B., SERVO, M. L. S. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-86, Out-Dez; 2014a.

BARBOSA, Ana Mae. A arte-educação precisa dos artistas. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. DSE/ Departamento de Cultura. (Orgs). **Arte-Educação: perspectivas**. Recife: CEPE. 1988. 106p. p. 67-79.

BARBOSA, Ana Mae. Arte-educação na cultura brasileira. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. DSE/ Departamento de Cultura. (Orgs). **Arte-Educação: perspectivas**. Recife: CEPE. 1988. 106p. p. 79-104.

BARBOSA, Ana Mae. Polivalência não é interdisciplinaridade. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. DSE/ Departamento de Cultura. (Orgs). **Arte-Educação: perspectivas**. Recife: CEPE. 1988. 106p. p. 15-37.

BEZERRA, Djakson da Rocha. **A origem da trajetória da psicoterapia corporal: desafios da formação do psicólogo clínico em análise bioenergética**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo. 2001. Disponível em: <http://dedalus.usp.com>. Acesso em: 28 jun 2019.

BOLOGNESI, M. F. 2001. O corpo como princípio. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 24: 101-112, 2001.

BRANT, L. C.; MELO, M. B. de; GIFFONI, J. M. S.; VASCONCELOS, L. T. Práticas integrativas e complementares: os desafios da implantação de uma política. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília. v. 5, n. 3, 2014. p. 8430-861.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARRONDO, E. M. **Formação profissional de Enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico**. (Tese de doutoramento). Universidade do Minho. Portugal. Março de 2006.

DEUS, Raquel Líquer de. **Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares – do uso à indicação**. Mestrado Acadêmico. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2016. 170f.

FURLANETTO, D. de L. C.; BASTOS, M. M.; JÚNIOR, J. W. S.; PINHO, D. L. M. Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. **Com. Ciências Saúde**. v. 25, n. 2, 2014. p. 193-202.

FURLANETTO, D. de L. C. **Políticas Indutoras (Pró-Saúde) e a Reorientação da Formação de Profissionais da Área da Saúde para o fortalecimento do SUS**. 2015. 346 f. Tese (doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Brasília. 2015.

GOSWAMI, Amit. **O médico quântico**: orientações de um físico para a saúde e a cura. Tradução Euclides Luiz Calloni, Cleusa Margô Wosgrau. São Paulo: Cultrix; 2006.

GOSWAMI, A. A ciência humana pós-materialista e suas implicações para o ativismo espiritual. In: LIIMA, W (Org). **Pontos de mutação na saúde**. Recife: Salto Quântico, 2011. p.211-27.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Brasília: UNESCO, 2001.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EdufRN, 1999.

NOGUEIRA, J. R. L. et al. **Impactos da formação em clown na prática de saúde**. Anais do Medicina, Cultura e Arte 4 (MCA4). Botucatu – São Paulo – Brasil. 2013. Disponível em: <<http://medicinaculturaearte.wix.com/home>>. Acesso em: 14. jul. 2015.

NOGUEIRA, Tânia Alves. **Grupo de movimento**: conceituação, estado da arte e aplicação na área educacional. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2010.

NOGUEIRA, Tânia Alves; ALBERTINI, Paulo. Grupo de movimento: uma revisão de literatura. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v. 22. n. 1, Jan-Jun, 2014. p. 61-69.

SILVA, M. J. R. R. A. **Medicinas Complementares e Alternativas**: Discursos e Percursos no Contexto dos Profissionais de Saúde. Dissertação. Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social. Senhora da Hora. Portugal. 2015.

SIMAS, L. S. **Os melhores companheiros do mundo**. Memorial. Graduação em Comunicação Social - Jornalismo em Multimeios. Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Juazeiro. 2014.

PENNAFORT, V. P. dos S; FREITAS, C. H. A. de; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O.; AGUIAR, C. A. de A. Práticas Integrativas e o empoderamento da Enfermagem. **Reme**, Belo Horizonte, 16 (2): 289-295, abr./jun., 2012.

VAGNOLI, Laura; CAPRILLI, Simona; ROBIGLIO, Arianna; MESSERI, Andrea. Clown Doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. **Pediatrics**, Florence, Italy, v.116, n.4, 2005.

WUO; Ana Elvira. **Clown, processo criativo**: Rito de iniciação e passagem. Pedagogia do movimento: corporeidade. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física. UNICAMP. Campinas. 2005.

WINNICOTT, DONALD W. **O brincar e a realidade**. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Venede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1975.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de doutorado. Rio de Janeiro. 2006. 208 p.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. Porto Alegre. Bookman, 2001.

8.2. PERSPECTIVAS VITALIZADORAS PARA O ENSINO DA SAÚDE

A incorporação das perspectivas Vitalista e do Paradigma da Salutogênese (como similares) e como expressão material do Novo Paradigma - através das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e das Abordagens Artísticas (da Arte Teatral, em particular) - estão em franca expressão discursiva e teórico-conceitual, sem que de fato unam-se as teorias, criando direcionalidade para a concretização de ambas.

No Brasil, a base Vitalista do Cuidado (LUZ, 2012) reclama a perspectiva de orientar a atenção tanto nas experiências de vida do paciente, como nos sinais de saúde e doença (por ele percebido); sinais reveladores de desequilíbrios orgânicos, psicossomáticos e outros, porém caracterizados pela simples escuta qualificada e corresponsabilização ao buscar-se alternativas viáveis baseadas em métodos complementares de promoção de saúde, como os orientados (recentemente) pela Humanização Baseadas em Evidências ou (ancestralmente) pelas evidências milenares de cuidado global, passadas de geração em geração pela educação popular.

A medicina integrativa concebe que a doença apenas se manifesta mediante uma alteração da fisiologia normal. Compreende-se, numa visão holística, também hoje devidamente testada e descrita nos moldes da Ciência Ocidental, que temos um comportamento primitivo, original, e que este se expressa, por meio de uma consciência cósmica e do caráter holoinformacional do universo (OLIVEIRA, 2011), algo não restrito ao âmbito material (LIMA, 2011), mas interpretado como uma noção ampliada de nós mesmos.

Baseada nas teorias de Moraes (2006, p. 197-198), a salutogênese tem a condição de possibilitar ao indivíduo o aprendizado (pela função “aquisitiva”) de um capital “interno” de fortalecimento vital (que ele chama de “condição atributiva”); tal condição seria o exercício de fortalecimento do SOC, uma possibilidade pedagógica de treinar os indivíduos para o autocuidado (VIEIRA; ALVES; KAMADA, 2014) e para a sabedoria.

Em parte, tais concepções apoiam-se numa corrente filosófica denominada, no Brasil, por Madel Luz ‘Racionalidades Médicas’ (RM) no início dos anos 90 do século XX, segundo afirmam Tesser (2010) e Nogueira (2010), através de traços e dimensões fundamentais, disparados por uma lógica operacional e indutiva, em que se entrelaçam de um lado as cosmologias, e de outro, as bases da morfologia, fisiologia, doutrina médica, sistemas de diagnósticos e de intervenções terapêuticas. Em Portugal, assim como no Brasil, as práticas integrativas foram ganhando espaço, mesmo sendo vistas de

forma restrita pelas “novas” abordagem ditas Flexnerianas (ALMEIDA-FILHO, 1998), devido às influências no modelo de ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA).

Esses autores, afinados com outros, como Lins (2011) e Moraes (2011) definem a necessidade de aprofundarmos o debate em relação a elementos como a unidade Mente-Corpo e a Medicina Antroposófica, respectivamente, como também abrem caminho para abordagens técnicas permeáveis à implantação destas concepções e práticas na Atenção Primária, tornando o âmbito assistencial potencialmente mais resolutivo. Inicialmente, foi perceptível a lacuna de conhecimento pedagógico nesses referências das PIC em relação às práticas corpóreas/grupais nas produções científicas em língua portuguesa, baseada em coletâneas que abordam o tema (PINHEIRO; SILVA-JÚNIOR, 2010; BARRETO, 2011; PELIZZOLI, 2011; LUZ; BARROS, 2012;); nesses livros, apenas três capítulos abordam abordagens corporais de PICS (que tratam da ‘Biodanza’, do ‘Bodybuilding’ e de ‘Práticas Corporais em Pacientes com Fibromialgia’), mas que apenas as citam, sem fundamentar os motivos pelos quais a causação de bem-estar pode ocorrer, sem permitir, portanto, a compreensão do valor de uso dessas práticas na educação dos profissionais de saúde (e a partir de quais conteúdos, e de que maneiras abordá-los, para efetivar a promoção da saúde), em que destaco ferramentas como a música, a corporeidade e a integração significativa como elementos relevantes.

Colaborando com esses achados, Gadamer (2011) ressalta que, originalmente, todo conhecimento vem da experiência; assim, concordamos que é necessário acessar tais conhecimentos na realidade prática. De tal modo que, por meio do acesso ampliado às PIC/TNC, possamos tecer novos conhecimentos, habilidades e atitudes e nos tornarmos capazes de trazer tais elementos causadores de saúde na prática (ao materializarmos no ensino e nos serviços de saúde as iniciativas políticas e intersetoriais que podem favorecer novos processos de ensino-aprendizagem, nomeadamente salutares) – possibilitados, portanto, pelas iniciativas políticas brasileira e portuguesa por meio das suas bases legais (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC e Legislação Portuguesa de Terapias Não Complementares -TNC).

Buscando uma compreensão acerca do campo, Tesser (2010, p. 78) teoriza que, na RM, a “Biomedicina é incluída sem ser tomada com parâmetro de verdade [...] considerada mais uma racionalidade, poderosa, oficial, sofisticada e atrelada ao desenvolvimento das ciências modernas”, as quais se complementam na dialogicidade representada em muitas situações cotidianas vivenciadas pelos usuários dos sistemas

públicos e também no âmbito privado. Numa visão nada reducionista e capaz de ser, ao mesmo tempo inclusiva e dialógica, tais correntes teóricas se complementam, assim como é a realidade do usuário, complexa e, às vezes, contraditória, também ressaltada por Gadamer (2011) em seu livro ‘O caráter oculto da saúde’.

Nesse sentido, acerca dos limites da Medicina Alopática ou do Método Anátomo-Clínico, mas, sobremaneira tratando-se do modo humano de acolher com amor, de receber, percebendo o olhar, considerando um tempo maior para o cuidar do que para o curar (MARTINS, 2011), o Novo Paradigma (ou melhor, o renovado Paradigma Vitalista) novamente reflete sobre a forma como instrumentalizar o cuidar. Também este paradigma descreve em que métodos se basear para ajudar as populações - não apenas as que adoecem (fisicamente), mas as que sofrem, sem (às vezes) sequer isso ser percebido; conseqüentemente, também se reconduzem os usuários a dirigirem seus conflitos, necessidades ou problemas à vida, e não à doença, tornando-as mais fortes e aprendizagens ininterruptos diante das situações, de forma a melhor andarem no dia a dia, uma vez que compreendem melhor as relações entre tais conflitos e necessidades, com o adoecimento.

Dessa interdependência surge, no âmbito brasileiro, a denominação das PIC, que embora legitimada como política, apenas em 2006, pelo Ministério da Saúde (TESSER, 2012; RODRIGUES et al, 2011), engendra sua prática, pautando-se na normalidade orgânica em que o corpo nos conduz ao sentido de inteireza (NUNES; PELIZZOLI, 2011), convicção oriunda dos Sistemas Médicos Complexos e que corrobora com o Senso de Coerência de Antonovsky (1979). Em Portugal, a primeira menção legal dessa racionalidade é feita em 2003, quando a Assembleia da República decreta a lei nº 45, que dispõe sobre a base legal de enquadramento das terapêuticas não convencionais.

Numa perspectiva epistêmica, cabe o resgate das designações do que se chama no Brasil de ‘Práticas Integrativas e Complementares’, mas que a Organização Mundial de Saúde optou por denominar Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa ou simplesmente Medicina Tradicional, em relação aos recursos terapêuticos e sistemas médicos complexos, que, mais adiante, se detalham melhor os diferentes aspectos que influíram em tais “terminologias” e com quais sentidos se chamou ou chama de uma forma, ou outra. Em Portugal a denominação ocorreu como ‘Terapêuticas Não Convencionais’ (TNC).

Tais sistemas orientados pela categoria ‘racionalidade médica’ inspiram-se nos pressupostos de Max Weber tanto no sentido elementar, quanto metodológico. Em um primeiro momento, deu-se como por ideologia sob cinco traços (ou dimensões)

estruturantes em meio a uma operação indutiva, que é condição *sine qua non* para incluir tal objeto específico, empírico, de categorização, sob uma lógica analítica do tipo “ideal” e definido *a posteriori* (LUZ, 2012), já que é posto à prova se lhe couber ser discutido enquanto RM, tornando-a sempre ‘inacabada’, passível de modificação pelos sujeitos que a realizarem.

Devido a esse caráter sócio-histórico plural, pauta-se a tipologia RM em experiências diversificadas ao longo da história da humanidade, embora o termo não remeta à atuação exclusivamente médica, mas de profissionais da área médica e paramédica. Por essa via de consciência e experiência, cabe fomentar que, em toda cultura, algum membro do grupo, mediante necessidade, assume a função do cuidar. Contudo, se isso explica por que antes de ser ciência, a medicina é uma função social, os conhecimentos acumulados diante das historicidades desses processos transculturais deram-se, em boa medida, interpostos por um viés religioso (MORAES, 2006; BOTSARIS, 2011) e de representação médica (BOTSARIS; 2011, MARTINS, 2005). Ou seja, para inúmeros autores como Martins (2010, 2012) e Botsaris (2011) há uma origem um tanto simbólica, como sistêmica ou patológica.

Essas discussões visam contrapor à lógica hegemônica, que fundamentada nos pressupostos mercadológicos, organizacionais e técnico-científicos, privilegiam o hospital e o médico como figuras centrais na produção do cuidar. Entretanto, todos os profissionais devem ter possibilidade de, interprofissionalmente, empreender atitudes cuidadoras nos processos de adoecimento e cura do paciente.

Contudo, nessa conjuntura, em que se consideram oportuno o diagnóstico e a terapêutica imediata ao acessar o sistema de saúde, revelam-se raízes historicamente constituídas a partir de um contexto formativo não adequado, por situar o foco na doença e não na saúde e considerar o indivíduo, um conjunto de sistemas desintegrados e tratá-lo em variados especialistas que não conhecem sua realidade; na superficialidade, por conseguinte, tais profissionais não conseguirão êxito absoluto no complexo processo de adoecer e salutar, independente das abordagens usadas.

Amorim (2010) discorre acerca da necessidade de ajustar a prática técnica à relacional, uma vez que a meramente técnica tem permeado desacolhimentos, produzido atos terapêuticos fragmentados, ineficazes, os quais são retratados pela permanência do acesso restrito, com pouca resolubilidade e baixo impacto na saúde das populações assistidas.

Para a autora, em sua concepção Foucaultiana, o olhar do médico centrava-se na anatomia patológica e observação direta do corpo, seus sistemas, durante o século XIX; contrariamente, Freud, no século XX, instituiu certa singularidade no ato terapêutico, sobre o olhar acerca da escuta e dos discursos das pessoas. A partir desses pontos de vista e observando os dilemas dos sistemas de saúde aponta-se a necessidade de uma visão integral de atenção, que permita construir um diálogo entre essas duas culturas do cuidar.

Reafirmando essas deduções, estudos como os de Oliveira e Casanova (2009), Vaitsman (2009) e de Rocha e Caccia-Bava (2009) apontam que os aspectos oriundos do contexto quando não observados no detalhe, e aliados à visão tecnicista, instauram uma prática não condizente com a apropriação dos elementos determinantes da resolução real das necessidades do sujeito concreto, que é, indiscutivelmente, produto do meio social, ocupacional, comunitário, familiar e de maneira única torna-se reflexo dos fatores plurais em que se insere, não respondendo de certa forma, positivamente, a terapias desconectadas desse todo (simbólico) que o circunda (BOURDIEU, 2010), sobretudo, nos aspectos mais particulares de seu ser, como também destaca Edgar Morin (2001), em relação a nossa complexidade.

Para falar da função social do ego Bourdieu (2010, p. 10) refere, entre outros autores, que Durkheim, afirma que as produções simbólicas são senão também reproduções da dominação de classes. Ele ressalta, ainda, que as relações comunicacionais são expressas como relações de poder por meio tanto do poder ‘material’ como do ‘simbólico’ de cada sujeito, que pode ou não através dessas relações ser reafirmada no curso dessa acumulação (BOURDIEU, 2010, p. 11).

Dessa maneira, o autor chama para a reflexão que há ‘simbolicamente’ instrumentos de coerção e de legitimação desse poder, que contribuem para a violência simbólica que Weber teoriza para fundamentar a “domesticação” da classe dominada.

O mundo social e os interesses envolvidos levam, cada um de nós, a tomada de posição seja ideológica ou de posição social (BOURDIEU, 2010), como faço agora, através dessa proposta de tese. Ao tratar dos sistemas ideológicos ele pauta que pode haver ao longo da história um certo monopólio de algumas competências, tal como a área de saúde faz hoje em sua racionalidade dominante (a biológica), mas que não expressa nada além de uma única realidade, mas que não retrata a totalidade da vida e das relações, que entendo como impossível de ser completamente objetivada.

Outra questão, é que sendo o Poder Simbólico subordinado às demais racionalidades (na visão da Assistência à Saúde Ocidental), tem evidenciado a não

resolução de muitos problemas de saúde. Entretanto, apenas tal modelo não dá conta da ‘Integralidade da Atenção’ e necessita dialogar com outras metodologias e modelos teóricos que também pela via da percepção mente-corpo (e da observação do sujeito social em sua totalidade), dos modelos energéticos, cibernéticos e outros, relutam em não se reduzirem a racionalidade dominante, e conseguirem de fato cuidar (BOURDIEU, 2010; SANTOS, 2016).

Contudo, essa construção social perpassa a formação dos sujeitos-trabalhadores de saúde e podem ou não, mediados por sua subjetividade (MANSANO, 2009) e intencionalidade, reproduzirem esse modelo de atenção não permeável a saberes e práticas complementares, além, claro, do seu ímpeto pessoal (SCHRAIBER, 2010) acerca do juízo clínico, hoje, largamente ‘dependente’ de protocolos previamente estabelecidos, dirigidos ao polo científico – mais fiel aos ensinamentos das Ciências – ou ao pragmático – mais regulado pela responsabilização na resolução do problema, independente dos meios que irá usar. Nesse sentido, resgato aqui o componente simbólico que Pierre Bourdieu (2010, p. 15) inscreve sob a égide de um poder individual, cheio de significados singulares, únicos e da construção da ordem do coletivo, nas subjetividades.

Tanto Freire (1987, 1996, 2009) quanto Edgar Morin (2001a, 2001b, 2002, 2003) trazem para esse debate um referencial que acrescenta elementos estruturantes das ações do profissional de saúde, insira-se ele no âmbito da assistência, da gestão ou do ensino. Estimo que o debate da subjetividade transversaliza e amplia a visão de como esses elementos se expressam nas diversas práticas destes trabalhadores, fato que poderá se materializar na discussão sobre a dialogicidade (da comunicação) e da expressão da comunicação na cultura individual e coletiva, as quais em suas entrelinhas defendem uma atenção à equidade dos seres no aprendizado.

A exemplo, no fato social fora da norma (FOUCAULT, 1984, 1985, 2012) há uma pista para a necessidade de um re-olhar sobre o fato histórico individual e cultural, o que implica dar-se foco a aspectos que apenas os princípios constitucionais da universalização e da integralidade, no Brasil, podem levar o trabalhador a empenhar-se na garantia do direito do usuário; isso revela uma tomada de partido, uma posição frente a legislação e ao querer obedecer, adequar sua autonomia a uma base legal, ou não. Essa descrição fatídica refere-se à regulação do autogoverno, frente à subjetividade e ao modo de subjetivação de cada trabalhador, em ato.

A Cultura, nessa lógica, se configura como um padrão comportamental de um grupo formada por variados padrões comportamentais de seus membros; já a

transculturalidade guarda relação com a dialogicidade das diferentes identidades culturais de distintas sociedades. Nesse processo, Bourdieu (2010, p. 11), tece a crítica sobre os instrumentos de dominação ao dizer que “a cultura que une [...] é também a cultura que separa” e, então, caberia a cada um exercer esse ‘autogoverno’ (BAREMBLIT, 1996) individual, social, institucional e global para tal reconstrução da convivência; mas Foucault (1984, 1985, 2012), Freire (1987, 1996, 2009) e Morin (2001a, 2001b, 2002, 2003) apontam que há limites internos e externos que influem neste autogoverno, expressos na apreensão, na compreensão e no uso desse poder, dessa possibilidade de interação e de como ocorre a construção, ou a não construção, de uma relação de troca.

Nesse sentido, falando desse eufemismo, Bourdieu (2010, p. 14) é enfático a trazer para nossa reflexão o poder da mídia que captura, em potência, as estruturações mentais dos sujeitos sociais, que quando não compreendem criticamente os ‘bastidores’ dos ganhos e perdas de cada ator e instituição não poderão livrar-se das “máscaras” que os sistemas políticos de classificação (jurídicas, sociais, religiosas, filosóficas e outras) fazem parecer não-intencionais, mas que trabalham para a construção de sentidos e exercer o poder de dominação (ver, crer, transformar o mundo), mantendo-o ou contrapondo-o.

Ele ressalta, também, que apenas se contrapondo o poder ortodoxo, através do discurso heterodoxo, pode potencializar o poder das massas dominadas (BOURDIEU, 2010, p. 15). Portanto, teorias clássicas que me remetem a inovação, embora em sua época a denominação não fosse essa, revelam a autonomia como um elemento, talvez um dispositivo possível (CUNHA, 2005), que cada sujeito possui e usa a partir do seu potencial acolhedor (ou ao contrário, também o usa, para promover o desacolhimento e a dor). Nessa direção, Baremblit (1996) apontou um certo ‘autogoverno’ que nos limita ou amplia, dirigindo - segundo as perspectivas do movimento institucionalista – todas as práticas, passíveis de revisão e ressignificação.

Dessa forma, a autoanálise sugere uma consciência crítica que pode e deve regular pensamentos e decisões, ou ao contrário, produzir alienações, malefícios e danos (individuais e coletivos). Assim, autogestão, pautada na clareza de condições, recursos, necessidades e demandas do usuário ‘modularia’ certas ações produzidas individual, coletivamente e no âmbito da gestão (nos âmbitos da macro e micropolítica).

Os sentidos e as significações de instituinte e instituído (AMORIM, 2010) são também necessários à luz da hermenêutica filosófica, pois o instituinte surge sempre que ocorrem importantes mudanças institucionais ou comportamentais, sendo dinâmica,

processual e transversalizada pela criatividade e por atividades revolucionárias. O instituído demarca produtos e resultados mediatizados por ações instituintes, sendo estáticas, conservadoras e reguladoras de atividades coletivas (portanto, necessárias e funcionais, para o convívio no campo social) (BAREMBLIT, 1996), porém, passível de movimento e reflexão, visto que a dinâmica da vida assim se impõe, reclamando posturas de cuidado, condizentes com uma sociedade cuidadora (PINHEIRO, 2010), a serviço de um movimento ético do mundo (NUNES; PELIZZOLI, 2011). Por esse motivo, pessoas que cuidam de pessoas podem apenas concretizar ações instituídas, quanto as redimensionar ao exercê-las cotidianamente (AMORIM, 2010).

Nessa dinâmica, tal prática da PNPIC e das TNC vem se conformando como relevante atividade desenvolvida no sistema de saúde público e privado no Brasil e em Portugal e parece haver convergência entre os pesquisadores da área do ‘Novo Paradigma’, ‘Paradigma Vitalista’, ‘Paradigma Bioenergético’ quanto à complexidade do ser, do fazer, do responder, como componentes essenciais para um bom desempenho das práticas de saúde focadas no usuário, conforme análise a seguir. Entretanto, requer como foi preocupação em Portugal constituir uma ampla discussão filosófica e técnica para delimitar diretrizes para sua atuação a partir de 2005, nesse caso por meio de peritos e posteriormente, em 2014 de um Conselho Consultivo. Tal órgão, instituído sem caráter remunerado, passou a tratar de questões relativas à atuação dos profissionais a partir de então, após emissão da portaria dos membros, competências e regras para esta atuação (PORTUGAL, 2003; PORTUGAL, 2004; PORTUGAL, 2005; PORTUGAL, 2013; PORTUGAL 2014).

Assim sendo, fomentar a discussão de tais práticas nesses cenários e as possíveis comparações de tais modelos, em âmbito terapêutico e formativo (como qualificadoras dos sistemas de saúde desses países), torna tal comparação capaz de ajudar a organizar e racionalizar o uso de amplos recursos tradicionais para a promoção, manutenção e melhoria da saúde, como é propósito transversal desse trabalho. No entanto, as práticas (brasileira e portuguesa) ainda são pouco efetivas principalmente pela PNPIC e as terapêuticas não convencionais, em Portugal, terem sido recente regulamentadas, iniciadas como tal em 2006 e 2003, respectivamente.

Entretanto, a qualidade no avanço de tais práticas se entrelaça à cultura milenar internacional e nacional na efetiva realização dessas formas de atuar, sobretudo, as quais estavam sendo resgatas historicamente, e mais recentemente ofertadas em âmbito também privado.

Assim, a recente motivação para a implementação no setor público no Brasil, ainda que incipiente, legítima crescentemente - segundo o Conselho Regional de Enfermagem, em 2018 - uma prática social com potenciais resolutivos de problemas tanto simples quanto complexos, com uso de recursos com baixa densidade tecnológica envolvida na maioria dos tipos de PICS, o que implica investimentos não tão onerosos, como incita a integração de outros profissionais na condução de variadas dessas práticas (COREN, 2018).

Nos diferentes níveis de assistência à saúde, devem ser considerados aspectos biopsicosociais e ambientais, não só para a manutenção da saúde, mas também para promover, proteger, restabelecer e reabilitar a saúde de indivíduos, famílias e comunidades (AMORIM, 2010), o que demanda por concomitante oferta de serviços da Medicina Convencional, como se amplia tais condições à medida que se inserem as ‘Outras Medicinas’ mediante política pública específica. Nesse contexto, de ordem legal, Rodrigues et al (2011) apontam que uma política deve advir de um constructo sistemático de consultas e discussões nacionais para aglutinar as partes e empreender-se sob uma lógica coletivizada, que retrate o desejo social-democrático de seu povo. A importância de sua construção abre espaço para resgatar e tornar plural os mecanismos de cuidado e cura, mas nesta lógica, em particular, de fazer compreender e reforçar os mecanismos que cada um de nós tem, saiba ou não, enquanto poder de autocura!

Nessa lógica, os serviços parecem trabalhar com maior capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, produzindo bem-estar físico e mental. A garantia ou não dessa “implementação sustentável” de práticas integrativas, em cada país, está em processo, e provavelmente, está a interferir de forma crescente no alcance mais resolutivo e integral, ou mais fragmentado e menos potente dessas práticas, devido a demanda ser ainda não tão expressiva por pouco conhecimento da população de seu potencial, como também pela cultura curativista, dependente de medicamentos e outros insumos, que reforça a oferta desses serviços de medicalização da doença, enquanto que a lógica da PIC/TNC ser reforçar o equilíbrio, auxiliando os sujeitos a reduzirem o uso desses insumos a que, geralmente, estão “acostumados” ao passo que, com o tempo, a vitalidade os permite não mais necessitar tantos serviços de atenção à doença, e poder promover uma revisão da necessidade de oferta de cada tipo de serviço (curativo, preventivo, promotor de saúde).

Ou seja, enquanto só se “curam” os sintomas, geralmente estes voltam à tona por não se agir na determinação do adoecimento, paralelo à conscientização do que faz bem

ou mal; requerendo, portanto, um olhar biopolítico e bioético, no sentido de analisarem-se mais os valores associados às ofertas, os direitos e orientações constitucionais associados a lógica de mercado e os benefícios/malefícios a eles atrelados numa perspectiva privatista.

Numa dinâmica voltada para a vida, as PIC/TNC foram implantadas e implementadas de formas distintas no Brasil e em Portugal. Entretanto, quanto as suas similaridades, percebe-se que foram poucas, posto que a oferta portuguesa foi bastante reduzida neste país se comparada com a ofertada no Brasil.

Algumas circunstâncias, em especial, são merecedoras de destaque, após dez anos de implantação da política brasileira: a proposta de trabalho em equipe corresponde aos grandes desafios da prática coletiva; a figura do terapeuta tem sido publicizada nos âmbitos assistenciais, pautados numa lógica a ser reconstruída, uma vez que a prática é ajustada na revisão de poderes dentro da equipe de saúde, como também tem requerido novos arranjos organizacionais, que mesmo devagar, estão sendo feitos e as diretivas desses avanços têm grande influência nas reformas feitas no país (nas reformas sanitária e psiquiátrica).

Em Portugal, também houve mudanças constitucionais aliadas à revolução de 1974 (BOAVENTURA, 2016), à revolução democrática do 25 de abril (SOUSA, 2009) e como aqui elas ocorreram devido a toda uma revisão de conceitos e valores socialmente determinantes dos rumos alienantes e antidemocráticos, que vinham sendo instituídos em várias nações pelo mundo; por esse motivo, tais reformas passaram a resgatar culturas de cuidado anteriores, as quais, antes da era bacteriológica e da criação do microscópio, faziam com que os mecanismos de cura fossem disponibilizados para pessoas, não como “mercadorias” a serem ofertadas em livre demanda, mas como preocupação ética na direção de um bem-estar individual e coletivo.

No entanto, embora a PNPIC venha a ser considerada uma iniciativa de mudança do modelo de saúde, alguns profissionais centram seu fazer em práticas apenas biomédicas e contestam a real capacidade de fornecer atenção integral, oportuna, contínua, de qualidade através das PICs, devido a lógica curativista dominar do mercado pautado na gestão da oferta (MENDES, 2015). Consequentemente, embora a humanização do atendimento nem sempre implique uma resposta rápida, frente às demandas clínicas dos usuários, boa parte das demandas nesta lógica crescente incita o usuário a protagonizar, em certa medida, a corresponsabilização e o cuidado de si

(AMORIM, 2014b). Dessa maneira, conhecer as PICS e fomentar seu uso é essencial para o SUS e o SNC.

Assim como afirma Mattos (2012), a prática social coletiva e a relação social e afetiva estabelecidas em grupos geram saúde. Em seu estudo etnográfico ele, pôde perceber que o autoconhecimento despertado no grupo, e mediado pela desalienação do corpo, favoreceu nas pacientes portadoras de fibromialgia sua melhora clínica. Essa constatação me reporta às leituras recentes sobre como alguns métodos podem levar os sujeitos a evocar modos promotores de saúde numa lógica salutogênica - **Logoterapia, Biodanza, Bioenergética, Meditação e Dessensibilização e Reprocessamento pelo Movimento Ocular (EMDR)**, entre outras, que suscitem um ‘bem-estar evocado’ -, que Lins (2011) muito didaticamente sistematiza sobre o EMDR, explica e descreve adiante, como ocorre.

Essas constatações estão baseadas nas evidências de que a Medicina ‘mente-corpo’ amplia possibilidades dentro das Ciências da Saúde. A **Logoterapia** se define como ‘Terapia da busca por sentido’. A **Salutogênese** (SLTG) nos reporta ao movimento contrário ao da Patogênese, o qual reporta-se aos estudos das determinações da saúde, não apenas física ou espiritual, mas anímica. Enquanto a patogênese investe numa teorização, que busca explicar um modelo teórico de como a doença se manifesta, a SLTG contrariando esse pressuposto estudaria os meios pelos quais a saúde se expressa, se conduz e, nessa busca, o corpo torna-se ferramenta de coerência ou incoerência psíquica (ANTONOVSKY, 1979; NUNES; PELIZZOLI, 2011, MELO, 2012).

Este método, narrado por Lins (2011), o EMDR, basicamente faz o paciente – diante de seus conflitos – substituir uma imagem ou lembrança perturbadora por outra que não lhe remeta dor, sofrimento, ira, medo ou qualquer outro sentimento negativo; mais uma vez, o ‘bem-estar evocado’ entra em cena e como é simples permear essas teorias quando as entende e sente sua necessidade de se manifestar; qualquer profissional adequadamente emponderado, de tais teorias, descritas por Lins (2011) ajudará muitos pacientes a curarem-se, a buscarem bem-estar apesar dos desconfortos que não podem evitar; entretanto, muitas dessas terapias não estão ainda disponíveis no âmbito público, mas muitas já estão.

Completando, Pelizzoli (2011) acerca das reflexões da epistemologia e da flexibilidade, reconvoca concepções entre Ciência e Empirismo para ressaltar a boa relação profissional-paciente, portanto humanizada, que passa pela razão instrumental, e pela tríplice dimensão (epistemológica-político-ética) afiliada à Medicina Baseada em

Evidências (MBE) mediante um modelo aperfeiçoado de validação e reprodução de pesquisas, assim como fez o criador e os seguidores da Teoria da Salutogênese ao convocar uma revisão de conceitos, ações e valores (MORAES, 2006).

Todos esses aspectos teóricos e práticos, assim como os demais estudos oportunizados pela discussão de cultura e subjetividade deve nos provocar esse debate teórico e reafirmá-lo como tema útil à formação e a prática de saúde, inclusive no âmbito comunicacional.

Considera-se que, mesmo com os avanços alcançados a partir da publicação da PNPIC e da legislação das TNC, há necessidade de ampliar as suas implementações, assim como as divulgações nesses países de avaliações dos benefícios para a saúde, a partir de seus referenciais teóricos e empíricos. Ficou claro para os autores, a partir desse trabalho, que os esforços empreendidos pelos Ministerios da Saúde e, regionalizadamente, ocorrem nos contextos do estudo, no sentido de incentivar as práticas integrativas. Ainda assim, considerando o contexto de tentativa de desmonte dos sistemas universais de saúde e também da manutenção e centralidade, do/no modelo médico curativo, há muito que se (re)construir social, institucional e individualmente em termos transdisciplinares e intersetoriais.

O princípio da integralidade, nesse sentido, tem papel central no fortalecimento dos demais princípios dos Sistemas Público de Saúde (SUS e SNS), entre os quais o mais efetivado é a universalidade do acesso e que crescente vem fomentando o aumento da prática de profissionais generalistas, visto que o atendimento especializado ainda constitui um grande “gargalo” nesses sistemas, mesmo diante de uma formação que, ao final, ainda tende a levar mais à especialidade que a generalidade e que, portanto, torna a inclusão das PIC/TNC importantes aspectos para sua concretização, na atenção às singularidades.

Nesse sentido, a necessidade de formação dos estudantes dos cursos de saúde constitui desafio essencial, assim como a preparação do corpo docente com relação a tais práticas (de outros sistemas terapêuticos), visto ser uma transição paradigmática de difícil mediatização e criação de uma ‘nova’ cultura de cuidados (híbrida), necessária à produção da saúde individual e coletiva.

Em termos de sustentabilidade, tanto no Brasil como em Portugal há PICS implantadas e legalizadas, o que difere é que, no Brasil, temos uma Política de Saúde e

em Portugal não; entretanto, no contexto português, há, desde 2003, mecanismos regulatórios para a legitimação, discussão e avaliação técnica da formação em TNC no país, o que o Brasil ainda está a discutir e pensar como construir os caminhos com as PICS em termos de competências e de segurança para o paciente.

Desde o iniciar da inclusão das PICs no cardápio de ações dos profissionais de saúde com a PNPIC, o Brasil passou a dispor no SUS, até 2017, de 29 das seguintes práticas: acupuntura, ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia e yoga. Em 2018 incluiu-se outras 10, conforme relação a seguir: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais.

No entanto, como ressaltamos, em Portugal, apenas há legalmente ofertadas desde 2014, 07 práticas: homeopatia, fitoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, acupuntura e medicina tradicional chinesa (MCT), mas sua oferta regular e legal ocorre atualmente sem a presença de uma política de saúde, como é no Brasil, fato que tem possibilitado neste cenário um maior avanço no futuro integrativo no ensino médico e de enfermagem (em termos de compreensão e inclusão de outros paradigmas de cuidado futuramente nesses currículos).

Desse modo, percebe-se que ambos os países se encontram em diferentes momentos no avanço transicional do velho modelo hegemônico para o híbrido modelo formativo, buscando-se maneiras próprias, mas abertas às constatações do que, antes, julgou-se práticas não curativas. Hoje, mais que mecanismos de cura, sabe-se que as PICS têm alto poder mantenedor da saúde e sanidade, uma vez que seu cerne busca o equilíbrio e o autoconhecimento, bases do paradigma salutogênico, adotado como qualificado referencial de promoção de saúde.

Além disso, observa-se que a política do Brasil e a regulação de Portugal podem ser atualizadas no sentido de incluir outras práticas que são desenvolvidas atualmente em seus sistemas de saúde. Ressalta-se que, para que tais práticas sejam propostas como facilitadoras da inclusão do sujeito no seu autocuidado, elas favorecerão uma maior discussão da intersubjetividade (docente/terapeuta e usuário) e suas benesses no ensino

superior (do âmbito da saúde), pautas que precisam ser adotadas em profundidade futuramente nas DCN(s) dos dois cenários.

Tal proposta se pauta na integração das racionalidades (patogênica e salutogênica), já que são indiscutíveis as evidências positivas longitudinalmente aclaradas ao longo do texto dessa necessária união; pressupõe-se que haverá ganhos em saúde tanto para o sistema único (nos indicadores), como para a qualificação dos trabalhadores de saúde imersos no sistema público educacional, pois todos poderão se beneficiar de suas potencialidades de autocuidado e favorecerão uma híbrida cultura formativa às novas gerações de trabalhadores de saúde como aquisição permanente de uma condição terapêutica menos tecnológica, mais relacional e também pautada em saberes técnicos de cada “cultura”, a partir das racionalidades que existem há milhares de anos, e que por conseguinte, é possível serem apreendidas, ensinadas e permanentemente reproduzidas no âmbito dos Sistemas Públicos de Saúde.

Desse modo podem inspirar a criação de outras racionalidades ora aplicáveis nos contextos desses sistemas de saúde, mas para que isso se torne sustentável, é preciso desmistificar o poder restrito ao profissional acerca da capacidade de julgar (sadio/doente) o cidadão, mas de com ele partilhar poder/saber através do autoconhecimento, onde todos podem ganhar (o sistema, o trabalhador e o usuário), permitindo provável redução de custos, otimização de recursos de todos os tipos, sobrando espaço para a celebração da vida e o cuidado da mesma sem tanto sofrimento e dependência.

Concluo que, durante tais reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem nesse sistema médico complexo, atualizam-se conhecimentos acerca da produção científica do tema e sobre a experiência disciplinar que favorece não apenas a descrição e análise das principais contribuições teóricas sobre a temática, mas apontam que a mesma permitiu suscitar que o debate sobre tal tema tem grande potencial para a positivação da saúde (de brasileiros e portugueses), além de, efetivamente, gerar a reflexão que tais práticas, em particular, essas habilidades e competências podem ser adotadas em quaisquer outros países, com a clareza de fazer parcerias e valorizar o saber popular milenar.

Acredito que proposição e produção de conhecimento pode fomentar uma construção significativa para o campo da Saúde Coletiva e que, em seu término, pode

realizar consensos futuros sobre tais marcos legais podem melhor operacionalizar novas possibilidades terapêuticas e educacionais, contribuição possível para a reorganização desse modelo assistencial híbrido, como para apontar futuros caminhos de qualificar a prática de saúde por meio das PICs/TNC associadas as práticas existentes e incentivar a adoção destas, através de suas permanentes inclusões de conteúdos novos nas DCN. Tal feito pode auxiliar na ressignificação dos conceitos de saúde e doença, adotados numa postura também salutogênica, que expressa o cuidado de si paralelo ao cuidado efetivamente ensinado, futuramente nas várias Instituições de Ensino Superior (IES), desses cenários.

Por fim, entendeu-se que tal possibilidade, se analisada em seu valor de uso, poderá contribuir na construção de uma cultura educacional mais cuidadora e condizente com a integralidade da assistência, entre outros aspectos.

Originalmente, o estudo inicia-se a partir das evidências da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família no Brasil e da comparação com os dados similares que surgiram em consequência da efetiva possibilidade de comparação com Portugal. Tais experiências, brasileiras, foram premiadas no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família, a partir das quais se buscou verificar possíveis similaridades/divergências/singularidades na PS da APS em Portugal e confirma que ambos países percebem a importância das PICs/TNCs para a promoção de uma vida saudável, mas adotam no ensino diferentes estratégias para fazer chegar à população tais práticas de cuidado.

Assim, conclui-se que, no Brasil, o avanço e a sustentabilidade das Práticas ditas “integrativas” são maiores em termos de variedade das práticas ofertadas, da legalização destas, tornadas possíveis de serem disponibilizadas à população com o aval estatal, que as regula, mas não se tem ainda mecanismos de regulação tão claros e publicizáveis como fez Portugal, que, embora tenha inicialmente tornado pública a legalização de apenas 06 práticas/terapias - alternativas à medicina tradicional - não permitiu de imediato a regulação de todas elas no âmbito do ensino, uma vez que considerou que apenas a acupuntura e a osteopatia foram demasiadamente seguras para serem implementadas na rede de pré-graduação (PUBLICO, 2018), pois, para ofertar tais cursos necessitaria primeiro ter um corpo docente qualificado, tal qual o das outras alternativas de ensino (hegemônicas).

No entanto, embora a salutogênese seja teoricamente, em nosso território, menos conhecida que, no cenário português, onde há uma oferta agregada de produção de literatura (ou literacia) a esse respeito, na prática, estamos a ofertar mais terapias consideradas ‘salutogênicas’; contudo, temos menos direitos garantidos de fato e poucas cidades verdadeiramente saudáveis, que Portugal, proporcionalmente, refletidas pelos Determinantes Sociais de Saúde, em altas taxas de mortalidade (tanto por doenças infecciosas, quanto pelo acentuado aumento da morbimortalidade por doenças crônicas e violências), como pela manutenção de pouco investimento em saneamento básico, fatos que compete ao governo e também a cada um de nós, discutir, enfrentar e resolver (corresponsável e integradamente) como cidadãos.

Síntese comparativa

Sobre a macropolítica, posso inferir que há características comuns, em maioria sobre as reformas dos dois países e desdobramentos institucionais e sociais desde a homologação das atuais constituições de cada nação, que longitudinalmente desencadearam processos que culminaram na assistência à saúde organizada em rede, na perspectiva da integralidade da atenção, na realização de contratualização (SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014) e na organização de serviços com participação popular para que haja controle social, entre outras situações, além de fomento de parcerias entre escolas e serviços de saúde (FURLANETTO, 2014), sendo este um ponto relevante para a realização das práticas de promoção nos equipamentos sociais da comunidade.

Além do paradigma da integralidade (SANTOS et al, 2018; BARROS, 2016; MENEZES-JUNIOR, 2012), que busca equilibrar a competência técnica e a relevância social e também na perspectiva de superar o modelo flexneriano, apoia-se no processo de contratualização, iniciado no Brasil em cidades como Curitiba em 2002 e que tornou obrigatório a celebração do planejamento participativo regionalmente; ao passo que esta ferramenta de gestão também passou a ocorrer, em Portugal desde 2006, mas de maneira que a adesão das equipes nesse cenário ocorre de forma espontânea e tem aspectos singulares por elas propostas e, centralmente, avaliadas como viáveis pelas equipes de apoio, tornando o modelo ACES mais protagonista e menos regulado que no BR.

Após a homologação da Constituição Federal de 1988, o artigo 200 corrobora com a lei nº 9.394 de 1996, que respalda a competência legal do SUS quanto a formação dos seus profissionais, como também pelo incremento de seu desenvolvimento científico e tecnológico, na área de atuação (BRASIL, 1988). Paralelamente, as DCN médica e de enfermagem são desde 2001 orientadas pela diretiva comum desses cursos, tendo na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de 2007 e nas novas diretrizes do curso de medicina, em 2014, os recentes ajustes quanto a alguns aspectos que fomentam o início precoce da inserção estudantil nas comunidades, para também atender as prerrogativas internacionais voltadas para a área médica e de maneira a amparar e aliar a formação profissional às necessidades do sistema público (MENEZES-JUNIOR, 2012), responsável por conceder seus principais espaços de formação.

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS) orienta que, para haja qualificação da atenção à saúde, é

necessária formação específica e domínio tecnológico voltado ao atendimento de necessidades individuais e coletivas; de forma que, com a elaboração de Políticas Educacionais que corresponsabilizaram os Ministérios da Educação e da Saúde se pôde remodelar a formação na APS e priorizar práticas de atenção coerentes com o modelo idealizado, pautada na atuação cidadã, na visão humanista, no uso de mecanismos inovadores e transdisciplinares, e crescente resolução de problemas que afetam a vida da comunidade, segundo a resolução nº 4, da CNE/CES (BRASIL, 2001).

No Brasil assinam-se os Contratos de Gestão, enquanto em Portugal o Ministério da Saúde assina com a direção da ACES uma Carta Compromisso e a ARS opera em termos organizacionais (frente a questões administrativas e financeiras), caso que, no Brasil, cada município tem autonomia financeira e organizacional (e critérios para concessão de financiamento partilhado com os níveis federal e estadual), em que há questões operacionais/técnicas politicamente centralizadas e descentralizadas a depender do serviço ofertado. No entanto, tanto o Brasil quanto em Portugal, as equipes têm autonomia na organização dos processos de trabalho.

Em 1985, com a integração de Portugal à União Européia, similarmente, ajustes vem sendo feitos de forma a respeitar os interesses internacionais de circulação de estudantes, que fazem parte de suas formações no exterior. Isso por um lado viabilizou uma maior pressão social para que o estado viesse a garantir uma maior oferta de vagas e com maior oportunidade (de formação médica e de enfermagem) para os moradores dessa região. Também, tais medidas, vem se tornando um desafio regional de assegurar, paralelamente, condições de trabalho para os futuros profissionais (MENEZES-JUNIOR; BZREZINSKI, 2015).

Refere, ainda, que em 1998, por ocasião da recomendação nº 561, que objetiva registrar a atitude cooperativa dos países europeus, e que tem na criação da Rede Europeia para a Garantia da Qualidade no Ensino Superior (ENQA) uma instância que visa prestar serviços e fomentar o reconhecimento mútuo dos sistemas de garantia de qualidade na Europa. Até o Processo de Bolonha, o ensino superior em Portugal dividia-se em 04 graus acadêmicos: bacharelado (3 anos), licenciatura (4 a 5 anos), mestrado (2 anos) e doutorado (sem definição temporal) (MENEZES-JUNIOR, 2012).

Portugal e Brasil tem ambos, no âmbito público, o órgão regulador da formação superior e na universidade pública, a prioridade na criação de cursos, depois

encaminhados para registro nos respectivos ministérios; fato que, embora haja a presença de cursos privados de formação em saúde, esses sofrem maior regulação e tem menor autonomia para atuar, sendo necessário primeiro propor ao ministério, que avaliará a concessão ou não de abertura de novos cursos e atribuição de graus. O decreto nº 42/2005 definiu os princípios em que tais modificações teriam que ocorrer na organização curricular, em créditos (ETCS), nos instrumentos de mobilidade estudantil, além da estruturação em 03 ciclos e na comparabilidade dos graus; normatizando assim os créditos componentes dos planos de estudo, as horas estimadas de trabalho de natureza coletiva por estudante, de atividades de orientação tutorial, de estudo, projetos, estágios, avaliações e outras formas de aferir o aprendizado, diz o autor.

No Brasil os pedidos são ambos (público e privado) regulados pelo Ministério da Educação (MEC), que avalia e concede ou não, novas aberturas de graduação em Medicina e Enfermagem, cursos com duração de 6 anos e 5 anos, respectivamente, com 2 anos (em nível de mestrado) e 4 anos (em nível de doutorado), com tempos excedentes de 6 meses a 1 ano, em média, segundo situações possíveis de permanência nos programas de pós-graduação, mediante justificativa.

Quadro 2 – Características comparáveis acerca das reformas de estado (que influem no ensinar-aprender sobre o salutar-adoecer nos paradigmas de promoção da saúde na APS).

Tópico Comparável	Brasil	Portugal
Reforma Constitucional	1988	1974
Reforma Sanitária	Reforma Sanitária Brasileira	Reforma dos Cuidados Primários de Saúde
Reforma Psiquiátrica	Realizada e com mudança de modelo de ensino e com sustentável oferta de práticas de saúde inovadoras	Realizada, mas sem muita efetividade de mudanças enquanto política de estado
Regulação	Ministério da Saúde e Ministério da Educação	Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior desde 2002, apoiado pela OCDE e ARS
Orientação nacional para o ensino dos cursos de saúde	Orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais	Orientado pelo Processo de Bolonha
Modelo de ensino	Escola Tradicional com abertura para abordagens mais ‘Construtivistas’.	Escola Tradicional com abertura para mudança, sob abordagem Construtivista.
Modelo de atenção	Rede de Atenção com as ESF como preferencial porta de “entrada”	Rede de Atenção com as USF como porta de “entrada” preferencial
Intersetorialidade	Ocorrendo e expandindo no Programa Saúde-Escola, que fomenta a criação de parcerias e de Redes de Escolas Promotoras de Saúde	Ocorrendo e expandindo na Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS)
Participação Popular e controle Social	Assegurada pelas leis 8080/90 e 8142/90	Garantida e incentivada estrategicamente no país, mais recentemente pelo Plano Nacional de Saúde

Elaboração própria dos Modelos de Ensino e Saúde e da formalização de meios (pautados nas Escolas Construtivista ou Tradicional e nos Modelos de Atenção, ESF ou ACES)

Tais reformas oportunizaram, portanto, no contexto democrático dos países, uma revisão de conceitos e lógicas das políticas, dos planejamentos e, também, na dinâmica organizacional dos serviços públicos.

Quadro 3 - Características comparáveis dos paradigmas de ensino (e o paradigma em formação) a partir dos modos de ensinar-aprender e a compreensão de salutar-adoecer segundo modelos de promoção na APS.

Característica do modelo/paradigma	Paradigma Patogênico	Paradigma Salutogênico	Modelo pato-salutogênico (biológico/social/subjetivo)
Organismo humano	Sistema perfeito atacado por agentes causais do meio físico/social ou dos estilos de vida inadequados, de forma aguda/crônica ou fatal com um conjunto de supostos fatos sobre a origem, a natureza, o curso e tratamento da doença	Entrópico (sujeito à mudança) portanto heterostático (variando do nascimento à morte) ora com vitalidade, ora com menos potência vital	Sistema mental-corporal de tendência sintrópica em que a consciência da heterostasia potencializa reconhecer-se como digno de fortalecimento para melhor lidar com os percalços existenciais (vida física e não física), energeticamente hoje possível de monitorar por tecnologia
Conceito de saúde	Negativo, redutor	Positivo, multidimensional	Complexo, individual e coletivo, social e subjetivo, dual (ondulatório)
Classificação da pessoa	Dicotômica (saudável ou doente)	Complexa	Concretude existencial em processo físico com materialidade anímica
Questões a que procura dar resposta	Como evitar a doença (prevenção primária) como tratá-la ou reparar a incapacidade (prevenção secundária) e atenuar seus efeitos (prevenção terciária)	Aspectos envolvidos na positivação de saúde, frente as exigências humanas (físicas, biológicas, psicológicas e sociais)	Manejo energético de aspectos físicos e não físicos
Modelos	Biomédico ou biopsicossocial (processo de trabalho paternalista ou autoritário)	Participativo (da ordem e do Caos)	Iminentemente transcendente
Foco da intervenção/investigação	Centrado na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença	Sociedade	A consciência da complexidade psicocorporal.
Atores-chave	Profissionais de saúde	Todas pessoas e grupos (profissionais de saúde ou não)	A vitalidade no contexto ecológico (em nós, na relação com o meio externo), processualmente

Resultados esperados	Redução dos fatores de risco, tratamento específico com foco no aparecimento de doenças para evitá-las, das complicações desta ou recuperação de sua funcionalidade	Potencialização dos aspectos positivadores (ganhos) da saúde mediante conscientização sobre aspectos que a melhoram (aumento do SOC e fortalecendo a convivência no GRR (recursos apoiadores dessa vitalização)	Consciência da amplitude do percurso existencial diante do jogo de forças da materialidade orgânica, em que ondulatoriamente nos organizamos e desorganizamos mental e, portanto, fisicamente
Síntese	Focado na materialidade orgânica, na qual se dedica tempo para edificar a saúde mediante detecção dos riscos e ação sobre eles	Focado na materialidade e imaterialidade do organismo humano a partir do esforço para positivar a saúde a partir do conhecimento das forças da natureza mental (SOC) e material (fisicamente, socialmente)	Foco na consciência existencial (orgânica e anímica), na qual se busca dialogar acerca de saberes científicos e populares (em que as ciências vão tornando-se saberes descritos de maneira racional) para tornar o curso do existir expressão de sabedoria, no campo da educação em saúde, diante do que se pode monitorar e do manejo das forças que antes julgava-se do domínio do inconsciente, mas, que estão materializando-se em teoria (por meio da criação do senso de vitalidade e adoecimento) e, nesta direção quântica (holoinformacional), fruto do amadurecimento do Paradigma Holístico.

Criação própria adaptado da inspiração de Carrondo (2006) quanto aos trabalhos de Aaron Antonovsky.

Percebe-se que, nesses países, há um mesmo fenômeno de manutenção do antigo modelo tradicional de ensino, mas com ousadia para operacionalizar o novo e, também, outros conceitos e políticas intersetoriais, com dinâmica organizacional similar no âmbito micropolítico. Assim, mais que buscar a homeostase (equilíbrio) é aprender a lidar com a heterostase (aprender a suportar o estresse), ou seja, perceber a vida entre harmonia e desarmonização, permanente alternância entre ordem e caos.

Pedagogia da Harmonia

Assim, a Pedagogia da Harmonia é apenas um recurso simples pensado para ser disparado com o uso do Círculo de Consciência, de forma que este nos auxilie a melhor entender-se e nos entendermos coletivamente.

Indico usá-lo colaborando com as discussões de PIC/TNC e realização de práticas criativas, que ousem levar de suas práticas pessoais à realização em sala de aula, nas UBS e na comunidade e que, assim, possam fazer circular uma busca pessoal e coletiva de autoconhecimento.

Tal círculo pode e deve ser usado processualmente e ajustado a outros métodos e técnicas, certamente, pois pretende ser apenas mais um apoio psicossomático, singular, a quem dele desejar dispor.

No centro do círculo há um círculo inicial representativo de cada ser humano (mente/corpo). Ele está disposto dentro de um triângulo, que em seus vértices estão a ‘formação específica’ (de amarelo), a ‘autonomia’ (de caramelo) e a ‘diretrizes das áreas’ (de rosa pink).

Tais aspectos (de cada cor) tendem a mais considerar os aspectos qualitativos representados, por exemplo, pela subjetividade e pela complexidade, nem sempre explicáveis e compreensíveis para considerar questões objetivas, quantitativas, materialistas, palpáveis, facilmente nomeáveis. Tais elementos influem em nosso agir individual e nos orientam a pensar/sentir/agir e tomar decisões pessoais e interacionais, numa perspectiva reflexiva, mas nem sempre tão consciente em todas as pessoas.

Ao redor do triângulo estão as muitas camadas de nossa vasta capacidade de energização e conscientização (SLATE, 1998) (e entre nós e elas - de azul - nossa cultura pessoal e coletiva), desde a nossa inserção corpórea (em que dialogam conjuntamente mente e corpo, como unidade ‘material’ de nosso ser), mas também a que dialoga com nosso corpo físico e com as demais pessoas e coisas que convivemos (de forma não material) como descrevem e refletem sobre aspectos a Pedagogia Waldorf e sua relação com a Salutogênese (FEKETE, 2008; MARASCA, 2017; MARASCA; PICCOLO, 2017; MORAES, 2014), as quais tem sua própria energia e linguagem (quer acreditemos, ou não), como a água e os demais recursos naturais (simbolizados pelo fogo, ar, metal e pela terra), elementos que existem em nós e em toda a natureza.

As camadas seguem sequenciadas dentro do triângulo da seguinte maneira, representativos de: nosso ser (em amarelo), nosso sentir (em roxo), nosso saber (marrom terra) e nosso poder (em rosa, claro).

Tais camadas seguem de dentro para fora, após o azul externo ao triângulo, na seguinte direção (conscientizadora): valores (vermelho), processos de convivência (amarelo), conceitos estruturantes (laranja), modelos de convivência (rubro), visão individual (verde médio), visão social (verde claro), visão humana (lilás) e visão holística (cinza) e por fim, em branco, a teoria da relatividade, que como a própria denominação comunica, tudo é relativo. Tal sequência foi inicialmente pensada baseada tanto em minha própria experiência, como também construída a partir das relações de minha convivência com familiares, amigos, colegas de trabalho, pessoas e coisas desconhecidas, com as quais travei algum tipo de relação (energética e/ou comunicacional), além da conexão energética e/ou espiritual estabelecida com os demais seres vivos e recursos naturais, que acredito terem também sua energia própria, brilho e magia.

Não pretendo, claro, descrever ou fazer acreditar em minhas próprias crenças, mas de lhes provocar a serem capazes de olhar ao seu redor com mais critério, curiosidade e entrega, como de respeitar as crenças de todas as pessoas; assim, talvez seja também possível sentir e intuir esse tipo de padrão vibracional (existente e complexo em todo o universo holográfico) que sinto ter desenvolvido e que valorizo no uso de minha vivência corpóreo-mental, a qual muito me ensina dia após dia.

Na sequência do círculo defino incluo links que possuem os conceitos das práticas regulamentadas em cada país da comparação, de forma a subsidiar sobre como são denominadas e utilizadas de forma única, no glossário no link brasileiro sobre a nossa política nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_praticas_integrativas_complementares_sus_2ed_1_reimp.pdf) e também no link português, que em termos legais também orienta as bases e demais aspectos conceituais sobre cada terapia (<https://esmtc.pt/blog/sintese-da-legislacao-das-tnc-terapeuticas-nao-convencionais>).

Saliento, que tal como nos recursos não holísticos, cada prática integrativa tem sua complexidade e deve ser utilizada conforme tenha experiência e/ou formação para usá-la, uma vez que todo recurso terapêutico tem indicações e também contra-indicações.

Nosso corpo é um mapa de autoconhecimento e, assim, recomendo que tais conteúdos possam lhes ser úteis, mas que possam ser usados com sabedoria e responsabilidade.

Sinteticamente, podemos compreender o sentido que há entre dispor dessa oportunidade de reflexão sobre teorias de várias áreas e que de certa maneira, explicam e complementam umas às outras.

Então, criar a Pedagogia da Harmonia significa dar a ler a cada pessoa a capacidade de melhor se responsabilizar pelo cuidado de si, junto com o outro, para (parcialmente) buscar a(s) resolução(ões) de necessidades e problemas nossos (de forma melhor gerida) e recomendar que, entre esses, um ou mais profissionais responsabilizem-se, junto com o ser assistido, por seus processos (dinâmicos) e vitais, de convivência e, também, de saúde e doença.

A ideia foi, fomentar que de acordo com suas percepções e compreensões, caso se precise ter mais capacidade de autoavaliação, paralela à avaliação realizada por outra pessoa, que se busque mediante uma relação (bem construída) estabelecer vínculos crescentes e, tendo êxito, que estes possam resultar em um acompanhamento concedido e significativo por ambas as partes, mediante regras individuais estabelecidas (em cada situação) e que pautem-se por seus exercícios de liberdade, mesmo que por regras estabelecidas pelo mercado ou diante de outras possibilidades que hajam (caridade, amizade, institucionais, voluntárias ou não), ou que busquem outros recursos gerais de resistência (caso não se sintam motivados).

Significa também uma retomada do exercício da liberdade individual (FREIRE, 1996, 2009, 2011) em que nos cabe pensar, sentir e agir (ANTONOVSKY, 1996) e, de fato, atuar no exercício da cidadania (ANTONOVSKY, 1996) com nossas (maiores/menores) formas de sujeição ou contestação (FOUCAULT, 1984, MANSANO; 2009, ROLNIK, 1997; SANTOS, 2016). Acredito que os mecanismos de sujeição apenas existem se os aceitarmos passivamente (FREIRE, 2014), em âmbito individual (MANSANO; 2009, ROLNIK, 1997, BOURDIEU, 1997) e, claro, no coletivo, por forças maiores que as que nos dão capacidade de autodefesa (YASUI, 2016; BARRETO, 2017).

Por esse motivo, não há sentido em não discutir o poder que atribuímos a qualquer indivíduo e classe profissional (BOURDIEU, 1997, BOURDIEU, 2010), quando ela é dada por nós mesmos, como seres pensantes e que constroem e reconstróem as regras de convivência social (BOURDIEU, 1988, p. 6) e, por isso, fluem e tornam-se um paradigma ou uma parábola, como ele nos diz, sempre passível de reconstrução.

Na Teoria da Ação Social Max Weber funda a discussão conceitual que hoje instrumentaliza todo ato do direito humano. Sua teoria vai sequenciar a teoria de Carl Marx, no sentido de tipificar o moderno capitalismo no ocidente. Assim, o conceito ideal-típico (LEFREV; LEFREV, 2004; LUZ; WENCESLAU, 2012) de Weber (2004, 1944; 1965) citado por Madel Luz (2012, p. 15-17), nos permite ter suporte teórico para aqui pautar (em 2019), um setênio depois, uma maneira simples de contribuir para desmistificar parte da dificuldade de operacionalização do repasse de certas bases do saber histórico integrativo (nas instituições acadêmicas que queiram pluralizar suas reformas curriculares) a partir de práticas pouco ortodoxas. Tais práticas vêm sendo realizadas e, ainda irão realizar, variadas formas de acordo com as lentes de cada observador e formador de “recursos” (ou melhor, de seres) humanos. Tais seres são às vezes sensíveis e reflexivos, afeitos à expressão de afetos/desafetos e demais sentimentos, ou mais racionais e tecnicamente preparados para lidar melhor com saberes materialistas, numa interação sempre individualizada, subjetivada e, ainda, socializada.

Contrariando muitos conceitos socializados sobre de cultura, eu percebo que a minha cultura pessoal é resultado de vetores que fluíram de mim e para mim e, impactaram/impactam e impactarão nas minhas tomadas de decisão. Ao criar o Círculo de Consciência para nos apoiar, acredito e defendo que todos, ao lutarmos pela defesa de nossas necessidades pessoais e coletivas (de compreensão, manejo e ação), podemos usá-lo - como eu fiz - com sua aplicação (em mim mesma), com meus estímulos (benéficos e maléficos) para compreender as “afetações” sentidas em gradientes de dimensionalidade física e energética (que, embora, abstrata pode vir a ser profunda para se refletir por qual motivo não pedagogizar (em camadas compreensíveis nossos sentimentos)?

Tal feito apoia-se em outras teorias (ANTONOVSKY, 1987, 1996, YASUI, 2016, REICH, 2012, TORO, 1999, LOWEN, 2012, BEZERRA, 2001; BARRETO, 2017, WUO, 2005) visto que afirmam, e eu concordo que há forças, não necessariamente conscientes, que se tornam singularmente potentes para o bem-fazer ou para descuidar-se, e descuidar do que há ao nosso redor. Ou seja, eu acredito e defendo que há uma comunicação e conscientização entre nossos diversos ‘estados’ de consciência, que apenas se atinge na mais delicada e tênue camada de experimentação (que é sempre processual).

Eu sempre busquei analisar que nossos sentimentos (entre o ser - essência - e estar - status) passam por papéis que optamos em portar, ou rejeitamos, ainda que nos atrelem

a eles, de alguma forma, ou tentem e falar sobre eles, é importante, sempre que possível! Mas que estando lá, a energia socioemocional transita nos corpos e deixam “marcas” (visuais/transcendentes), perceptíveis energeticamente, psicológica e esteticamente.

Assim, a Pedagogia da Harmonia é um conjunto de possíveis ações de ensino-aprendizagem (adiante descrita), pautadas em práticas humanas sensíveis e criativas e foi criada com a finalidade de ser disponibilizada como elemento pedagógico e também como elemento de uso pessoal (para o cuidado de si). Surgiu da minha própria necessidade de criar estratégias de autoregulação, ao longo da busca do maior exercício possível de minha consciência e autonomia sobre o que me faz sentir-se bem, como também dada a observação de questões relacionais próximas e empíricas (WATSON, 2007, WINNICOTT, 1975, ALVES, 2009; AMOROSO; DI BIASE, 2011) e também relatadas por outros profissionais de renomado saber acadêmico (HAMMERLY, 2006), através das práticas artísticas corpóreas e também das Práticas Integrativas que experimentei.

O como usá-la não me compete apontar ou restringir, ao contrário, incentivar o modo inventivo e singular de cada pessoa para que dela se beneficie e aos que quiserem usá-la. Me restringirei, apenas, a apontar algumas sugestões a partir das leituras criativas (WUO, 2013; SILVA, 2013, SIMAS, 2014) fenomenológicas que fiz e que tive acesso (BEZERRA, 2001; LOWEN, 2012, TORO, 1999, BARRETO, 2017, ABED 2016, MOTA, 2013), entre outras, mas de respeitar a autonomia (FREIRE, 1996) e trajetória pessoal de cada um (ABED, 2016) para que possa provocá-los a ressignificar a própria prática (como venho tentando fazer).

Para fundamentar este exercício pessoal opto por adotar Luz (2012) como autora, para falar do que reafirmarei por camada astral, a qual seria o que Streeter, Thornton e Schipke, Kimberly (2011) elucidaram graficamente com a moderníssima medicina tecnológica, a qual tem-se hoje aproximado da melhor elucidação visual da aura, visto haver a capacidade de provar que há um corpo com diferentes nuances/cores em termos energéticos ao redor e dentro do corpo físico (em forma de onda). Sobre isso, Weil (2011) já explicitava que todo ‘corpúsculo’ tem uma ‘onda’ e por isso reafirmo consequentemente que tudo que há tem uma expressão não física (filosoficamente protagonizadas pela pauta das correntes metafísicas) e o que quero dizer com isso é que essas nuances se moldam em cores e formas ondulatórias conforme nossa energia é/torna-se/convoca-se para um lado ‘bom’, favorecendo no corpo uma nuance luminosa (de cor mais clara) ou seu contrário, de cor com tons mais escuros (SLATE, 1998).

Já o oposto, também é/torna-se/convoca-se como uma ‘verdade’ (não tão luminosa), uma realidade possível de ser tanto sentida como percebida em diferentes graduações (de acordo com a sensibilidade e canalização energética da intuição de cada um) através de sensações de mal-estar, tensão no “ar”, olhares (des)afetuosos, e coisas que provocam sentimentos negativos/pesados e que, materialmente, não podemos provar (sem a mediação da intuição e de algumas dentre as novas tecnologias, como a eletrofotografia (SLATE, 1988) e a termografia (STREETER; SKIPKE, p. 2011), possivelmente no futuro usadas em ambientes fechados maiores/como um cômodo adequadamente isoladas as paredes, como se faz hoje com o uso de raios X, ressonâncias magnéticas e tomografias).

E como (numa perspectiva de valor de uso), as PICS vem tornando-se novas racionalidades (também médicas e não-médicas), a partir da construção do conceito de racionalidade médica, do tipo ideal, que foi o instrumento (estratégico) usado por Max Weber na criação de seu referencial teórico e sociológico (LUZ; WENCESLAU, 2012, p. 190), assim meu referencial teórico-conceitual e teórico-metodológico, a respeito do valor de uso de uma forma de analisar-se, leia-se ‘emponderar-se’ da forma mais complexa até o momento atual em termos metódicos de ‘análise’ e de ‘gestão’.

Sobre como cada autor materializa seus postulados, um excelente exemplo é o de Gauthier, que, segundo Iraci dos Santos (2016), criou um conceito chamado ‘confeto’, que é a mistura de conceitos com afeto (com doses de sentimento e conhecimentos estruturados e marcados em cada um). Esse conceito, também híbrido, me reporta para os saberes ‘psi’, entre os quais busco conscientização das emoções sentidas e de possíveis influências vividas (cognitivamente e mais profundas e transcendentais).

Nessa ideação, abraços, por exemplo, podem vir a ser “provocados” mediante experiências de externar sensações e sentimentos (mais ou menos ocultos) no tempo, mas que estruturam medos, fobias, traumas, etc. Consequentemente, ao perceber-se o valor de uso das ferramentas ‘psi’ (como o grounding e o holding), em que a ênfase que é dada (é a das corporeidades) e sua significação psicossomática muito tenho sentido na “pele”, assim como entendi na teatralidade de formação da personalidade do “clown”, que na verdade nada mais é que uma conscientização do self (do eu, para melhor fazer entender a pessoa comum). E para entender o que é o grounding, um aterramento proposto por Alexander Lowen (1982) como ferramenta que favorece a análise bioenergética (tal como uma árvore), para fazer sentir as trocas de energia física com o solo, mas não apenas com ele, pois a partir do que nos provoca revelam-se dimensões extra-físicas (espirituais,

mentais, energéticas, astrais), por exemplo, que Watson (2007) chama de espirituais, as quais possibilitam a sensibilidade e o desenvolvimento e uso de habilidades caritativas.

No holding, termo suado por Donald Winnicott (1975), pediatra e psicanalista, encontro aporte teórico para dar ainda mais significado a importância de ter “suportes” como o que as nossas mães nos davam ao acalantar, pôr para dormir, amamentar, entre outras ações quando éramos bebês e na falta da mãe o holding é feito por um ‘outro’ (tal como a mãe suficientemente boa), mas que como ‘outro’, tem que cuidar-se - também - além de interagir o mais significativamente possível com o bebê.

Da mesma forma a música, torna-se ferramenta estética de formação humanística a medida que é bem usada para fazer entender-se a si mesmo, a levar para “lugares” de manejo de sensações (as energias sentidas e vivenciadas). Em física, energia é atribuída a condução de correntes eletro-magnéticas que formam campos holoinformacionais e que tudo o que há está neste meio “ambiente” cósmico (AMOROSO; DI BIASE, 2011), mas ainda assim existem cientistas que atribuem ao cérebro a capacidade de modelar a mente humana, dizem estes autores. Entretanto, a muito tempo os físicos sabem manejá-la fora do corpo humano (a energia), enquanto que os psicólogos e alguns biólogos foram se especializaram em entender, explicar, e usar tais energias sutis para conscientizar seus clientes ou para explicar a sociedade suas funções (mente-cérebro), ao passo que todos nós nos conscientizamos dia a dia sobre as fragilidades da condição humana e sua relação com as “energias” ditas sutis, físicas e/ou quânticas.

Assim, nasceu um novo campo que Piaget e Foucault ajudaram a pautar, o qual foram aportando-se em fundamentos do campo da educação (até para dela se diferenciar em termos de valor de uso), mas para darem-lhe potência na aplicação cuidadora do que o social não dava conta, nem de (totalmente) explicar, que dirá de ajudar a resolver. A sociologia, nesse sentido, tratou de mapear certos aspectos, mas não de fazer compreender todos os fenômenos e nem poderia, já que cada humano vivencia (singularmente) seu corpo, e suas experiências.

No debate da negritude, por exemplo, se externa a sensação do desamparo (social) da maioria da população negra (dentro da luta) por ocasião de circunstâncias de racismo, conceito criado para pautar justamente um lugar singular de exclusão e desilusão humana por outros humanos desumanizados. Entretanto, como descendente de negros, brancos e indígenas, mas de sensações possivelmente ancestrais, me coaduno a esta dor sem sentir na ‘pele’ tal preconceito, já que visualmente não atribuem a mim essa ancoragem (de cor negra atribuída ao ser humano não branco, ou em gradações de pardo). Com isso, a

exclusão pode se desenrolar nessa re-segregação (racial), até por quem não lhes discrimina (ainda que não percebam). Mas, pergunto, o ‘desacolher’ é do humano ou de situações particulares humano x humano (branco/negro, rico/pobre; magro/gordo), ou melhor, dos supostos seres que se sentem/acham (a si e ao ‘outro’) rico, pobre, gordo, magro, etc?

Acredita-se que esta seja uma condição que se coloca e que se encaixa, ou que para alguns assim como eu, não se encaixa, jamais. Entendo que pode ser uma construção de discurso que gera, pauta de luta, de busca de solução de um problema e muitas coisas mais. Mas, é/foi ou pode vir a ser também abertura/alargamento de um mercado genuinamente “opressor”, que favorece venda, manipulação e exclusão de sentidos e faltas de sentido para os que neles se afetam e/ou se adequam, já que segrega e faz tomar-se partido de uns, em detrimento de outros (separadamente). E isso, parece ter sido feito como estratégia de marketing, de forma intencional, com foco mercadológico e aos envolvidos há atributos de ordem racial implicada nesses escritos, anteriores à “era” científica.

Em psicologia, self significa algo supra-mental, da ordem dos sentidos/significados atribuídos ao Id (de uma identidade que se tem no singular) e que é inscrita no corpo, afetada no cotidiano, fruto de vivências e conseqüentemente moldada individual e coletivamente (WINNICOTT, 1975). Em educação, o reforço da identidade (e também na psicologia) é muito usada na reflexão moral (SCHRAMM, 2009), na construção e manejo de questões pedagógicas (de cunho bioético) (MILNITSKY-SAPIRO, 2009; REGO; COSTA-MACEDO, 2009) e também socioemocionais (comunitários e familiares) ABED (2016), enfim relacionais, e na saúde isso é, ao meu ver, pouco explorado em termos de educação (pelas gerações que hoje graduam os novos médicos e enfermeiros), como é meu caso. Assim, muitas crenças e conceitos - provavelmente alguns distorcidos - são hoje ressignificados e possivelmente mais percebidos sem tantas reações adversas (pois espera-se que estejamos criando uma cultura de não apoio a LGBTfobia, racismo ou qualquer outro tipo de preconceito) geracional.

MEDICINA TRADICIONAL BRASILEIRA E PORTUGUESA – AVANÇOS E DESAFIOS NO ENSINO MÉDICO E DE ENFERMAGEM

RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares está presente no Sistema Único de Saúde desde 2006 quando formalmente publicada pelo Ministério da Saúde. Sua construção ocorreu como uma forma de incentivar as práticas anteriormente desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, que foram impulsionadas pelas orientações da Organização Mundial de Saúde e, ainda, da pressão de movimentos sociais e entidades representativas de algumas práticas. Em Portugal tais práticas são intituladas Terapêuticas Não Convencionais. Assim, esse trabalho tem o objetivo de analisar criticamente a política brasileira as estratégias similares em Portugal no âmbito do ensino médico e de enfermagem com base em conceitos e referenciais teóricos de Fleury e Ouverney, contemplando suas ideias, atores envolvidos e instrumentos normativos desenvolvidos para contribuir com a discussão sobre seus conceitos e o delineamento do panorama atual da implementação desta, no Brasil e em Portugal.

Palavras-chave: Saúde, Educação, Interdisciplinaridade, Políticas de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

BRAZILIAN AND PORTUGUESE TRADITIONAL MEDICINE - ADVANCES AND CHALLENGES IN MEDICAL AND NURSING EDUCATION

ABSTRACT

The National Policy of Integrative and Complementary Practices, is present in the Unified Health System since 2006, when formally was published by the Ministry of Health. The policy-making, took place as a way to encourage the practices already developed in the health units, which were driven by the guidelines of the World Health Organization and by the pressure of social movements and organizations that were representing some practices. In Portugal such practices are called Non-Conventional Therapeutics. Thus, this work has the objective of critically analyzing the Brazilian policy the similar strategies in Portugal in the scope of medical and nursing education based on concepts and theoretical references of Fleury and Ouverney, contemplating their ideas, actors involved and normative instruments developed to contribute with the discussion about its concepts and the outline of the current panorama of its implementation in Brazil and Portugal.

Keywords: Health, Education, Interdisciplinarity, Health Policy, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são estimuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 70¹. Estas² surgiram no Brasil mediante uma dupla crise social e transformação da base produtiva capitalista, das relações de trabalho/consumo/modo de vida urbano (modelo curativista/especializado/focado na doença) e esvaziamento de abordagens holísticas, emergindo de fatores multicausais, como: organização social/sistema de saúde, conformação das políticas públicas, não compartilhamento de riquezas e quebra de padrões culturais/substituição por uma cultura de massas, devido processo de unificação mundial de fontes de informação/difusão cultural.

Naquele período afirmaram-se aspectos filosóficos/estéticos/libertários por um mundo melhor, valorando-se culturas tradicionais e direitos humanos³. Paralelamente, a publicação de estratégias/resoluções orientadoras da Medicina Tradicional, prevista para ampliação entre 2002-2005 e 2014-2023, realizaram-se progressos em conhecimentos sobre as PICs/desenvolvimento de normas/diretrizes técnicas para a prestação destes serviços.⁴ A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional para as práticas de saúde relacionadas as culturas nacionais; no Brasil utiliza-se o termo PIC⁴ e em Portugal usa-se Terapêuticas Não Convencionais (TNC).

Apesar das iniciativas municipais de implementação das PICs surgirem com a democratização do Estado/descentralização das responsabilidades sanitárias, a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares (PPNIC) no Brasil foi lançada no Sistema Único de Saúde (SUS) 20 anos depois, enfrentando grande resistência (medicina hospitalocêntrica e interesses médicos privados)⁵ e as TNC, em Portugal, em 2003.

Sua implementação envolve justificativas técnico-econômicas, político-sociais e culturais, pois atende às necessidades ligadas ao conhecimento/apoio e incorporação/implementação das experiências realizadas na Rede de Atenção à Saúde, com destaque para a medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia⁵. A entrada das PIC na rede amplia as abordagens clínicas oferecidas, podendo ser a primeira opção terapêutica, ou complementar o projeto terapêutico individual⁶. Diante disto, concorda-se com tais estudos, que produziram coletâneas^{7,8,9} após o lançamento da política brasileira (2006), com conhecimentos que abordam experiências de ensino-pesquisa-extensão em suas instituições de origem.

Dessa forma, a PNPIC tem contribuído para o fortalecimento dos princípios do SUS e conseqüentemente seu desenvolvimento é entendido como relevante para o processo de implantação do sistema⁵ e sua qualificação. Outrossim, percebe-se que as experiências têm ocorrido de forma desigual/descontinuada, constituindo desafio para o acompanhamento/implementação da política⁵.

Destarte, este ensaio objetiva analisar criticamente a PNPIC mediante conceitos/referenciais teóricos de Fleury e Ouverney¹⁰, para tributar discussões sobre conceitos e perspectivas futuras frente aos desafios atuais e compará-la com práticas similares em Portugal (TNC).

OBJETIVOS E DIRETRIZES

Segundo tais autores¹⁰ os objetivos de uma política estruturam-se entre os componentes da sua construção, e determinarão a forma de alocação de recursos e

estratégias adotadas; na PNPIC os objetivos destinam-se a cumprir e a ampliar as ações voltadas as PICs¹⁰, assim como as TNCs em Portugal.

Além disso, considerando que o cerne de uma política ou outra estratégia de governo são constituídas pelo seu propósito, diretrizes e definições de responsabilidades, observa-se que estas fazem delineamento a partir dos objetivos, quando construíram marcos e diretrizes condizentes com os mesmos e as definições de responsabilidades dos entes federados.¹⁰ Igualmente, a PNPIC ou as TNC particularmente envolvem ações com diferentes recursos terapêuticos, delimitando diretrizes específicas para cada uma (medicina tradicional chinesa/ acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterápicos, termalismo social/ crenoterapia, medicina antroposófica), com atenção aos objetivos gerais. Em relação ao plano estratégico há três elementos básicos na construção de uma política: diagnóstico de realidade (situação atual), os objetivos pretendidos (situação futura almejada) e a estratégia a ser adotada (como se atingirá o que pretende).¹⁰ e da mesma forma em um marco legal (no caso das TNCs).

Na PNPIC os objetivos são gerais e versam sobre a incorporação/implementação dessas práticas terapêuticas, sobretudo na Atenção Básica (AB) para prevenção de agravos e promoção/recuperação da saúde, associada ao cuidado continuado/humanizado/integral; a contribuição para o aumento da resolubilidade do SUS ocorre mediante tal inclusão/cuidado prestado e ampliação do acesso à tais práticas, garantindo qualidade/eficácia/eficiência/segurança no uso das mesmas. Outro aspecto refere-se à racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável das comunidades e a estimulação de ações participativas referentes ao possível “controle” social, promovendo o envolvimento responsável/continuado de usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

A estratégia adotada para efetivação destes objetivos foi delimitada nas diretrizes da política, subdividida por cada recurso terapêutico reconhecido. Quanto às ideias sabe-se que o campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos/recursos terapêuticos, que são denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa⁵. Tais sistemas/recursos envolvem abordagens que visam estimular formas naturais de prevenção de agravos/recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, focadas na escuta acolhedora e desenvolvimento do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade.

Outras questões referentes ao campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Todas as ações decorrentes das políticas nacionais voltadas à integração de PICs ao SUS, principalmente quando utilizam plantas medicinais e derivados, como recurso terapêutico, perpassa o entendimento e a valorização de multiculturalidade/interculturalidade por gestores e profissionais de saúde, para maior equidade e integralidade da atenção, fato compartilhado com a visão portuguesa (sobre as TNCs).

Nesse sentido, trata-se dos interesses sociais, que versam sobre a construção da PNPIC no SUS, iniciadas a partir do atendimento às diretrizes/recomendações das conferências nacionais de saúde e da OMS. Assim, as entidades representativas se reuniram com os Ministérios da Saúde (MS) brasileiro e português ao iniciarem a construção da política e marco legal, respectivamente.

Nos diferentes níveis de atenção devemos considerar aspectos biopsicosociais e ambientais, para a manutenção da saúde, e para promover, proteger, restabelecer

indivíduos, famílias e comunidades¹¹, o que demanda por oferta de serviços da Medicina Tradicional, como amplia tais condições quando se inserem as outras medicinas, mediante política pública específica. Nesse contexto aponta-se¹² que uma política emerge de um constructo sistemático de consultas/discussões nacionais para aglutinar as partes e empreender-se sob uma lógica coletivizada e social-democrata, assim como de um marco legal de uma prática inovadora de saúde, ambas com vistas a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Consequentemente, entendeu-se que a PNPIC e as TNCs têm interesse de ampliar o escopo de oferta desses serviços aos cidadãos, qualificando o cuidado, como de materializá-la pela valorização das práticas tradicionais/interculturais.

ATORES SOCIAIS/INSTITUCIONAIS NO BRASIL

Os sujeitos sociais que discutiram/propuseram/lutaram para a regulamentação e ampla disponibilização do uso das PICS no Brasil são, principalmente, os usuários do SUS, os gestores e trabalhadores das diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (do MS, da Fiocruz Manguinhos, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), das Secretarias Estaduais do Distrito Federal e de Santa Catarina, das Secretarias Municipais de Campinas e São Paulo), entre outros.

Participaram da construção política a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, o Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais, a Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Medicinais e as seguintes Associações: Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas, Brasileira de Cirurgiões Dentistas Homeopatas, Nacional de Fitoterapia em Serviços

Públicos, Brasileira de Fitomedicina, Brasileira de Medicina Antroposófica; Médica Homeopática Brasileira e Médica Brasileira de Acupuntura.

Tais instituições, governamentais ou não, reconhecem que a prática pouco centrada no sujeito não tem expressado saúde e contrariamente tem reforçado o adoecimento⁹ com alto custo estatal, pela dependência de tecnologias duras/equipamentos/insumos, que geralmente não resolvem tais situações clínicas e que aliadas às PICs, ou quando ofertadas apenas tais terapias, conseguem reestabelecer a saúde individual/coletiva, posto serem as situações de saúde-doença processuais e não necessariamente tornarem-se crônicas.

INSTITUCIONALIDADE/LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil, desde a década de 80 diversas ações e programas foram implantadas na rede pública, o que aumentou a demanda pela oferta dessas práticas⁷ e desencadeou a publicação das Resoluções da CIPLAN (nº 4, 5, 6, 7 e 8)/88, que fixou normas/diretrizes para seu atendimento no SUS. Tais resoluções materializaram¹² recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde quanto às necessárias inserções das PICs no relatório de gestão 2006/2010 e estimularam o crescimento da rede de serviços com oferta dessas práticas nacionalmente. Em 1999 foi introduzido no Sistema de Informações Ambulatoriais a consulta médica em Homeopatia e Acupuntura de forma a possibilitar o acompanhamento da evolução das consultas também por região.^{12,13}

Conforme o site do MS, o primeiro documento legal foi a Resolução CNS nº 338/2004, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e publicou-se a portaria GM nº 971/2006, que aprovou a PNPIC no SUS e oficializou a aprovação da

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto Presidencial nº 5.813)^{12,14}.

Conforme tais autores/MS, quase um mês depois lançou-se a portaria nº 1.600, que aprovou a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, mas que não havia estabelecido maneiras de junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNESC) registrar tais práticas de cuidado. Por isso, em 2006, o MS lançou a portaria SAS nº 853, que visava incluir na tabela de serviços as classificações das novas terapias, que passaram a compor o sistema do SCNES através de Informações do SUS, incluídas sob o código 068, pelas classificações: 001 - acupuntura; 002 - fitoterapia; 003 - Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa; 004 - práticas Corporais/Atividade Física; 005 - Homeopatia; 006 - Termalismo/crenoterapia; 007 - Medicina Antroposófica.

Em 2007 a ANVISA lançou a RDC nº 67, que dispôs sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias¹⁴, como a portaria nº 3237, que inclui medicamentos fitoterápicos/homeopáticos no rol de opções farmacêuticas na AB, defendida¹² como ampliação do acesso às práticas de saúde e resolubilidade do SUS; em 2008 o MS recompôs a tabela de serviços e classificações do Sistema CNES através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (portaria SAS nº154).

Percebe-se que a medida que progride a legislação o MS organiza tais práticas de gestão, imprimindo maior visibilidade de seu uso e permitindo a implantação de monitoramento/avaliação de indicadores atinentes aos serviços.

Em 2008 é lançada a resolução ANVISA nº 87, acerca das Boas Práticas de Manipulação em Farmácias¹⁴ e a portaria Interministerial nº 2.960^{5,12} e aprova-se o

Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; também se instituí a Instrução Normativa nº 05, que determina a publicação da ‘Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado’ e a resolução RDC nº 95, que regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos.^{12,14}

Durante os anos 2009/2010 publicou-se legislações para normalizar as práticas integrativas exercidas nos respectivos serviços; expediu-se em 2009 a Portaria NR nº 07/DGP, que regula o Exercício da Acupuntura no Serviço de Saúde do Exército e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicou a Portaria nº 84, adequando o serviço especializado 134 (classificação 001), acupuntura.

Quanto às ‘Especificações Técnicas para o Aproveitamento de água mineral, termal, gasosa, potável de mesa, destinadas ao envase, ou como ingrediente para o preparo de bebidas em geral ou para fins balneários’, no território nacional, lançou-se a Portaria DNPM nº 374, que aprova a Norma Técnica nº 001/2009.

Por tudo isso e diante da necessidade de abordagens científicas sobre as PICs, lançou-se a Portaria DGP nº 48/2010, que aprova a diretriz para implantação dos Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) do serviço de saúde do exército; em seguida a ANVISA publica a resolução RDC nº 10, que dispôs sobre a notificação de drogas vegetais junto ao órgão e lança a resolução RDC nº 14, acerca do registro de medicamentos fitoterápicos. E devido a visibilidade/segurança desses insumos tal órgão lança a Instrução Normativa nº 05 e estabelece a Lista de Referências Bibliográficas para Avaliação de Segurança e Eficiência destes medicamentos.

Fomentando a qualidade das práticas farmacêuticas, a ANVISA lança a resolução RDC nº 17/2010, que dispôs sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos e o

gabinete do ministro publiciza a portaria nº 886, que institui a Farmácia Viva no âmbito do SUS. E visando à qualidade do uso da água, lança-se a portaria DNPM, nº 127/2011, que aprova o Roteiro Técnico de elaboração do Projeto de Caracterização Crenoterápica para águas minerais com propriedades terapêuticas, em complexos hidrominerais/hidrotermais.

Em agosto de 2010 a Secretaria de Atenção à Saúde publica a portaria nº 470, que inclui sob o número 007, a classificação Farmácia Viva, na Tabela de Serviços/Classificação (Farmácia), do Sistema SCNES, no serviço de código 125. Por fim, em 2012, lança-se a portaria nº 533, que estabelece o elenco de medicamentos/insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS.

SITUAÇÃO ATUAL/PERSPECTIVAS NO BRASIL

O contexto de inserção de PICs como modalidade de cuidado no SUS é expresso por seu contínuo crescimento, apesar das lutas e interesses entre os atores que a compõe e das ameaças diretas à política pública de saúde na perspectiva de um modelo de seguridade social.

Quase doze anos do lançamento da PNPIC percebe-se um expressivo aumento dos estabelecimentos públicos de saúde com oferta dessas práticas. A linha de base é o diagnóstico do Departamento de Atenção Básica do MS em 2006, que detectou a existência de algum tipo de PIC no sistema público em 232 municípios, pertencentes a 26 estados e 19 capitais.¹⁶

Conforme este diagnóstico, as PICs ofertadas com maior frequência foram as práticas complementares (as que à época não foram consideradas pertencentes a sistemas médicos complexos), como Reiki, Liang Gong, Tai Chi Chuan, automassagem, Do-in, Shiatsu, Yoga, Shantala, Tui Na e Lien-chi, as quais corresponderam a 62,9% destas, seguidas pela fitoterapia (50%), homeopatia (35,8%), acupuntura (34,9%) e medicina antroposófica (1,7%)⁵. Na época era inexpressiva a presença de lei ou ato municipal normativo às ações e serviços de PICS, correspondendo a apenas 6% (16). Verificou-se que as ações que englobavam as PICs, quaisquer que fossem (acupuntura, homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica) aconteciam sobretudo na atenção básica pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, apresentando menor ocorrência na atenção especializada, hospitalar, serviços de saúde mental, entre outros⁵.

A partir de dados do informe sobre o monitoramento das práticas integrativas e complementares de 2016, houve crescimento da produção em PICs no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) em todo o território nacional, havendo aumento de 404% nos valores repassados aos municípios para o financiamento dos procedimentos exclusivos de práticas integrativas entre os anos de 2008 e 2015, chegando a R\$ 2.710.760,40.¹⁶

Segundo os dados do SCNES, em outubro de 2008, haviam 967 estabelecimentos de saúde ofertando alguma prática integrativa; em outubro de 2015, o número de estabelecimentos públicos que ofertam PICs chega a 5.139, representando um aumento substancial nos estabelecimentos a ofertar tais práticas, cerca de 526%, dados dentre os quais descrevemos alguns no quadro 1, abaixo. Esses estão distribuídos em 17% dos municípios do Brasil, contemplando 100% das capitais. Vale ressaltar que na rede de serviços, as PICs continuam sendo distribuídas majoritariamente na Atenção Básica (78%), seguidas pela Atenção Especializada (18%) e Hospitalar (4%). Outro relevante

dados é que em abril de 2010 oitenta municípios apresentavam farmácias no modelo “Farmácias Vivas”, segundo a Portaria nº 886.

Municípios que realizam PICs na avaliação do segundo ciclo do PMAQ			
Estados	Municípios que realizam PICs	Total de municípios	Proporção
Acre	2	22	9,1
Alagoas	16	102	15,7
Amapá	5	16	31,3
Amazonas	10	62	16,1
Bahia	129	417	30,9
Ceará	54	184	29,3
Distrito Federal	1	1	100,0
Espírito Santo	6	78	7,7
Goiás	54	246	22,0
Maranhão	15	217	6,9
Mato Grosso	11	141	7,8
Mato Grosso do Sul	14	79	17,7
Minas Gerais	155	853	18,2

Paraná	65	399	16,3
Paraíba	37	223	16,6
Pará	33	144	22,9
Pernambuco	34	185	18,4
Piauí	56	224	25,0
Rio de Janeiro	32	92	34,8
Rio Grande do Norte	65	167	38,9
Rio Grande do Sul	85	497	17,1
Rondônia	8	52	15,4
Roraima	3	15	20,0
Santa Catarina	131	295	44,4
Sergipe	13	75	17,3
São Paulo	168	645	26,0
Tocantins	15	139	10,8

Quadro 1: Municípios que realizam PICs na avaliação do segundo ciclo do PMAQ

Fonte: DAB/MS, 2015.

Assim, é importante registrar a potencialidade de dados após o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) como uma ferramenta verificadora da abrangência de implantação das práticas na AB. No primeiro ciclo, realizado entre 2011-

2013, com adesão de 17.482 equipes de saúde, foi possível comparar a ocorrência de PICs na AB em detrimento dos números registrados no SCNES, o que revelou o sub-registro existente no último. Constatou-se que 23,2% daqueles que confirmaram a existência de PICS não realizavam registros dessas atividades.

Com a realização do segundo ciclo do PMAQ, que contou com a participação de 29.798 equipes de atenção básica, foi possível obter novas informações sobre as PICs, entre elas, sobre a gestão e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Constatou-se, ainda, que dos 4.769 municípios participantes, 336 afirmaram existir normativa municipal que implementava ações de PICs e que 3.787 estabelecimentos de saúde as realizavam em 1.230 municípios.

Tal avaliação revelou ainda que as práticas mais difundidas foram relacionadas ao uso de plantas medicinais e fitoterapia, seguidas de acupuntura e práticas corporais. Identificou-se, também, que várias outras práticas que ainda não faziam parte do rol de ações cuidadoras referentes a PNPIC, no ano de 2017, tem sido ofertadas, sendo constatadas com maior frequência, a terapia comunitária, arteterapia, dança circular e shantala.¹⁵ Além disso, a implantação dos NASF foi um fator que contribuiu para o aumento da oferta de PICs no SUS. Segundo o PMAQ-AB, a partir da avaliação de 1.764 equipes, 393 desses realizavam PICs em 144 municípios, e 247 afirmaram possuir serviços de referência em tais práticas para encaminhamento no território.¹⁵ A racionalidade mais ofertada pelas equipes do NASF, conforme avaliação do segundo ciclo do PMAQ, é a medicina tradicional chinesa/práticas corporais (tai chi chuan, lian gong, chi gong, tui-ná) e/ou mentais (meditação).¹⁵

Apesar dos avanços, o acesso, o interesse e a aceitação das PICs pelos profissionais e pela população constituem-se como alguns dos desafios a serem

superados. Em relação à aceitabilidade por profissionais de saúde, há estudo que aponta um alto interesse de algumas categorias desses em relação às PIC, como um desejo de realizar capacitação ou formação na área; e há o desejo de que estas sejam abordadas nos cursos da área da saúde¹⁸.

Sabe-se que embora haja alto interesse e aceitabilidade da população, ainda existe pouco conhecimento dessas práticas sobre as diferentes modalidades de PICs e baixo acesso na rede de serviços de saúde¹⁹. Prevalece, portanto, hiato na relação entre a oferta terapêutica disponível e o exercício da cidadania, uma vez que o usuário, enquanto sujeito que tem acesso ao serviço público de saúde, possui o direito em ser orientado sobre as abordagens de cuidado disponíveis, seja ela biomédica ou pertencente a outro sistema e as formas para acessá-la.

Um ponto que merece destaque, na análise da consolidação das PICS no SUS, é a formação de trabalhadores preparados para atuarem com essa abordagem. Se já há dificuldade na formação de profissionais para o SUS, com habilidade para compartilhamento de saberes, atuação interdisciplinar e promoção da saúde, como deles esperar que considerem atuar com outros sistemas médicos? Predomina a abordagem centrada no biologicismo e nos modelos de ensino e atenção hospitalocêntricos. Poucos cursos da área da saúde integram as PICs em seu currículo, sendo necessário avançar nesse aspecto. Igualmente, deve-se ampliar o conteúdo sobre o SUS nos cursos de formação em PICs, que por vezes segue uma linha privatista. Acredita-se que esse processo pode levar a um maior reconhecimento e apoio às Práticas Integrativas e Complementares, estimulando um novo campo de pesquisa científica/inserção no SUS de outras terapias e abordagens profissionais, além dos já incluídos atualmente²⁰.

Não obstante, tais dificuldades, alguns desafios estão sendo superados no sentido da instituição de outras PICs em 2017, por recomendação da OMS e algumas categorias profissionais, o que impactou na inclusão mediante a portaria nº 849, de 27 de março da Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, do Reiki, da Shantala, da Terapia Comunitária Integrativa e da Yoga, práticas que melhor diversificam o escopo de serviços/estudos que ressaltam/favorecem uma cultura de valor de uso de outras práticas de cuidado²¹.

Por esta inclusão, encontra-se atualizada/detalhada a portaria nº 633, que atualiza o serviço especializado nº 134 e fica alterado o nome da Classificação 004 (Práticas Corporais e Atividade Física) para práticas corporais e mentais, assim como foram incluídas as classificações para as Práticas Expressivas (008), Ayurveda (009) e 010, para Naturopatia; e conseqüentemente, por meio da portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017 foram alterados tais procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais na tabela do SUS, para atendimento neste nível de atenção.

MARCO LEGAL COMPARADO COM PORTUGAL

Em Portugal, a construção da base legal das Terapias Alternativas foi iniciada no ano de 2003, na qual a Lei nº 45 que regulou a base do exercício profissional no âmbito das Terapêuticas Não Convencionais (TNC)²². Seu objeto referiu-se à adequação legal estabelecida mediante orientações da Organização Mundial de Saúde e devia aplicar-se a todos profissionais que as exercessem.

No artigo 3º, da referida base legal, conceitua-se como Terapias Não Convencionais atividades oriundas de bases filosóficas diferentes da Medicina

Convencional (MC), as quais constituem meios próprios para diagnosticar e tratar. Dentre as terapias estabelecidas em 2003 constam seis práticas, a saber: acupuntura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia.

Entre os princípios orientadores a lei aborda, que às TNC cabe a defesa da saúde, assim como o pacto pela vida do Brasil, com responsabilidade do estado, já que a saúde é nestes países um bem público, no que se refere a assegurar o direito à proteção individual e, ainda, de aliar tais terapias às convencionais quando convir (de forma complementar, segundo o quarto artigo), mas resguardando a autonomia individual para optar pelo tipo de racionalidade terapêutica que desejar, mediante escolha informada das opções disponíveis, suas vantagens e condições desfavoráveis.

Para praticar tal exercício, o terapeuta deve ser adequadamente qualificado a fim de prestar serviços altamente responsáveis e diligentes, frente às suas competências, assentadas na certificação que lhe confere tais qualificações (conforme o artigo 3º da referida lei). Cabe-lhe também investir em pesquisas que confirmem adequados padrões de qualidade, eficácia e efetividade em relação à área de seu exercício profissional.

Para tanto, o governo português reconhece a autonomia técnica e deontológica do terapeuta e confere ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelo credenciamento e tutela dos profissionais, enquanto aos Ministérios da Educação e da Ciência e do Ensino Superior caberá definir quais serão as condições de formação e, ainda, de certificação de habilitações destes peculiares exercícios profissionais.

No entanto, alegando a especificidade de tais práticas, a lei orienta a criação de uma comissão técnica consultiva para que esta estude e defina parâmetros gerais que regulamentem tais exercícios do âmbito profissional (provavelmente por sessões especiais, de acordo com cada TNC) e, para tal, faz uma tríplice responsabilização

ministerial (Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Ciência e do Ensino Superior).

Tal comissão, ou comissões, deverá/deverão proceder a definição de parâmetros de credenciamento, formação e certificação, como da observação das equivalências (internacionalização) e sua previsão de atuação, planejadas para finalizar-se até 2005, mas ainda aguardando promulgação, mas caberá ao governo, apoiada pela tríplice responsabilização ministerial regulamentar as competências, o funcionamento e a composição da(s) comissão/comissões, seja(m) ela(s) única/específicas. Fato esperado já que as primeiras carteiras dos profissionais foram recentemente entregues²³.

Entretanto, em Portugal as TNCs foram adotadas para serem ensinadas como licenciaturas, fato que difere do Brasil, o qual as tem integrado às graduações em saúde (médicas e de enfermagem inclusive) conforme capacitação e autonomia do docente, que não é obrigado a lhes inserir entre os conteúdos curriculares, embora já haja recomendações internacionais e locais. Ainda assim, frente às lutas para esta inclusão e ampliação da oferta terapêutica, tanto Brasil como Portugal tem se empenhado em adotar tais racionalidades independente das terapêuticas convencionais, provocando uma possibilidade de uma real transição paradigmática na prática de saúde e ensino nestes países.

CONCLUSÕES

Mesmo com os avanços da PNPIC e TNCs, há necessidade de estar sempre ampliando as suas implementações/divulgações e ficou claro que os esforços empreendidos pelo MS e estados/municípios/províncias, no sentido de incentivar as PICs e TNCs, vem ocorrendo no Brasil e em Portugal. Contudo, considerando o contexto atual de desmonte das Políticas Públicas, manutenção e centralidade do/no modelo médico curativo, há muito que se (re)construir social/institucionalmente em termos transdisciplinares/intersectoriais.

Tal política brasileira e marco legal português tem papel importante no fortalecimento dos princípios dos Sistemas de Saúde dos seus países, principalmente o da integralidade, considerado o menos efetivado para sua ampliação e sustentabilidade. Como perspectivas, aponta-se a necessidade de formação para atuar-se no contexto de uso e maior incentivo das PICs nos serviços de saúde, como de buscar-se alternativas intersectoriais e inter/transdisciplinares para lhes abordar e torná-los hábeis em outros paradigmas.

Finalmente, observa-se que o Brasil tem um cardápio de oferta mais diversificado de práticas em relação à Portugal mas este tem se preparado melhor em termos de regulação das mesmas que o Brasil; percebe-se também que as estratégias dos países devem ser continuamente atualizadas para incluir outras práticas que são desenvolvidas atualmente nestes Sistemas de Saúde e que não estão regulamentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa IMC, Bodstein, RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica* 2012; 28 (11): 2143-2154.
2. Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis* 2005; 15(Supl.): 145-176.
3. Pelizzoli ML. Visão Histórica e Sistêmica: Bases para o Paradigma Integrativo em Saúde. In: Barreto AF, organizador. *Práticas Integrativas em Saúde: Proposições teóricas e Experiências na saúde e Educação*. 1ª ed. Recife. Ed. UFPE, 2014. p. 23-49.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estrategia de La OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra: OMS; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília: MS, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Estrela WL, Pinheiro R, Biolchini JC. Homeopatia e integralidade: ressignificando a autonomia entre os sujeitos no SUS. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 317-332.
7. Pinheiro R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 17-37.
8. Luz M, Barros NF. *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde - Estudos teóricos e empíricos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: UFRJ/IMS/LAPPIS. 2012. 452p.
9. Nunes J, Pelizzoli M. O fenômeno da saúde - o cuidado à luz da hermenêutica filosófica. In: Pelizzoli M, organizador. *Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença*. 1ª ed. Recife: Ed. UFPE, 2011. p. 17-61.
10. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: Uma Política Social. In: Giovanella L. et al, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.23-64.
11. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? *Texto Contexto – Enferm* 2014; 23 (4): 1077-86.
12. Rodrigues AG, De Simoni C, Trajano MA, Campos TP. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do sistema. In: Barreto AF, organizador. *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. 1ª ed. Recife: Ed. UFPE; 2011. p. 53-73.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Atenção Básica (DAB). *Retratos da Atenção Básica* vol. 4. Áreas específicas [internet] MS/SAS/DAB. Brasília: MS; 2015.

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares. Legislação específica*. Portal do Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS; 2016. [acessado 2016 jun 14]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica (DAB). *Boletim de informações sobre os dados do monitoramento das ações de Práticas Integrativas e Complementares*. DAB Comunica, eletrônica, Portal do Departamento de Atenção Básica. Brasília: DAB; 2016.
16. Pelizzoli M. Saúde: entre Ciência, Doença e Mercado: Reflexões epistemológico-críticas. In: Barreto AF, organizador. *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. Recife: Ed. UFPE, 2011. p.31-50.
17. Pinheiro R, Machado F, Guizardi FL. Cidadania e cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. In: Barreto AF, organizador. *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. Recife: Ed. UFPE, 2011. p.75-94.
18. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(2): 249-257.
19. Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *ACM arq. catarin. med.* 2007; 36(2): 69-74.
20. Azevedo E, Pelicioni, MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab. educ. saúde* 2011; 9(3): p.361-378.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares. Legislação específica*. Portaldab. Brasília: MS; 2017. [acessado 2018 fev 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php.
22. Publico. Já foram autorizadas 15 licenciaturas em terapias alternativas em Portugal. [acesso em 2018 dez 05]. Disponível em: <http://www.publico.pt/2018/03/26/sociedade/noticia/já-foram-autorizadas-15-licenciaturas-em-terapias-alternativas-em-Portugal-1808005>.
23. ExLibris. Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais. [acesso em 2015 nov 30]. Disponível em: <https://www.itsaude.com/images/ITS4.pdf>.

Orientação paradigmática no ensino da saúde brasileira e portuguesa: sobre a patogênese e a salutogênese.

RESUMO: Estudo comparado das orientações paradigmáticas brasileira e portuguesa e suas interferências nas mudanças formativas em saúde. O objetivo foi caracterizar os referenciais paradigmáticos que orientam a formação médica e de enfermagem na Atenção Primária com relação a promoção da saúde. Trata-se de estudo documental e de base empírica, descritivo, de dois casos, com abordagem qualitativa de suas visões realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Tal caracterização das orientações (patogênica e salutogênica) e contextualização crítica quanto à realização da promoção de saúde destacam aspectos políticos, organizacionais e sinais de realidade para apontar as similaridades das macrocategorias (intersectorialidade e integralidade) e microcategorias (autonomia e poder) das equipes, que tem influenciado na dinâmica de ensino e cuidado, alargando a oferta e posituação da saúde. Conclui-se que há manutenção do modelo com abertura a uma transição nos dois países, em que a modificação do modelo de ensino tem potência para integrar o hegemônico modelo patogênico ao positivo modelo salutogênico através das práticas integrativas, do uso das artes e saberes estéticos e de novos desenhos organizacionais, que favorecem um maior acesso e resolubilidade às novas práticas, condizentes com as necessidades básicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Diretrizes Curriculares, Formação Profissional, Educação em Saúde, Integralidade.

Paradigmatic orientation in Brazilian and Portuguese health education: on pathogenesis and salutogenesis.

ABSTRACT: Comparative study of the Brazilian and Portuguese paradigmatic orientations and their interferences in the formative changes in health. The objective was to characterize the paradigmatic references that guide the medical and nursing education in Primary Care in relation to health promotion. This is a documentary and empirical, descriptive study of two cases, with a qualitative approach of their views carried out by the Center for Public Health Studies of the University of Brasília. Such characterization of the (pathogenic and salutogenic) orientations and critical contextualization regarding the accomplishment of health promotion highlight political, organizational and reality signs to point out the similarities of the macrocategories (intersectoriality and integrality) and microcategories (autonomy and power) of the teams, which has influenced the dynamics of teaching and care, widening the supply and posituation of health. It is concluded that there is a maintenance of the model with openness to a transition in both countries, in which the modification of the teaching model has the power to integrate the hegemonic pathogenic model with the positive salutogenic model through the integrative practices, the use of aesthetic arts and knowledge and of new organizational designs, which favor greater access and resolubility to new practices, consistent with basic health needs.

KEYWORDS: Health, Curricular Guidelines, Vocational Training, Health Education, Integrality.

Introdução

Na perspectiva de pensar sobre a finalidade do campo da saúde, em que a promoção desta tem cabido mudar a direção da ação interventiva em prol de positivá-la, o campo ainda carece minimamente de algumas reflexões/considerações pedagógicas em que a epistemologia acerca do processo saúde-doença e as filosofias que as regem implicariam na reflexão e direção dos efeitos da ação educativa (em si), posto que a temática ainda requer melhorar a lacuna da eficácia frente a atividade-fim.

O conceito estruturante do modelo de saúde mais difundido (o biomédico)¹, mesmo indiscutivelmente útil e de vasto poder em termos de resolução de problemas de saúde, é muito reducionista e mesmo após sua reestruturação no ‘modelo biopsicossocial’ não foi capaz de pedagogicamente resolver parte da aprendizagem significativa de muitas evidências científicas de outras áreas, que não da Ciência da Saúde, nos cursos superiores da área.

Tal fato tem implicado revisão da forma de ensinar, pesquisar e atuar em comunidade logo no início dos cursos, o que tem sido fomentado nas reformas curriculares em virtude de compreender e melhor agir frente ao chamado processo saúde-doença,^{1,2,3} que configura riscos para que a saúde passe ao estado de doença, mas ainda incita identificar fatores de proteção e como operacionalizá-los para positivá-la, entre outros aspectos.

Entretanto, não é bem a saúde que ocupa parte considerável dos conteúdos curriculares destes mesmos cursos, mas as doenças sempre que o estado de saúde se modifica, o que deveria nos ter feito pensar que antes disso, tínhamos uma provável ‘saúde’, de fato e devemos evidenciá-la.

Por esse motivo, iniciamos este artigo criticando a orientação do campo, que poderia ter-se chamado Ciências do Adoecimento, posto que apenas se costuma aprofundar essas reflexões dentro dos cursos de pós-graduação (mestrado/doutorado)⁴, fato que pode explicar parte da pouca capacidade crítica dos profissionais acerca do que é saúde, e ainda do que é promoção de saúde, numa perspectiva metafísica⁵ e transpessoal⁶ evidenciados na evolução de um novo paradigma, em franca estruturação.⁷

Pensando acerca do que é processo, percebamos que tanto a saúde pode passar a estado de doença, como a doença pode passar ao estado futuro de saúde. Dentro desta compreensão, cremos que o campo precisa rever seus fundamentos, pois a compreensão do que é doença está maciçamente enraizada, teorizada e problematizada (sobretudo pela Epidemiologia)^{8,9}, enquanto da saúde não.

Nesse sentido, pensar, por exemplo, como melhorar a forma de comunicar o que é ‘saúde’ e ‘promoção de saúde’ e de estruturar, pedagogicamente, outros conceitos (das práticas integrativas e terapias não convencionais, das áreas das artes e saber estético ou da física quântica), é um imperativo educacional (ético/estético/cognitivo).

Discuti-lo, como através deste estudo, se entende como ato comunicativo enquanto ferramenta de educação em saúde e para além, com um olhar fenomenológico que inclui outros aspectos¹⁰, dos modos de conscientização/sensibilização/representação do simbolismo e complexidade humana^{11,12,13} e da vida, em âmbito geral, e em prol de uma nova maneira de comunicação sobre si mesmo^{14,15,16} e com o outro⁶ no âmbito das Ciências da Saúde, principalmente quanto à como se estrutura essa mecânica bioenergética^{14,15}.

Percurso metodológico comparado

Trata-se de análise de dois casos (Brasil e Portugal), relativo aos paradigmas/modelos que incidem sobre o ensino médico e de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS). As fontes de dados foram entrevistas com participantes dos casos exitosos da III Mostra Nacional de Experiências na Estratégia Saúde da Família/Brasil e informantes-chave e/ou trabalhadores de saúde em práticas similares em Portugal e de fontes secundárias (análise documental), que segundo Yin¹⁷ descrevem cada caso único, que juntos formam um caso múltiplo e evidenciam juntos (do empírico, de documentos e das produções científicas sobre o tema) que modelos estão em disputa e suas características (potencialidades, fragilidades e possibilidades de inovação).

As evidências das entrevistas foram descritas segundo categoria profissional, inserção institucional e/ou cargo (no caso dos trabalhadores, gestores ou informantes-chave), em Médicos (MED), Dentistas (DEN), Enfermeiros (ENF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e TEC para Técnicos de Enfermagem ou de Saúde Bucal,

além de Psicólogos (PSI), Pesquisadores (PSQ), Diretores de Atenção à Saúde (DAS), gestores do Ministério da Saúde (MS), representantes da Universidade Federal de Santa Catarina no Brasil e das Universidades do Porto e do Minho, em Portugal, através das Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Escola de Ciências da Saúde (ESCS), Pesquisadores do Observatório (OBSERV) e demais representantes dos Trabalhadores de Saúde da APS (USF), seguidos das siglas BR, no Brasil ou PT em Portugal, respectivamente nos quadros 1 e 2.

A saúde e a doença em termos conceituais

Por saúde, tomando por base o conceito publicizado em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da autoria de Andrija Stampar¹, trata-se de um pleno estado de saúde², um tanto utópico, no espaço-tempo.

Em tal concepção a saúde das pessoas e da sociedade é vista sob um ‘estado’ analisado, sobretudo de forma estática, como num retrato. Para o autor saúde é mais uma postura (uma atitude) diante dos acontecimentos que o homem (enquanto ser) sofre durante sua permanência no meio².

Por doença, entende-se as alterações biológicas e químicas que o corpo passa, desenrolados em sinais e sintomas pelo paciente descrito^{1,2}.

Enquanto ser, atribuímos sentido e significado às coisas e ao estado que tais coisas se apresentam (físicas e não-físicas, ou ondulatórias, energéticas) às nossas experiências com elas/conosco, isto pelo fato que tudo que há tem duas dimensões, uma corpuscular e outra de onda, que formam as partículas quânticas⁷, as quais atualmente vemos falar abertamente desse saber na internet por não físicos, informando como podemos usá-la conscientemente para beneficiar a nossa saúde, através da meta-cognição, mas é importante ressaltar que desde 1900 Max Planc apresentara formalmente esta descoberta; porém, possivelmente por ser físico não intuía seus variados usos em outras áreas, o que foi feito ao longo do tempo.

Assim, para fins deste trabalho defendemos estes estados (saúde e doença) como partes de um continuum, em que na experiência física pode ser vista no meio ambiente planetário, do qual fazemos parte, ou sentida em termos energéticos (metafísicos).

Forças vitais x forças mortais

Diante dessas estruturas, dividiu-se por visão (vitalista e positivista) o que se denominou ‘racionalidades’, sendo a patogênese a racionalidade dominante. Entretanto, embora, ela mantenha-se hegemônica, surgiu no berço de quatro áreas (enfermagem, medicina, sociologia e psicologia)¹ uma interseção, a partir do lançamento em 1979 e 1987 dos livros de Aaron Antonovsky, criador do modelo antagônico à patogênese, denominado Modelo Salutogênico^{1,18,19}. Tal modelo, devido os estudos dele aprofundados¹⁸ e mediante a difusão impressa e, posteriormente reforçada cientificamente na internet¹⁹ e outros, foi sendo considerado um novo paradigma.

Com esta visão, o autor desse positivo modelo de saúde¹⁸ e os seguidores¹⁹ dos seus passos^{1,18,19,20}, passaram a contrapor visões que difundem haver ausência de indicadores positivos de saúde², a partir dos quais se poderá dimensionar os aspectos qualitativos.

Assim, diferente da patogênese, em que as forças operam na direção da doença, na salutogênese se identificam os fatores (individuais e coletivos) que geram saúde^{1,18,19,20}, entre eles os psicológicos, sociais e subjetivos, nos quais a exemplo do medo ou da alegria, podem ter raízes socialmente construídas, o que não exclui que pode ter uma estruturação psicológica que passa pela capacidade cognitiva e experiência singular que lhe estrutura¹, mas que depende da forma de subjetivação e intensidade das vivências que a vida oportuniza a cada pessoa. Ou seja, há questões tênues mais relevantes nessa lacuna para serem trabalhadas pedagogicamente.

Sendo assim e nessa direção, por salutogênese entende-se as forças geradoras de saúde e pautar que a sua gênese é papel fundamental para os profissionais que atendem (indivíduos desde sua concepção e nascimento e os assistem) e cuidam durante a vida, no salutar e no adoecer. Portanto, esta teoria não é útil apenas à área de saúde, mas difundida também na educação^{1,20}, posto que neste âmbito se acompanha o viver, o ensinar e o aprender, podendo inclusive ser, tal teoria, um recurso valioso ao percurso desse existir.

Finalmente, segundo a OMS se reconhece em 2001, no Relatório sobre a saúde no mundo, que sob uma abordagem transcultural é complicado uma definição universal de Saúde Mental e também que o novo paradigma tem uma estreita relação com seu

desenvolvimento²¹, reforçando a importância da inclusão da orientação salutogênica, como aqui defendida e fundamentada^{1,18,19,20}. E embora seja um avanço, esta constatação traz em si uma forte estruturação do que explica a fragmentação do saber na área de saúde, que inclusive dificulta a não superação da patogênese como pilar que movimenta uma forma de lidar com o processo de adoecer e salutar, fazendo da incompreensão ou precariedade que lhe estrutura, sua pouca ou nenhuma resolução, fomentando que haja mais falta de saúde e seu monitoramento, que a preocupação e intervenção para que não se adoça ou para que adoecendo, não tenha autonomia e capacidade de concreta resolução (e fazendo depender crescentemente do mercado médico, farmacológico e hospitalar).

A saúde e a doença em termos paradigmáticos

Um paradigma conforma-se em uma transição de pensamento de uma época, mas ao longo do tempo a epistemologia deste termo filosófico tem sido analisada, discutida, e conseqüentemente ampliada.

Weil tratando de teorizar o significado do termo ‘paradigma’ expõe ser este um termo grego, a significar exemplo de algo (‘modelo’ ou ‘padrão’); tal denominação é antiga e vem de Platão, em sua filosofia⁷, quando afirma que o mundo das ideias reflete o mundo sensível das afetações que temos como experiência, enquanto exemplo originado nas oportunidades do andar na vida.

Na visão da psicologia genética, um paradigma ou modelo termina por influir nos padrões de comportamento, já que a mente do sujeito é o centro desse debate no curso, enquanto nos cursos da saúde seria o corpo o alvo da compreensão e intervenção profissional. Piaget descreve a estrutura cognitiva em etapas cíclicas a partir da interação do sujeito com o meio, sendo dela resultante a inteligência, fruto da adaptação e interatividade entre o ambiente e a maturação biológica das pessoas, numa relação dialética²².

Com a Salutogênese, a interseção das áreas de saúde, educação e humanas fez com que esse fenômeno tão complexo, pudesse ser melhor interpretado, em todas as suas dimensões. Carrondo¹ salienta que na década de 70, com o advento do Modelo Biopsicosocial, os fatores psicológicos acrescentaram e amplificaram os sociais no olhar

sobre o biológico, mas não resultaram completamente na mudança do modelo biomédico (patogênico), ainda que elementos como a cultura estejam contemplados nesse olhar analisador.

Isso, devido ao Modelo Patogênico ter no centro de seu fazer as partes da pessoa adoecida¹, separadas em órgãos, como se máquinas fossem diante de uma engrenagem maior, o corpo, mas com uma materialidade muito convincente, mas que não retrata o todo e sucumbe o poder da mente.

Fatores singulares, entre eles a cognição, tem no cerne da questão a avaliação subjetiva do aprendizado, que também sofreu influência do modelo cartesiano, e ainda carece de um elemento básico, o poder (simbólico, principalmente, de autoregulação), gatilho para a força promotora do ímpeto (do cuidar-se, e também do descuidar-se). O poder simbólico²³ inclusive é uma estrutura que tem uma vasta discussão em muitas áreas (política, educação, direito e outras), mas não maciçamente no agir sobre si mesmo e aplicação em relação ao ‘coletivo’, a não ser na teoria da comunicação (por meio da construção de sentidos).

A categoria ‘social’ é muito complexa e sua historicidade vivenciada proporciona a criação de uma cultura, a qual incide de ‘certa’ forma sobre a sociedade, mas afeta a cada indivíduo de acordo com sua estruturação subjetiva²⁴.

Sob o olhar em que cada pessoa enquanto parte integrante de uma existência, que não se acaba no ser humano e seu meio coletivo de vida (material), se estrutura o valor de uso da salutogênese enquanto paradigma, que se ocupa de entender o que a vitaliza e induz ao estado de potência.

De qual saúde, afinal, estamos falando/ensinando?

Devido estas polaridades conceituais, mas considerando os avanços científicos e os permanentes desafios atuais, um fenômeno complexo como a saúde não pode deixar de ser enriquecido a luz de outros campos e outras teorias.

Saúde não é um estado contínuo, em que se tem a certeza diante de um profissional que está tudo indo bem (orgânica, bioquímica e imunologicamente), mesmo que

parcialmente exames e consultas digam que, fisicamente, sim ou não. Tal compreensão, por esse motivo, demanda conhecimentos, habilidades e atitudes que não cabem em apenas um núcleo profissional ou área, mas requerem um esforço coletivo para um fim comum na maior parte do tempo.

Portanto, essa estruturação deveria fazer parte, da formação profissional. Nesse sentido, Resende² afirma que a doença tem raízes também no medo e ansiedade diante dessas incertezas, um dos motivos para este estudo, para indicar pedagogicamente que aos profissionais de saúde cabe ter em sua missão a responsabilidade de trabalhar crenças, mitos, fatos e modelos com a população (nos conteúdos curriculares), claro que dentro de indicações e necessidades (epistemológicas e filosóficas), que cabem numa relação de vínculo com quem a se assiste longitudinalmente, numa perspectiva de cuidado e análise do caso a caso.

Por doença, ou enfermidade, denomina-se toda condição clínica da pessoa onde o estado de saúde altera-se e passa a um estado de mal-estar, geralmente, associado a visão da epidemiologia, em que por invasão de um patógeno o estado de saúde do sujeito transforma-se em patologia. Ou seja, minimamente terá um ou mais patógenos associados à sua gênese. Mas não apenas isto, não em todos os casos.

Assim, para Resende² doença, assim como saúde, são processos relativos e dinâmicos e que ao longo do tempo gerou quatro principais teorias, entre as quais traduzem o processo saúde-doença com base: na Teoria Unicausal, na Teoria da Multicausalidade, na Tríade Ecológica de Leavell-Clark e no Modelo da Epidemiologia Social. Na primeira, um agente biológico seria o causador do adoecimento, na segunda, que ela contesta, seria necessário mais que um patógeno para as doenças ocorrerem, fato discutido a luz da coexistência de múltiplos fatores ‘adoecedores’, entre os quais é cabível medidas concretas e socialmente possíveis de efetivar para interromper a cadeia causal.

Nesta lógica, a Epidemiologia adota os conceitos de normal/anormal na visão do positivismo, enquanto padrões passados e estatisticamente monitorados com desfechos de ‘saúde’ e ‘doença’; por fim, o último incorpora o ‘social’ aos fatores ‘biológicos’ para formarem uma estrutura que predispõe o adoecimento.

Contudo, sob uma perspectiva centrada numa outra visão, a vitalista, a doença seria, então, uma experiência do ser humano para perceber que sua força vital estaria

enfraquecida, mediante um fator biológico ou de outra natureza, sendo naquele momento capaz de desarmonizar a unidade mente-corpo. Estando aí contraposto, antes mesmo do advento das Ciências, a determinação subjetiva, que está implícita nesta visão.

Mas, que com o poder gerado pelas regras científicas se desqualificou tal modelo de pensar³, o qual era palco do berço da Filosofia, em sua formação, e que hoje se retroalimenta entre áreas como a Bioética e a Hermenêutica Filosófica, que trazem tais argumentos dentro de uma lógica disciplinarizada, ou seja, adequadas a estas normas.

Por este motivo, independente do cenário (Brasil ou Portugal), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são a maior expressão do que coletivamente é causa do efeito ‘adoecedor’ mas e a nível pessoal, singular e subjetivo, a Epidemiologia consegue explicar (tal como funciona) todas as causas da saúde e da doença?

Por isso e lembrando que há um termo, então, contraditório denominado saúde ‘mental’; contraditório, pois na verdade sabe-se hoje que um influi no adoecimento e sanidade do outro.

Nesta perspectiva cartesiana, corpo e mente são partes de um corpo-máquina⁷ que, teoricamente, deveriam funcionar sem apresentar defeitos, o que aguçou a criação das especialidades que, separadamente, diagnosticam e tratam cada caso mediante sinais e sintomas próprios de cada subárea (especialidade). Esse modo de pensar, tornou-se hegemônico, termo que caracterizou o modelo que vem dominando o poder e saber da área de saúde desde a década de 70, antes do materialismo histórico lançar o social como novo elemento para explicar o fenômeno da saúde ou da doença.

Concordamos que o ser vivencia o espaço-tempo de inúmeras formas frente às experiências e apenas na consciência desse todo (físico e psíquico/mente e corpo), no meio planetário e cósmico, em que se ensina e aprende sobre sua concepção de saúde e doença, portanto, torna-se gente que tem subjetividade e processos de subjetivação; processos que lhe orientam no seu andar na vida, inclusive não-fisicamente (energética/espiritual/quânticamente), os quais influirão nos aspectos que ele decidir, no seu microespaço de poder, sobre como agirá como pessoa e profissional (em relação à sua autonomia), por exemplo.

Conceitua-se SOC o Senso de Coerência que é a direção à vitalidade ou à mortalidade, o qual tem a ver com o sentido atribuído à vida e RGS os Recursos Gerais de Resistência (individuais e coletivos) em forma de apoios de várias ordens¹.

Macro e microcategorias nas práticas do ensino

A primeira questão a pensarmos nesta produção refere-se a dimensão filosófica destes dois paradigmas e como elas nos colocam num ‘não lugar’ enquanto campo. O campo da Filosofia, por exemplo, foi por isso contestado no passado provavelmente para demarcar poder acerca de outro ponto de vista (da perspectiva científica, portanto, fragmentado) para afirmar que a necessidade de algo material teria que ser separado enquanto objeto de análise (materialismo), recortado da máxima forma possível para particularizar seus resultados, já que os efeitos da metafísica (da qual a energia mental é parte), por exemplo, não eram a princípio - realisticamente – vivenciados de forma experimental, como é possível pedagogicamente^{6,14,15,16} na atualidade (no teatro¹⁶ e em algumas abordagens terapêuticamente^{14,15}).

Dentro desta perspectiva a política, a organização, os sinais da realidade (do Sistema de Ensino) encadeiam-se de forma a apontar esse retrato do momento atual sobre os modelos e paradigmas da formação (médica e de enfermagem) na área de saúde, tanto no Brasil quanto em Portugal.

Dentre os resultados da III Mostra Nacional de Saúde da Família temos em termos de ensino da saúde poucas novidades, o Ensino das PICs, o Ensino com uso da Arte e o ensino na presença do Modelo de Matriciamento, os quais tem em si origens filosóficas e organizacionais potentes, que trazem questões neste estudo sobre duas macrocategorias: a primeira, que as permite acontecer, a intersetorialidade, e a segunda, que por conta dela passa a se fortalecer, a integralidade; e duas microcategorias, a autonomia e o poder.

Isto ocorre por que através do desenvolvimento do Modelo do Matriciamento, do Modelo das Práticas Integrativas e da realização de Práticas Artísticas incitam mudanças nos processos de trabalho através das Ações Intersetoriais, que favorecem a defesa da Integralidade, conforme expresso nas visões dos pesquisados, como evidenciada nesta fala de um dos profissionais de saúde (odontólogo/a), de São Paulo (Brasil), ao referir que *“na verdade essa premiação [...] serviu como um despertar de que a*

intersetorialidade é o caminho” (DEN, Vacaria) e nas falas descritas a seguir (dele/a e de um/a gestor/a da Paraíba):

“Agora a gente está centrado mais nas práticas integrativas e complementares, principalmente as plantas medicinais. Eu acho que nós aprendemos que não adianta fazer nenhum projeto individualizado, então esse programa [...] tem agricultura, [...] o trabalhador rural; [...] na verdade a saúde acaba sendo o centro mesmo” (DEN, Vacaria/BR)

“Nós temos no DST/Aids uma Oficina de Teatro. E aí isso a gente perpetua...a gente tem professores contratados para fazer trabalho de teatro nas unidades Saúde da Família. Então, a gente promove cursos [...] abriu agora a inscrição para mais uma turma [...] vários agentes comunitários de saúde estão sendo formados por essa oficina [...] para aprender sobre teatro e divulgar as ações de saúde” (DAS, JPPB/BR)

Tais falas evidenciam, ainda, a possibilidade de uso das microcategorias autonomia e poder, que podem ser naturalmente usadas com criatividade, mas que podem ser potencializadas por cada sujeito, no cotidiano do trabalho sobre os vários aspectos que causam saúde ou doença, como incidem sobre os modos de aprender e ensinar sobre seus processos.

Estas constatações são comparáveis com Portugal, que também vem desenvolvendo - após suas reformas - novos arranjos políticos e organizacionais desde 1974 (com a mudança na constituição) em seus sistemas de ensino/saúde^{1,19,20}. Tais mudanças ocorrem como no Brasil, após a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e Psiquiátrica, que após 1988 vem se consolidando em variadas políticas sociais e de saúde²⁵, apesar das investidas de reinstitucionalização ‘asilar’ do paciente de Saúde Mental.

Ainda mais por estes motivos, estes devem ser valorizados pois tais saberes/práticas (filosóficas, artísticas/estéticas e organizacionais) tem grande potencial para influir sobre o ensino da integralidade, uma grande categoria do estudo e desafio da área enquanto diretriz constitucional (no Brasil), através da qual atos cuidadores simples, mas complexos, podem ser melhor compreendidos, vivenciados e incluídos nos processos de trabalho das equipes de saúde, nos dois cenários.

Primeiramente, se faz necessário ressaltar o caráter multidimensional desse objeto de estudo (os paradigmas), que a partir das suas dimensões de análise (política, organização e sinais de realidade) apontam para uma mudança paradigmática que vem ocorrendo no Brasil, no contexto do ensino médico e de enfermagem nos cenários de prática de ensino da saúde mental²⁵, através dos quais encontra-se coerência nas evidências brasileiras da III Mostra Nacional da ESF (quanto à haver convivência de dois modelos, o hegemônico e o não-hegemônico^{25,26}, através da resistência à desumanização, através do maior uso das tecnologias leves, do uso das artes e das PICs em todos os âmbitos do sistema de saúde, portanto, abrindo-se à transição); o que permite avançar na defesa da vida e da integralidade quanto à mudar o sentido do ensino da saúde no Brasil²⁶. No cenário português^{1,20} há outras mudanças nesses arranjos organizacionais (eles ocorrem na forma como na APS se cria o modelo de atenção familiar), tendo os profissionais como protagonizar o arranjo assistencial, conforme afirmado abaixo:

As unidades são, são construídas com uma geografia humana bem definida, que tem a ver com a relação de confiança que existe com os médicos, portanto, as unidades de saúde familiar [...] cobrem quase um terço da população em Portugal [...] mais de 300 unidades, já cobrem [...] mais de um terço dos profissionais de saúde, nos cuidados de saúde primários [...] mas, um grande paradigma que tem é fato, uma equipe que se constituiu de forma voluntária, não foram obrigados, portanto, isso tem muitos mecanismos que nós dizemos na área da gestão, mecanismo but now, mais para cima, foram mecanismos de empowerment, dos próprios profissionais, não quer dizer que foi fácil (PSI-FCM/PT)

Nesta entrevista, fica clara a produção de uma nova consciência ideológica profissional, que também implica no uso da autonomia dos membros da equipe de APS portuguesa, voltando-se para uma real tomada de ‘decisão’ política, podendo apontar uma concreta mudança em termos de inovação organizacional e de processos de trabalho – em nível local – numa incrível possibilidade de mudança cultural e paradigmática; no Brasil, nesse sentido, o que ocorre - além da implantação de outras práticas de cuidado - é a integração setorial com maior autonomia interprofissional através do matriciamento, que em alguns municípios tem um percentual de cobertura considerável, como aponta o

entrevistado em um cenário no Brasil: “*O matriciamento é efetivado em todos os Centros de Saúde, é 100%*” (PSQ3-FLOR/BR).

Ou seja, ambos têm diferentes graus de potência e autonomia nas suas práticas para fazer esse avanço transicional mediante a presença de elementos como as ‘artes’ e o olhar ‘terapêutico’ através dos cuidados ‘ancestrais’ (em forma de práticas ‘integrativas’ e ‘complementares’) e ainda dos novos arranjos organizacionais e formas de cogestão.

Como ressaltado anteriormente, em termos organizacionais há mudanças na oferta dos serviços de saúde, desdobradas no Cardápio de Ações das equipes no Brasil^{25,26} e na Carteira de Serviços em Portugal^{1,20}, na APS, e um aspecto comum, a integração saúde-escola, ou seja, do Sistema de Saúde e do Sistema Escolar sendo a universidade a ponte para tal mudança através da REPS¹ em Portugal e do Sistema Saúde-Escola (SSE), no Brasil.

Tais desafios (com a ajuda das potencialidades de cada cenário da comparação) favorecem trabalhar-se melhor os conceitos e operacionalização do SOC e dos GRS^{1,18} através do ensino das PICs e do Saber Estético (de forma transversal), pois ambos trabalham o despertar da consciência e do lado sagrado, potente e complexo da vida, da necessidade de valorização da expressão do que compreendemos, sentimos e fazemos e dos seus reflexos no dia a dia, como do manejo energético desse corpo-mente para potencialização da vida no Brasil e em Portugal, requerendo principalmente a preparação do corpo docente e reforço da educação permanente.

No Brasil chamamos as ‘outras medicinas’, as pioneiras, por Práticas Integrativas e Complementares (PICs) mas estas podem ser denominadas Terapias Não Complementares (TNC), como são conhecidas em Portugal. Através delas e do teatro defendemos que o Saber Estético, permite o uso e manejo das energias e favorece uma leitura de si pelos modos de subjetivação (que, pedagogicamente, podem aguçar essa mobilidade do estado saúde-doença), a fim de sempre prospectar para melhorá-lo.

Tanto os resultados positivos podem ser destacados, como os negativos, que foram detalhados para oportunizar, através deste estudo comparado, um olhar descritivo e analítico (histórico) sobre nossa reflexão sobre estes processos. Assim, a comparação¹⁷, como método adotado, visa evidenciar o que tais culturas políticas de saúde/ensino aguçam no caso da categoria integralidade e intersetorialidade, também muito

evidenciadas na comparação, em que a categoria organização numa perspectiva de regionalização, descreve muitas similaridades entre os modelos brasileiro e português, e ajuda com as mudanças nos processos de trabalho, em que se busca resolver muitos dos problemas de saúde compartilhados entre vários setores, que necessitaram estar unidos, apoiando-se, como na dinâmica da vida, em que a incerteza⁷ e a complexidade opera^{11,12,13}, contínua e simbolicamente^{14,15,16,23}, ora frágil, ora forte.

Portugal tem legislação específica que respalda a atuação dos terapeutas de 07 modalidades de TNC (Naturopatia, Osteopatia, Homeopatia, Quiropraxia, Fitoterapia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa) desde 2014²⁷, mas foi por meio da Lei nº 45, de 2003 que o país mediante orientações da OMS publicou a adequação legal das práticas ofertadas oriundas de bases filosóficas diferentes da Medicina Convencional; o Brasil tem um cardápio de oferta maior de PICs (18)²⁸; e seu respaldo legal foi materializado em uma política pública de saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, mas que antes foram pouco a pouco se expressando também em termos legais, até que virasse uma política.

Em Portugal há regulação pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) da emissão de cédulas profissionais dos terapeutas holísticos (ExLibris)²⁹; no Brasil ainda não, mas se está iniciando uma aproximação a fim de melhor compreender a oferta e posteriormente instituir sua regulação.

Em 2017, no Brasil, além de todas as Terapias Complementares ofertadas em Portugal, foi incluída a oferta de outras práticas: Medicina Antroposófica, Termalismo/Crenoterapia, Arteterapia, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Terapia Comunitária, Dança Circular/Biodança, Yoga, Oficina de Massagem/Automassagem, Auriculoterapia e Massoterapia³⁰.

Em Portugal as TNCs são ensinadas apenas como pré-graduação, que significa o equivalente à nossa graduação no Brasil, com pedidos iniciados em 2016, porém entre as ofertas realizadas em universidades públicas, apenas 2 dos 15 cursos autorizados em Portugal até este ano, foram ofertados no país, 01 de Acupuntura em Setúbal e 01 de Osteopatia no Porto; sendo a maioria dos pedidos para a Osteopatia²⁷.

Nesse contexto, destaca-se que essa abertura de aceitação das PICs/TNC vieram a partir da década de 70, mediante surgimento de teorias que foram criadas, muitas da

psicologia, que aqui fazem sentido e que com elas dialogam, uma de Enfermagem, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson⁰⁶, que se direciona para a transcendência (também evidenciada por Rolando Toro¹⁴ com a criação do Modelo Teórico da Biodanza e através da Análise Bioenergética, teorizada por Alexander Lowen¹⁵), estas duas últimas como psicoterapias. Tais teorias funcionam como matérias-primas (conhecimento científico) em que a comunicação corpórea e mental, estabelecidas entre enfermeiros, psicólogos ou outros terapeutas e seus clientes, os permitem a experimentação e manejo de sensações e dimensões não-físicas (energéticas), que tem similaridades com as também sentidas/conhecidas na experiência pelo teatro clown¹⁶ e das demais práticas integrativas.

Tais teorias das PICs/TNC dialogam com as corporeidades do teatro clown¹⁶ que também extrapola para a dimensão energética sua manipulação consciente do corpo em movimento, nesta área específica, e mediam o cuidado com a liberdade de expressão (assim como na Biodanza/Bioenergética), fatos que vemos relação com as ‘Medicinas Alternativas’, empregadas por vários profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros), mas não restritos à tais ciências ou núcleos profissionais.

Provocações finais

A primeira diz respeito à conclusão de que a fragmentação da pessoa em ‘corpo/mente’ como ‘objeto’ de diferentes ciências (da saúde, sociais e humanas) é causa do efeito reducionista do agir assistencial, uma vez que fragmentadamente não se unem elementos como autonomia e subjetividade à formação em saúde e racionalidades (hegemônica e contrahegemônica).

Segundo, nas reformas vivenciadas em cada cenário, a visão reducionista se ampliou de foco, desde a década de 70 (da pessoa para a sociedade), mas embora avançado tenha na importante interface entre áreas como Psicologia, Medicina e Enfermagem, em que consideraram aspectos uma da outra, não conseguiram, devido tal fragmentação, dar conta de melhor agir em termos de assistência (cuidando da pessoa integral na Atenção Primária à Saúde). Esta superficialização vem requerendo à reintegração de conhecimentos, habilidades e atitudes mais humanas e de uma dinâmica organizacional que privilegie o compartilhamento do cuidar, no qual ao paciente cabe junto com a equipe a conscientização de suas complexidades e delas na relação com suas

vivências (adoecedoras e vitalizadoras) em um ‘meio’ em permanente crescimento e expansão, onde alternam-se o caos e a ordem^{7,14}.

Nessa discussão, constatou-se que o que tem influenciado na política educacional pública de saúde brasileira é a riqueza de políticas públicas sociais (e de saúde) que reorientam a formação (da biomedicina para a integralidade) e organizacionalmente (do foco do médico para a equipe, como de ser a atenção reorientada da doença para as necessidades da pessoa concreta) tendo no matriciamento e na intersetorialidade uma forma de melhorar a gestão da atenção. Nesta conjuntura temporal (da década de 70 em diante) Portugal também se redesenha organizacionalmente com o matriciamento e pautando a intersetorialidade, como ferramenta que favorece, assim como no Brasil, a união de forças em direção a transição paradigmática - da hegemonia do modelo biomédico (patogênico) para o integral (salutogênico) -, que é aberto ao holismo e unifica mente e corpo numa dimensão única do ser humano, como defende tal orientação positiva de saúde.

Constata-se, portanto, que a dimensão filosófica das evidências das transições paradigmáticas percebidas no Brasil e em Portugal ancoram-se no pragmatismo, que está no centro da organização dos modelos de ensino e de atenção, devido a cultura societária dominante, objetivadora da vida e do espaço social, como dos seus desdobramentos nos modos de viver e conviver do ser humano. Tais fatos requerem, por tal motivo - diante dos resultados e do imperativo ético-político-social - pensarmos se não é chegado o momento de voltar a valorizar a complexidade que no passado permitiu ao humano como espécie filosofar para só depois teorizar. Assim, conteúdos como a Filosofia e a Epistemologia são essenciais para discutir-se através da interculturalidade (a autonomia e o poder) e por isso defendemos que estas abordagens sendo priorizadas na Educação em Saúde possibilitarão uma maior reflexão e compreensão crítica e problematizável sobre quem somos e como edificamos nossa vida e saúde na profundidade necessária à esta nova ética (se incluída a orientação salutogênica), tão urgente de ser assegurada para transversalizar as questões técnicas (que são mais priorizadas nos currículos médicos e de enfermagem que as humanísticas), e que tornam limitada a visão da promoção de saúde no ensino.

Referências

1. Carrondo EM. Formação profissional de Enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico. [Tese]. Braga (PT): Programa de Pós-Graduação da Universidade do Minho; 2006.
2. Resende ALM. O processo saúde-doença. In: Saúde e Dialética do Pensar do Fazer. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. p. 86-99.
3. Nunes J, Pelizzoli ML. O Fenômeno da saúde. O Cuidado à luz da Hermenêutica Filosófica. In: Pelizzoli ML (Org.). Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p.17-61.
4. Luz M. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do século XX. *Physis* 2005; 15 (Supl.), 145-176.
5. Chauí M. Iniciação à filosofia: ensino médio. Vol. Único. São Paulo: Ática. 2013.
6. Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidar, cuidando-se: mantendo a chama acesa em nós. Brasília: Nesprom, 2014.
7. Weil P. Novos paradigmas em ciência e medicina. In: Liimaa W. (Org.). Pontos de Mutação na Saúde. Integrando corpo e mente. São Paulo: Aleph, 2011. p. 263-282.
8. Almeida-Filho N de. A Clínica, a Epidemiologia e a Epidemiologia Clínica na contemporaneidade. *Physis* 1993; 3 (1): 35-53.
9. Eriksson B. Epidemiology and statistics at the Nordic School of Public Health: Teaching and research 1979-2014. *Scand J Public Health* 2015; 43 (Supl.16): 21-8, Aug.
10. Santos et al. Construção política e simbólica da participação dos sujeitos na concretização do acesso à Estratégia Saúde da Família. In: Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde. Abordagens teóricas e práticas. Assis MMA, Almeida MVG (Orgs). Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. p. 291-328.
11. Morin E. A Religação dos Saberes: o desafio para o século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
12. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, repensar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
13. Morin E. Os sete saberes necessários à educação. 5ª ed. revisada. Rio de Janeiro: Editora Cortez. 2015.
14. Toro R. Definição e Modelo Teórico da Biodanza. Curso de Formação Docente de Biodanza. International Biocentric Foundation. 1990.
15. Lowen A. O corpo em Terapia. A abordagem bioenergética. 11ª edição. Summus Editora. 2011.
16. Woo AE. Clown, Processo Criativo. Rito de Iniciação e Passagem. [Tese]. Campinas (SP): Unicamp/Programa de Pós-Graduação em Educação Física; 2005.
17. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

18. Antonovsky A, Sourrani T. Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and Family* 1988; 50 (1): 79-92, Fev.
19. Saboga-Nunes L. Perspectivas sobre Salutogenese dos estudiosos. Escrita em português. Capítulo 46. 2017. In: Mittelmark MB, Sagy, S, Eriksson M, et al editors. *The Handbook of Salutogenesis* [internet]. [acesso em 2018 fev 24]. Cham (CH): Springer; 2017. doi:10.1007/978-3-319-04600-6_46.
20. Loureiro I. O processo de aprendizagem em Promoção de Saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 2008; 42 (1): 65-89.
21. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Biblioteca da OMS: Genève: Suíça. 2001.
22. Varela A. Comunicação da Informação em Saúde: contribuições das teorias cognitivas. I Conferência Ibero-Americana de Comunicação da Informação em Saúde (CIACIS). 2007.
23. Bourdieu P. O poder simbólico. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2006. 311p.
24. Latour B. Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. EDUFBA-EDUSC. Salvador-Bauru, 2012
25. Iasuy S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro. 2016. 208p.
26. Santos CTB dos, Barros IS, Amorim ACCLA, Rocha DG, Mendonça AVM, Sousa MF de. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementariedades. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23 (4): 1233-1240.
27. Publico. Já foram autorizadas 15 licenciaturas em terapias alternativas em Portugal. [acesso em 2018 dez 05]. Disponível em: <http://www.publico.pt/2018/03/26/sociedade/noticia/já-foram-autorizadas-15-licenciaturas-em-terapias-alternativas-em-Portugal-1808005>.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares. Legislação específica. Portaldab. Brasília: MS; 2017. [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php.
29. ExLibris. Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais. [acesso em 2015 nov 30]. Disponível em: <https://www.itsaude.com/images/ITS4.pdf>.
30. Brasil. Portaria nº 633, de 28 de março de 2017. Atualiza o serviço especializado 134, Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: MS; 2017. [acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://portal.crfsp.org.br/images/arquivos/portaria_SAS_n_633_2017.pdf.

Capítulo 5

9. CONCLUSÕES

Em processo de revisão das tendências dos Modelos de Atenção e Ensino da Saúde na Enfermagem e na Medicina, nos cenários brasileiro e português, partiu-se, neste estudo, das concepções que estruturaram o caráter exitoso dos trabalhos da III Mostra Nacional da Atenção Básica/Saúde da Família para a partir de seus relatos elaborar uma produção de novo modelo guiado por estas experiências, quando comparadas as práticas de Portugal.

Como pressupostos do trabalho, tínhamos quatro aspectos relevantes que se confirmaram, através das evidências empíricas, que reforçaram os achados teóricos que apontam para a abertura à um novo paradigma globalmente anunciado em outros estudos (YASUI, 2016; MATTOS, 2012; GOSWAMI, 2011; MARTINS, 2011; PELIZZOLI, 2011; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998), evidenciados pelas mudanças curriculares e pela formação de uma tendência renovadora da cultura formativa (em saúde, na medicina e na enfermagem desses cenários), que embora predominantemente patogênica (ALMEIDA-FILHO, 1998), se abre à perspectiva salutogênica (CARRONDO, 2006; YASUI, 2016) nos dois países, inclusive a partir de produção de literacia, ou seja, de literaturas digitalmente propagadas (enquanto estratégias de empowerment), que buscam conscientizar e corresponsabilizar os cidadãos com relação à seu autocuidado, uma vez que além de outras medidas estruturais (das ações de promoção e prevenção, e também medidas estruturais dos serviços de saúde e ambientais), lhes cabe recomendar um estilo de vida saudável.

Tal entendimento, entretanto, aponta para a necessidade de um maior lastro teórico, que durante a formação requer uma adequada capacidade de compreensão acerca desses complementares conteúdos (da saúde e da doença), capacidade de criar empatia com os sentimentos alheios (além de perceber criticamente os seus próprios e seus comportamentos), como também capacidade de agir acolhendo, escutando, apoiando, confortando e, portanto, cuidando; fato que provavelmente nos fará aferir com o usuário suas necessidades e demandas e com eles pautar estratégias múltiplas de posituação da saúde (individual e coletiva).

Fica evidente que conteúdos como Práticas Integrativas ou Terapêuticas Não Convencionais e dos Saberes Estéticos são necessárias para reproduzir, na teoria e prática, modos de operar mais saudáveis e tecnologicamente leves, inclusive através da capacidade de leitura e manejo energético (pessoal e dos interagentes), quando da adoção ou necessidade de revisão do estilo de vida, visivelmente melhor quando acentuado em práticas regulares de alimentação e atividade física salutar, uma vez que ambas trazem uma consciência corporal e um resultado biofísico e energético produtor de bem-estar e vitalidade, portanto, fomentadores de adoção de uma cultura integrativa de saberes e práticas que versam sobre a integralidade. Além disso, se percebe a importância da necessidade de movimentação, interação e boa relação humana.

Por tais motivos, no centro dessa teoria e baseada nesses resultados, foi criado um modelo de análise, denominado ‘círculo de consciência’ (localizado na interface das culturas pessoal, científica e ecológica do modelo teórico), para que possa ser usado como ferramenta analítica das práticas humanas, entre elas do cuidado de si, mas que também enquanto ferramenta pedagógica incite disparar círculos de discussão entre profissionais da educação e saúde e outros, que entendam tal ferramenta como útil para criar uma cultura de consciência sobre autocuidado e cuidado integrativo entre pares (usuários e familiares ou acompanhantes, alunos, colegas de trabalho, e ainda, consigo mesmo, enquanto corpo físico e éterico).

Este círculo tem por perspectiva não apenas pedagogizar o ser humano psicofísico, que vive (habitando o corpo, habitando o seu lugar na sociedade, portanto numa convivência familiar, comunitária, ocupacional, ecológica), mas as relações que se estabelecem e fortalecem ou enfraquecem, diante de forças produtoras de bem-estar e mal-estar.

Nestes espaços, entende-se que os grupos se configuram como fatores de proteção ou risco, dependendo da forma como se relacionam culturalmente e se manuseia cada informação, matéria-prima para a comunicação (mesmo a não-verbal) e estruturam tais culturas, nesses espaços de produção de poder (de compreender, de significar e agir) e de prática com maior/menor cuidado humano (profissional, conjugal, etc., com o outro, enfim).

A inspiração, dessa teoria híbrida, vem de algumas teorias (para além da Patogênese e da Salutogênese), mas principalmente da dialogicidade e aplicabilidade dessas em relação as possíveis trocas com abordagens educacionais não necessária dialógicas.

Em termos de paradigmas da Enfermagem, concordo com Fernandes (2017) que existem na enfermagem meta-paradigmas, fazendo nosso campo de conhecimento novamente refletir a produção de conhecimento, de forma independente através de suas teorias, em que o maior destaque que nesse trabalho influencia é o Cuidado Transpessoal da Enfermagem, da Teoria de Jean Watson (WATSON, 2005), que reforça a necessidade de olhar a complexidade e a dualidade do binômio mente-corpo, principalmente na contraposição do reducionismo da formação positivista e a manutenção do Modelo Biomédico como soberana sem que dialogue com o Paradigma Biopsicosocial (ENGEL, 1977) e o expanda no horizonte espiritual e que requer estar apto à capacidade de mudar a prática pedagógica no ensino da saúde orientada para a visão holística aliada a visão materialista (centradas na atenção a saúde e também à doença).

Nessa perspectiva, influíram autores do campo humanista as reflexões sobre nossa responsabilidade de conscientizar-se pela educação e por entender que entre pessoa e sujeito guarda a diferença da forma como se anda na vida a subjetivar e a usar esse poder de decisão.

Assim, fica claro que a categoria corpo, para algumas áreas das Ciências Humanas (Artes Cênicas e Psicologia Corpórea Aplicada) tem outras dimensões (de análise comportamental), atitudinais e transferenciais, performadas em processo intersubjetivo que, claro, não acaba nessas práticas. O fato pedagógico, que necessita ser entendido e ensinado é baseado em que, se ensinarmos a como manejar a parte energética (no âmbito educacional), para se ter valor de uso nas Ciências da Saúde, se estará cuidando do trabalhador paralelamente à prevenção de agravos e danos aos futuros profissionais de saúde (antes que entrem no mundo do trabalho e adoeçam, fato previsto até pela perspectiva biológica; além do necessário olhar sobre a promoção de saúde).

Com isso poderá ser sustentável produzir conhecimento na experiência de vivenciar outros sentimentos e aprendizados sobre a nossa própria essência

(processualmente sã e não sã), que nos oportuniza a produção de vitalidade (diante dessas sabedorias popularmente sentidas e propagadas ao longo do tempo).

Assim, hoje, a partir da teorização das PICS, entende-se a potência de variadas práticas estéticas e humanísticas, como exemplos contributivos para as Ciências da Saúde e campos das Ciências Humanas, que podem deles dispor para melhor fazer entender (médicos, enfermeiros e outros) o valor de uso pedagógico do corpo multidimensional (corpo-mente ou corpo-mente-espírito) e da complexidade, integralidade e subjetividade.

No Ensino da Saúde (através de abordagem interprofissional e transdisciplinar, em um campo que poderia chamar-se de Epidemiologia Positiva, integrada às Abordagens Hermenêuticas, para redimensionar esse padrão que sabe muito de doença, mas não sabe quase nada de saúde.

Para tanto, para entendermos melhor nossos processos, crio e sugiro, aos países do estudo, dispor de modelo educativo e vivencial híbrido como esse círculo, para que como outros paradigmas abertos ao diálogo (como o novo paradigma estético) nos provoque (permanentemente) nossa consciência individual e coletiva sobre o que nos leva a salutar e adoecer e os paradigmas que influem em nosso modo de ensinar e aprender, incorporados pelo modelo criado (adiante) e que tanto suscita a prática intersetorial, dentro também das áreas das próprias universidades, que têm como ser campo prático de estudo e de intervenção das outras áreas.

Inegavelmente, esse estudo não pode, nem se furtará de reconhecer que tem limitações e uma dessas é a necessidade de mapear melhor a realidade de cada país (institucionalmente) para futuras comparações de práticas micropolíticas.

REFERÊNCIAS

AYALLA-RODRIGUES; André Furtado de, NUNES-FILHO, Wellington Jorge. A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. **OuvirOUver: revista do Programa de Pós-Graduação em artes da UFU.** V. 9, n. 1, 2013. 72-81p.

ABREU DE JESUS, W. L., TEIXEIRA, C. F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 15, n. 5, p. 2383-2393, 2010.

ABREU, Pedro Henrique Barbosa; ALONZO, Herling Gregorio Aguilar. Salutogênese-Camponês a Camponês: uma metodologia para a promoção da saúde de populações expostas a agrotóxicos. **Saúde em Debate.** v. 42, n. especial 4, p. 261-274, dez 2108.

ADDUM, Felipe Morais, SERRA, Carlos Gonçalves, SESSA, Karolyne Sarti, IZOTON, Layara Medeiros, SANTOS, Thaiana Balbino. Planejamento local, saúde ambiental e estratégia saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez, 2010.

ALMEIDA-FILHO, N de. A Clínica, a Epidemiologia e a Epidemiologia Clínica na contemporaneidade. **Physis,** v. 3, n. 1, p. 35-53, 1993.

ALVES, Paulo Cesar. A Fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 8, ago, 2006. p. 1547-1554.

ALVES, Jaime Panerai; CORREIA, Grace W. de B. **O corpo nos grupos: experiências em Análise Bioenergética.** 3ª ed. Libertas Ed. 2013.

AMORIM, A. C. C. L. A. **Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: acesso, vínculo, responsabilização?** 2010. 112 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde.

AMORIM, A. C. C. L. A., ASSIS, M. M. A., SANTOS, A. M., JORGE, M. S. B., SERVO, M. L. S. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-86, Out-Dez; 2014a.

AMORIM, A. C. C. L. A., ASSIS, M. M. A., SANTOS, A. M. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado. **Rev Baiana Saúde Pública,** Salvador, v. 38, n.3, p.539-554, jul/set. 2014b.

AMORIM. A. C. C. L. A. Espelhos da Alma. In: ALVES, E. D.; SILVA, O. (Org.). **Enfermagem com poesia: a arte sensível do cuidar.** 1ª ed. Brasília: Thesaurus Editora, 2015.

ANTONOVSKY A. **Health, Stress and Coping.** Jossey-Bass Inc Pub. 1979.

ANTONOVSKY, A.; SOURANI, T. **Family Sense of Coherence and Family Adaptation**. Journal of Marriage and Family 1998, 50(1), fev, 79-92.

ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Soc Sci Med**. v. 36. n. 6, mar, 1993, p. 725-33. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8480217>>. Acesso em: 16 Jul. 18.

ANASTASIOU, Léa; ALVES, Leonir Pessate. **Processo de Ensino na Universidade**. Editora Univille. 2009

ARAÚJO, M. de J. D. de; ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C. Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 319-343, 2013.

ARAÚJO, C. P; MEDINA, L. C; CONDÉ, E. S. Políticas públicas de saúde e bem-estar social: fronteiras entre o financiamento público e o privado no Brasil e em Portugal. **Estudos de Sociologia**. v. 1, n. 23, p. 13-51. 2017.

ASSIS, Marluce M. A.; VILLA, Tereza C. Scatena. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 3. p. 815-823, 2003.

ASSIS, M.M.A; NASCIMENTO, M.A.A do; FRANCO, T.B. et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. Políticas de Recursos Humanos e a (Re)significação das Práticas dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamento para o debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.

ANDRADE, L. O. M de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BEGATINI, T.; SELLI, L.; RIVERO, N. O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado. **Bioética e ética médica**, v. 14, n. 2, Brasília. 2006.

BADZIAK, F. P. F.; MOURA; V. E. V. Determinantes Sociais da Saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **R. Saúde Públ.**: Santa Catarina. 2010.

BAREMBLIT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3 ed. Rio de Janeiro: ABDR, 1996. p.13-78 (caps. 1 a 4).

BARBOSA, Ana Mae. A arte-educação precisa dos artistas. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. DSE/ Departamento de Cultura. (Orgs). **Arte-Educação: perspectivas**. Recife: CEPE. 1988. 106p. p. 67-79.

BARBOSA, Ana Mae. Arte-educação na cultura brasileira. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. DSE/ Departamento de Cultura. (Orgs). **Arte-Educação: perspectivas**. Recife: CEPE. 1988. 106p. p. 79-104.

BARBOSA, Ana Mae. Polivalência não é interdisciplinaridade. In: PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. DSE/ Departamento de Cultura. (Orgs). **Arte-Educação: perspectivas**. Recife: CEPE. 1988. 106p. p. 15-37.

BARBOSA, Rogério Lima. **Pele de cordeiro**. Associativismo e mercado na produção do cuidado para as doenças raras. Lisboa: Chiado Editora. 1 ed. 2015. 138p.

BARRETO, A. F.; CANDEIA, D.; PAZ, M. **Corpo**: um mapa do autoconhecimento. Ed. Libertas. 2011.

BARRETO, A. F., MIRANDA, A. C. da S., LIMA, C. da S. O., SOUZA, C. J. da S. Unidade mente-corpo: a análise bioenergética como caminho para o cuidado integral à saúde. In: Barreto AF. (Organizador). **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife (PE): Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 129-149.

BARRETO, A. F. *Pedagogia da Vida: um testemunho de formação humana* [Recurso eletrônico]/Alexandre Franca Barreto. Porto Alegre, RS: Editora Fi. 2017. 262p.

BARROS, A. L. B. L. de, CARNEIRO, C. de S., SANTOS, V. B. A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2011.

BEDIN, Dulce Maria, SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger, MARTINEZ, Helena Aspesi, MATOS, Izabella Barison. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.4, p.1397-1407, 2014.

BEGATINI, T., SELLI, L., RIVERO, N. O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado. **Bioética e ética médica**, v. 14, n. 2, Brasília. 2006.

BEZERRA, Djakson da Rocha. **A origem da trajetória da psicoterapia corporal**: desafios da formação do psicólogo clínico em análise bioenergética. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo. 2001. Disponível em: <http://dedalus.usp.com>. Acesso em: 28 jun 2019.

BOLOGNESI, M. F. 2001. O corpo como princípio. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 24: 101-112, 2001.

BRANT, L. C.; MELO, M. B. de; GIFFONI, J. M. S.; VASCONCELOS, L. T. Práticas integrativas e complementares: os desafios da implantação de uma política. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília. v. 5, n. 3, 2014. p. 8430-861.

BRONIKOWSKI, M., BRONIKOWSKI, M. Salutogenesis as a framework for improving health resources of adolescent boys. **Scand J Public Health** 2009; 37(5): 525-31, Jul.

BRASIL, 1990. **Lei 8080**. De 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 14. out. 2014.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 1133 de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União,

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constfed.nsf/16adba33b2e5149e032568f60071600f/171f51d63db822a703256562006e66bc?OpenDocument>>. Acesso em: 14. set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do PSF**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares**. Legislação específica. Portaldab. Brasília: MS; 2017. [Acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php.

BRASIL. **Portaria nº 633, de 28 de março de 2017**. Atualiza o serviço especializado 134, Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: MS; 2017. [Acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://portal.crfsp.org.br/images/arquivos/portaria_SAS_n_633_2017.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n ° 648 de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n ° 1996 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007a.

_____. **Portaria GM n ° 35 de 04 de janeiro de 2007**. Institui, no âmbito do Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Redes de Produção de Saúde**. Brasília: Editora MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 2014. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html . Acesso em 10 dez 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da portaria MS/GM nº 687, **de 30 de março de 2006** - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família**: trabalhos premiados / Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BOLOGNESI, M. F. **2001**. O corpo como princípio. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 24: 101-112, **2001**.

BORGES, Valdir. Pedagogia do Oprimido, Resenha da edição de 2005. Campinas: **Revista HISTEDBR On-line**, 42ª ed, n.31, p.211-213, set. 2008.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2006. 311p.

BOTSARIS, Alex. **Medicina complementar**. Dicas para uma saúde integral. 2016. Disponível em: < <http://www2.uol.com.br/vyaestelar/salutogenese.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori, CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 2, Rio de Janeiro, Fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo, HUCITEC, 2003.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Brás. Matern. Infant.**, Recife, 5, (Supl 1): S63-S69, dez., 2005.

_____. Gastão Wagner de S. Saúde Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, 10(2), p. 7-14, abr./jun. 2003b.

_____. Gastão Wagner de S. **Um método para a análise de co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC: 2000.

_____. G. W. S. C. Tratado de Saúde Coletiva. In: CAMPOS, R. T. O. C., CAMPOS, G. W. S. C. (Org.). **Co-construção da autonomia: o sujeito em questão**. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2006.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 2, Rio de Janeiro, Fev. 2007.

CARRONDO, E. M. **Formação profissional de Enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico**. (Tese de doutoramento). Universidade do Minho. Portugal. Março de 2006.

CARVALHO, M. F. A. A. et al. Programa de apoio à extensão universitária. MEC/Cidades: Experiências de Capacitação em Saneamento Ambiental. In: CUNHA, E. M. P.; MARTINS, I. M. L. (Org.). **Assessoria Técnica em Gestão de Saúde: capacitação de atores sociais – instrumento de fortalecimento da cidadania**. 1 ed. Brasília: Ministério das Cidades e Ministério da Educação. 2007.

CARVALHO, A. C de. **Associação Brasileira de Enfermagem**. Documentário. 1926 – 1976. Brasília, 1976.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, Luis C. de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saude Publ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, set-dez. 2004.

CHAUÍ, M. **Iniciação à filosofia: ensino médio**. Vol. Único. São Paulo: Ática. 2013.

CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso das mídias**. São Paulo: Contexto ed. 2012.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde. Matern.** Recife. v. 10, supl. 1, 2010.

CRUZ, Marly Marques da, SOUZA, Rafaela Barros Chagas de, TORRES, Raquel Maria Cardoso, ABREU, Dolores Maria Franco de, REIS, Ana Cristina, GONÇALVES, Aline Leal. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**. v. 38, n. especial, p. 124-139, out., Rio de Janeiro, 2014.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Ed. Hucitec. 2005. 212p.

DALMOLIN, B. B.; BACKES; D. S.; ZAMBERLAN, C.; SCHAURICH, D.; COLOMÉ, J. S.; GEHLEN, M. H. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 15 n. 2 (impr.), abr –jun, 2011, p. 389-394.

DEUS, Raquel Líquer de. **Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares** – do uso à indicação. Mestrado Acadêmico. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2016. 170f.

DELEUZE, G., PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G. O Atual e o virtual. In: Éric Alliez. **Deleuze Filosofia Virtual**. (trad. Heloísa B. S. Rocha). São Paulo: Ed. 34, pp. 47-57. 1996.

DI BIASE, Francisco. Sistemas Auto-organizadores físicos, biológicos, sociais e empresariais. **Int J Knowl. Eng. Manage**. Florianópolis. v. 2, n. 2, p. 123-146, 2013.

DI BIASE. A.; AMOROSO, R. 2011. Percepção holoinformacional: implicações para a psicologia transpessoal e autoimunidade. In: LIIMA, W (Org). **Pontos de mutação na saúde**. São Paulo: Alef, 2011. p.85-162.

DOS SANTOS, Paludo; SIMONE, Koller; SÍLVIA, Helena. Psicologia Positiva: uma abordagem para antigas questões. **Paidéia** [em línea] 2007, 17 (abril-Sin mês): [Fecha de consulta: 30 de enero de 2018]. Disponible en: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=305423757002>>ISSN 0103-863X.

EGRY EY. **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone 1996.

ESPINOSA, B. **Ética**. Tomaz Tadeu (trad.). Belo Horizonte: autêntica, 2ª ed., latim/português, 2008.

ERIKSSON, Monica; LINDSTROM, Bengt. Escala de coerência de Antonovsky e sua relação com a qualidade de vida: uma revisão sistemática. **BMJ**. Disponível em: <<http://www.jech.bmj.com/supplemental>>. Acesso em: 25 12 2016.

ERIKSSON, B. Epidemiology and statistics at the Nordic School of Public Health: Teaching and research 1979-2014. **Scand J Public Health** 2015; 43 (Supl.16): 21-8, Aug.

EXLIBRIS. **Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais**. [acesso em 2015 nov 30]. Disponível em: <https://www.itsaude.com/images/ITS4.pdf>.

FELIX, G. F.; BERTOLINI, J. G.; POLIDORI. M. M. Avaliação da educação superior: um comparativo dos instrumentos de regulação entre Brasil e Portugal. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba. São Paulo. v. 22. n. 1. p. 35-54, mar 2017.

FERREIRA, S. R. V, MENDONÇA, M. H. M. de. O programa de reestruturação dos hospitais de ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Revista Ras**, v. 11, n. 44, p. 113-126, jul-set; 2009.

FERREIRA, M. A. e MONTEIRO, H. M. Educação médica no século XXI: o desafio da integração da tecnologia e humanidades. **Gazeta médica**, n.4, v.3, out.-dez, 2016.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michael Foucault: reflexões teóricas. **RAP**. Rio de Janeiro. v. 44, n. 2, marc/abr, 2010.

FERNANDES, Carlos et al. El cuidado del cuerpo el em arte, la ciencia e la filosofía de la enfermería. In: **Cultura de los Cuidados**, n. 47, v. 91, 1 Cuatrimestre, Año XXI, 2017.

FIGUEIREDO, T. A. M de, MACHADO, V. L. T; ABREU, M. M. S de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2, p. 307-402. 2010. Acesso em: 31.09.2015.

FLEURY, S., OUVÉRY, A.M. Política de Saúde: Uma Política Social. In: Giovanella L. et al (Organizadores). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FEKETE-NUÑEZ, Helene Maria. **Enfermagem Antroposófica**: uma visão história, ético-legal e fenomenológica. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2008.

FONTOURA, R. T., MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre integralidade. **Ver Bras Enferm**, v.59, n.4, pp. 532-537, 2006.

FRANCO, E. O. Entre o jogo e o cômico: uma possível metodologia para a pedagogia teatral. **Ludicidade e suas interfaces**. Brasília: Liber Livro, 2013, 288p. 79-104p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996.

FONTES, C. T. Velhos desafios, novos caminhos: o PSF do futuro. In: SOUSA, M. F. de. (Org.). **Programa Saúde da Família no Brasil**. Análise da desigualdade de no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília. Série Tempus na Saúde Coletiva, I.250p. 2007.

FURLANETTO, D. de L. C.; BASTOS, M. M.; JÚNIOR, J. W. S.; PINHO, D. L. M. Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. **Com. Ciências Saúde**. v. 25, n. 2, 2014. p. 193-202.

FURLANETTO, D. de L. C. **Políticas Indutoras (Pró-Saúde) e a Reorientação da Formação de Profissionais da Área da Saúde para o fortalecimento do SUS**. 2015. 346 f. Tese (doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Brasília. 2015.

FURLANETTO, D. de L. C. et al. Reorientação de recursos humanos para a saúde: um grande desafio para o Sistema Nacional de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2014b.

GALVÃO, E. de A, SOUSA, M. F. As escolas técnicas do SUS: que projetos políticos pedagógicos as sustentam? *Revista de Saúde Coletiva*. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 1159-1189, 2013.

GARDNER, Howard. **A Nova Ciência da Mente**: Uma História da Revolução Cognitiva. Tradução de Cláudia Malbergier Caon: Prefácio de Marcos Barbosa de Oliveira. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1995.

GADAMER, Hans-Georg. O caráter Oculto da saúde. Tradução de Antônio Luz Costa. 2ª ed. – Petrópolis: RJ: Vozes. 2011.

GROF, Stanislav. Manifestações físicas de distúrbios emocionais: observações de estados incomuns de consciência. In: LIIMA, W (Org). **Pontos de mutação na saúde**. São Paulo: Alef, 2011. p.55-84.

GOSWAMI, Amit. **O médico quântico**: orientações de um físico para a saúde e a cura. Tradução Euclides Luiz Calloni, Cleusa Margô Wosgrau. São Paulo: Cultrix; 2006.

GOSWAMI, A. A ciência humana pós-materialista e suas implicações para o ativismo espiritual. In: LIIMA, W (Org). **Pontos de mutação na saúde**. Recife: Salto Quântico, 2011. p.211-27.

HADDAD, A.E.; BRENELLI, S.L.; PASSARELLA, T.M.; RIBEIRO, T.C.V. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador. v. 32, supl. 1, p. 98-114, 2008.

HANDEN, P. C.; MATIOLO, C. P.; PEREIRA, F. G. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. de A. (Org). **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul: Ed. Difusão, 2004, p. 101-130.

HAMMERLY, M.. **Fibromialgia**: uma nova abordagem integrativa sobre como combinar a melhor das terapias tradicional e alternativa. Tradução Denise Bolanho. São Paulo: Gaia, 2006.

HOLANDA, A. **Diálogo e psicoterapia**. Correlações entre Carl Rogers e Martin Buber. São Pulo: Lemos-Editorial, 1998.

HENRIQUES, M. A., GARCIA, E., BACELAR, M. A perspectiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal. **Esc Enferm USP**; 2011; 44 (Nesp 2): 1766-X1.

JESUS, Rhenan Ferraz de, LOPES, Werner Zacarias. **Uma síntese conceitual sobre o termo saúde no cenário histórico e escolar**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd209/sintese-conceitual-sobre-o-termo-saude.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

KABENE S.M. et al. **The importance of human resources management in health care**: a global context. 2006. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>. Acesso em: 10 set. 2008

KANT, Immanuel. **Crítica da razão Pura**. Tradução de Lucimar A. Coghi Anselmi, Fulvio Lubisco. São Paulo: Ed. Martin Claret. 2009.

KRAUSE, C. Developing sense of coherence in educational contexts: making progress in promoting mental health in children. **Int Rev Psychiatry** 2011; 23 (6): 525-532, Dec.

KUNZ, E., CARDOSO, C. L. Fundamentos antropológicos do semovimentar: Percepção, movimento e salutogênese. **Revista Portuguesa de Educação**, 2016, 29(1), pp. 155-184.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CULTURA. **Guia a história da Filosofia**. São Paulo: On line. 2016. 1ed. Ano 1. n.1. ISBN: 978-85-432-1359-0.

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. Escolas Promotoras de Saúde - **Fortalecimento da Iniciativa Regional Estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington, D.C: OPAS, © 2006. (Série Promoção da Saúde Nº 4) - 72 p. ISBN 92 75 72693 0 in: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/epsportu.pdf>

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004), **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, jan./fev. 2007.

JÚNIOR, A da S; MENEZES, Bzrezinski I. Políticas curriculares na formação médica. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 777-796, set-dez. 2015.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F.; LIMA, R. de C. D. Educação em saúde como estratégia de gestão: desafios para a Atenção Primária à Saúde. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2014.

LATOUR, B. **Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede**. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. EDUFBA-EDUSC. Salvador-Bauru, 2012.

LEÃO, D. M. M. Paradigmas contemporâneos de educação: escola tradicional e escola construtivista. **Cadernos de Pesquisa**. Cidade. n. 107, p. 187-206, julho/1999.

LEMO, F. C. S; GALINDO, D.; BRÍCIO, V. N. de; SANTOS, D. V.; SILVA, E. A. da; ALMEIDA, L. C. da C. S. **Psicologia, educação, saúde e sociedade: transversalizando**. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2015.

LIIMA, W. **Medicina mente-corpo: uma abordagem quântica, relativística e ecológica**. In: Liimaa W (Org). Pontos de mutação na saúde. São Paulo: Ed. Aleph. 2011a.

LIIMA, W. **Medicina mente-corpo: integrando corpo e mente**. In: Liimaa W (Org). Pontos de mutação. Recife: Ed. Salto Quântico. 2011b.

LIMA, L. C., AZEVEDO, M. L. N. de, CATANI, A. M. O Processo de Bolonha, a avaliação da Educação Superior e algumas considerações sobre a Escola Nova. **Avaliação**. Campinas; Sorocaba, São Paulo, v. 22, n.1, p. 7-36, mar. 2008.

LIMA, Venício A. de. **Comunicação e cultura: as ideias de Paulo Freire**. Prefácio de Ana Maria Freire. 2ª ed. rev. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Fundação Perseu Abramo, 2011. 191p.

LIMA, H. O. et al. **Unidade de Palhaçada Intensiva (UPI), a palhaçoterapia no Vale do São Francisco**. Anais da VII Mostra de Integração UNIVASF. Juazeiro – Bahia – Brasil. 2013. Disponível em: < http://dacc.univasf.edu.br/?page_id=16. Acesso em: 14. jul. 2015.

LIMA, A. L. G. S., PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde** v. 10. n. 3, 2003, set-dez, p. 1037-51.

LOWEN, A. O corpo em Terapia. A abordagem bioenergética. 11ª edição. Summus Editora. 2011.

LOWEN, A. Bioenergética. Tradução de Mari Sílvia M. Netto. São Paulo: Summus. 10ª Ed. 1982.

LOUREIRO, I. O processo de aprendizagem em Promoção de Saúde. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, v. 42, n. 1, p. 65-89, 2008.

LOUZADA, R. S. M. L.; OLIVEIRA, P. de T. R. de; NOGUEIRA, L. S. M, MOREIRA, A. C. G. **Subjetividade e relação de poder na gestão por competências**: um ensaio sobre a transferência do modelo privado de gestão para o serviço público. p 319-332.

LUZ, M. T, BARROS, N. F. de. **Racionalidades médicas e práticas integrativas**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-LAPPIS, 2012. 452p.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. v. 15, Supl., **Physis**, 2005, p. 145-176.

MACHADO, Cristiani Vieira, BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria, LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACEDO, ROMANO, HENRIQUES, 2009. Transformación em el nível de grado em Enfermería de la UERJ. In: PINHEITO, R et al (Comp.). **Ensinar Salud**. La integralidade y el SUS em los cursos de nível de grado en el área de la salud. Ed.TESEO, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho. Adriana Miranda de Castro. B. Avanços e resultados na implementação da política nacional de promoção da saúde. **Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, maio/ago. 2009. Ilustração: Cavalcante BTS_35-2.indd 62 28/9/2009 10:19

MARCH C. et al. El currículo de Medicina de la Universidad Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEITO, R et al (Comp.). **Ensinar Salud**. La integralidade y el SUS em los cursos de nível de grado en el área de la salud. Ed.TESEO, 2009.

MAGALI MALAGUETA/UNIVASF. Disponível em: <<http://univasfupi.blogspot.com.br/search?updated-max=2015-07-13T16:52:00-03:00&max-results=6>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

MAGALHÃES-JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MANSANO, Sonia Regina Vargas. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2009.

MARTINS, Paulo Henrique. As outras medicinas e o paradigma bioenergético. In: LUZ, M. T., BARROS, N. F. de. (Orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 309-341.

MARTINS, Gabriela Dal Forno; VIEIRA, Mauro Luís. Desenvolvimento humano e cultura: integração entre filogênese, ontogênese e contexto sociocultural. **Estudos de Psicologia**. v. 15, n. 1, Jan-Abr, 2010, p. 63-70.

MATOS, Fabrícia Vieira de, CALDEIRA, Antônio Prates. Interação Comunitária e Planejamento Participativo no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 37, n. 3, p. 434 – 440, 2013. MATOS-SANTANA, R.; TAHARA, Â. T. S. **Concepções Teóricas para o Planejamento em Enfermagem**. Ilhéus, Universidade Estadual de Santa Cruz, p. 1-18, 2006. (Mimeo.). Disponível em: http://www.uesc.br/editora/livrosdigitais2016/planejamento_de_enfermagem.pdf. Acesso em: 20 abr. 2016.

MATTOS, Rafael da Silva. Fibromialgia e práticas corporais de saúde: um estudo etnográfico. In: LUZ, M. T., BARROS, N. F. de. (Orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 397-424.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro; HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, p.39-64.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. TOMO I. Brasília: IPEA, 1993.

_____. **C. Política, Planificación y Gobierno**. Washington: Borrador. 1987.

MASSENA, João Ricardo Mass. **Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos**. [Dissertação – Mestrado]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015. 64 f.

MEC. Ministério da Educação e do desporto. Câmara superior de educação. **Orientação para Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação**. 03 de dezembro de 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

MELO, Sérgio Nunes. A abordagem atorial de Lecoq: um vocabulário completo e universal para todos os idiomas performativos. **Mimus**. Ano 2, n. 4. Salvador: Padma Produções, 2012. p. 29-40. Disponível em: <www.mimus.com.br>. Acesso em: 19 nov. 2015.

MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Divulg. Saúde Debate**. Rio de Janeiro. n. 52. out. 2014.

MENEGUEL, S. M.; ROBI, F.; SILVA, T. T. F. da. A relação entre avaliação e regulação na Educação Superior: Elementos para o debate. **Educar**. Curitiba, n.28, p. 89-106, 2006. Editora UFPR.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

MILNE, P.; COYNE, A-M.; PILGRIM, D. **Improving the quality of primare care**.n.20, p.453-442, 2012.

MORGADO, F. M., SÁ, A. V. M. de. Ludicidade e saúde: um estudo de classes hospitalares no Distrito Federal. **Ludicidade e suas interfaces**. Brasília: Liber Livro, 2013, 288p. 39-62p.

MORAES, WA de. **Salutogênese e auto-cultivo**: uma abordagem interdisciplinar: sanidade, educação e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Instituto Gaia, 2006.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. de A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**. v. 40, n. 3, 2015. p. 300-305.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EdufRN, 1999.

MORIN, E. **A Religação dos Saberes**: o desafio para o século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Brasília: UNESCO, 2001.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOSSI, C. P.; OLIVEIRA, M. O. O. **Sobrejustaposições para pensar cartografias e etnografias possíveis na produção crítica da arte**. Anais do 19º Encontro da Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas “Entre Territórios”. Cachoeira – Bahia – BRASIL. 2010. Disponível em: <http://www.anpap.org.br/anais/2010/pdf/chtca/cristian_poletti_mossi.pdf

MOURA, R. de S. Biodanza: outra construção é possível. In: BARRETO, A. F. (Org.). **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p.129-149.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gaz Méd. Bahia**. v. 75, n. 2, jul-dez, p. 162-168. 2005.

NOGUEIRA, J. R. L. et al. **Impactos da formação em clown na prática de saúde**. Anais do Medicina, Cultura e Arte 4 (MCA4). Botucatu – São Paulo – Brasil. 2013. Disponível em: <<http://medicinaculturaearte.wix.com/home>>. Acesso em: 14. jul. 2015.

NOGUEIRA, Tânia Alves; ALBERTINI, Paulo. Grupo de movimento: uma revisão de literatura. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v. 22. n. 1, Jan-Jun, 2014. p. 61-69.

NOGUEIRA, Tânia Alves. **Grupo de movimento**: conceituação, estado da arte e aplicação na área educacional. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2010.

NUNES, Luís Ângelo Saboga Nunes. **O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogênico**. IV Congresso Português de Sociologia, Disponível em: <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF>, Acesso em: 15 nov. 2016.

NUNES, J., PELIZZOLI, M. L. O Fenômeno da saúde. O Cuidado à luz da Hermenêutica Filosófica. In: PELIZZOLI, M. L. (Org.). **Saúde em novo paradigma**: alternativas ao modelo da doença. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2011. p.17-61.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Luzes e sombras: a governação em saúde**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). 2007. 226p.

OLIVEIRA, Sergio Felipe de. Contribuição do Estudo Científico da Relação Espírito-Corpo. 2013. In: LIIMA, W. (Org.). **Medicina mente-corpo**: integrando corpo e mente. In: Liima W (Org). Pontos de mutação. Recife: Ed. Salto Quântico. 2011b.

OLIVEIRA, C. C. Suffering and salutogenesis. **Health Promot Int** 2015; v. 30, n. 2, Jun. p. 222-7.

OLIVEIRA, G. S., FERNANDEZ, V. S., KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas de cuidado. In: PINHEIRO, R., SILVA-JUNIOR, A. G. da. **Por uma sociedade cuidadora**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO. 2010. p.191-206.

OLIVEIRA, A. S. B. **O palhaço no hospital: percepção da influência do Pronto Sorriso como instrumento de aprendizagem no ensino da graduação em Medicina**. 2014. 106f. Dissertação (mestrado em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina, 2014. Goiânia. 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Biblioteca da OMS: Genève: Suíça. 2001.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira da Educação Médica**. v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009

PAIM, J. S. A criação e a implementação do SUS. In: Paim JS. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43 – 103.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 04, jun., p. 299-316, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 3, n. 1. Ribeirão Preto, jan. 1995.

PELIZZOLI, M. L. Saúde: entre Ciência, Doença e Mercado: reflexões epistemológico-críticas. In: BARRETO, A. F. (Org.). **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p.31-50.

PELIZZOLI, M. **Bioética como novo paradigma**: por um modelo biomédico e biotecnológico. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set-out, 2003.

PEREIRA, I; D’AVILLA, F.; LAGES, I. Diretrizes Curriculares na formação dos profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, mai-ago. 2013.

PENNAFORT, V. P. dos S; FREITAS, C. H. A. de; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O.; AGUIAR, C. A. de A. Práticas Integrativas e o empoderamento da Enfermagem. **Reme**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 289-295, abr./jun., 2012.

PEREIRA, Evangelos Adriano. **O movimento cidades saudáveis e seu desenvolvimento no Brasil**. [Dissertação – Mestrado]. Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 86f.

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar**. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre, Ed. Artmed (Artes Médicas Sul), 2000.

PIAGET, Jean. **Epistemologia e Psicologia**: para uma teoria do conhecimento. Editora Forense Universitária Ltda 1978.

PIAGET, Jean. **Epistemologia e Psicologia**: para uma teoria do conhecimento. Ed. Dom Quixote. 2003.

PINHEIRO, R., SILVA JÚNIOR. A.G. **Por uma Sociedade Cuidadora**. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, R; CECCIM, R. B.; KOIFMAN, L.; MATTOS, R. A. **Enseñar Salud**. La integralidad y el SUS em los cursos de nível de grado em el área de La salud. Buenos Aires: Ed. Teseo, 2009.

PINHEIRO, R., MACHADO, F., GUIZARDI, F. L. Cidadania e cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. In: BARRETO, A. F. (Org.). **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p.75-94.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, MA da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira da Educação Médica**. v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PORTUGAL. **Portaria 799-D/99 de 18 de setembro**. Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Acesso em: 20 jan. 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnsinoSuperior/Portaria_%20n_799-D_99_Reg_Geral_%20Curso_Licenciatura_Enfermagem.pdf.

PORTUGAL. **Portaria 799-E/99 de 18 de setembro**. Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Acesso em: 12 abr. 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/581524>.

PORTUGAL. **Portaria 268 de 13 de março de 2002**. Regulamento Geral do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem. Acesso em: 20 jan. 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnsinoSuperior/Portaria_n_268_2002_Reg_Geral_Pos-Licenciatura_Especial__Enfermagem.pdf.

PORTUGAL. **Portaria 799-D/99 de 18 de setembro**. Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Acesso em: 20 jan. 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnsinoSuperior/Portaria_%20n_799-D_99_Reg_Geral_%20Curso_Licenciatura_Enfermagem.pdf.

PORTUGAL. **Portaria 799-E/99 de 18 de setembro**. Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Acesso em: 12 abr. 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/581524>.

PORTUGAL. **Portaria 268 de 13 de março de 2002**. Regulamento Geral do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem. Acesso em: 20 jan. 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnsinoSuperior/Portaria_n_268_2002_Reg_Geral_Pos-Licenciatura_Especial__Enfermagem.pdf.

PORTUGAL. **Regulamento n.º 387/2019**. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia. In: <http://www.ordemenfermeiros.pt/> Acesso em: 20 jan 17.

PORTUGAL. **Regulamento n.º 515/2018**. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. In: <http://www.ordemenfermeiros.pt/> Acesso em: 20 jan 17.

PORTUGAL. **Lei 117 de 2015**. Alteração do estatuto da Ordem dos Médicos. In: <http://ordemosmedicos.pt/estatutos-e-regulamentos>. Acesso em: 20 jan 17.

PORTUGAL, Diretoria Geral de Saúde. O licenciado médico em Portugal. 2005.

PUBLICO. **Já foram autorizadas 15 Licenciaturas em Terapias Alternativas em Portugal**. Acesso em: 12 abr. 2018. In: www.publico.pt/2018/03/26/sociedade/noticia/ja-foram-autorizadas-15-licenciaturas-em-terapias-alternativas-em-portugal-1808005.

RELATÓRIO SOBRE SAÚDE NO MUNDO. **Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. Geneva: Biblioteca da OMS; 2001.

REIS, Alice Casanova dos. **A dança da vida**: a experiência Estética da Biodança. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2012.

REZENDE-JR, L. N. de. A aprendizagem lúdica e o adolescente com restrição de liberdade. **Ludicidade e suas interfaces**. Brasília: Liber Livro, 2013, 288p. 105-122p.

RESENDE, A. L. M. **O processo saúde-doença**. In: Saúde e Dialética do Pensar do Fazer. 2ª ed. São Paulo: Cortez, p. 86- 99. 1989.

RIBEIRO, Joyce de O. **Educação Estética e Formação Humana**: Estudo de Cso de uma Escola Waldorf. Universidade Federal de São João del-Rei. 2014.

RIVERA, F.J. ARTMANN, E (2010). Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010, p. 2265 - 2284.

_____. F. Javier Uribe (org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. F. J. U., ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA. F. J. U. (Organizador). **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003a, p. 17-33.

_____. F. J. U. Cultura e liderança comunicativa. In: RIVERA. F. J. U. (Organizador). **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003b, p. 185-218.

_____. F. J. U. Comunicação e negociação gerencial. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. (Organizador). **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003c, p. 219-244.

ROCHA, D.; AKERMAN, M. Determinação Social da saúde e Promoção da Saúde: Isso faz algum sentido para a Estratégia Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUSA, M. F. S.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2014.

SÁ, A. V. M. de; SILVA, A. J. N.; BRAGA, M. D.; SILVA, O. **Ludicidade e suas interfaces**. 1 ed. Brasília: Liber Livro, 2013.

SAPIRO, C. M. As teorias de desenvolvimento sócio-moral e a formação dos profissionais de saúde. In: SCHRAMM F. R., REGO, S., BRAZ, M., PALÁCIOS, M. (Orgs). **Bioética. Riscos e proteção**. Ed. UFRJ. 2009.

SANTOS, Adriano Maia. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2005.

SANTOS, I.; GHAUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. de A. de; TAVARES, C. M. de M.; BRANDÃO, E. S.; SANTANA, R. F. A perspectiva estética do cuidar/educar junto às pessoas: apropriação e contribuição da Sociopoética. **Text Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, esp., p. 31-38, 2006.

SANTOS, P. N. V.; ASSIS, M. M. A.; AMORIM, A. C. C. L. A.; ABREU-DE-JESUS, W. L.; SANTOS, A. M.; RODRIGUES, A. A. A. de O. Construção política e simbólica da participação dos sujeitos na concretização do acesso à Estratégia Saúde da Família. In: ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. (Org.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana. 1ed. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014, v.1, p. 291- 328

SANTOS, Maria Lúcia Pessoa et al. **Biodanza Clínica – Atenção à Saúde e Cuidado com a vida**. Belo Horizonte: Maria Lúcia Pessoa Santos. 2013.

SANTOS, C. T. B. dos; BARROS, I. S.; AMORIM, A. C. C. L. A.; ROCHA, D. G.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementariedades. **Ciênc Saúde Colet.**, v.23, n. 4, p. 1233-1240, 2018.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 221-242, 1999.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. da. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O mundo da Saúde**: São Paulo. v. 36, n. 3, p. 442-451. 2012.

SCOTT, Reeves Por que precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface. Comunicação. Saúde. Educação**. v. 20, n 56. 2016.

SILVA, Bela Feiman Sapiertein, WANDEKOKEN, Kallen Dettmann, DALBELLO-ARAÚJO, Maristela, BENITO, Gladys Amelia Vélez. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, Jan-Mar, 2015.

SILVA, Onã. A enfermagem nas ondas da criatividade e ludicidade: relato de experiência. **Ludicidade e suas interfaces**. Brasília: Liber Livro, 2013, 288p., 17-38p.

SILVA, A. J. N. da; SÁ, A. V. M. de. “Doutores da aprendizagem”: revivendo a criança adormecida em cada educador. **Ludicidade e suas interfaces**. Brasília: Liber Livro, 2013, 288p. 63-78p.

SILVA, Andréa Neiva da. **Desvelando os mistérios da Saúde Bucal: estudo epidemiológico e contribuições da salutogênese para a promoção da saúde bucal**. Tese (Doutorado) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n. 2009. 103f.

SILVA, M. J. R. R. A. **Medicinas Complementares e Alternativas: Discursos e Percursos no Contexto dos Profissionais de Saúde**. Dissertação. Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social. Senhora da Hora. Portugal. 2015.

SILVA, M. R. Da; SAKAMOTO, J.; GALIAN, D. M. C. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.15-18, jan/abr., 2014.

SIMAS, L. S. **Os melhores companheiros do mundo**. Memorial. Graduação em Comunicação Social - Jornalismo em Múltiplos Meios. Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Juazeiro. 2014.

SIMAS, L. S. **Os melhores companheiros do mundo**. 2013.

SIMAS, L. S.; AMORIM, A. C. C. L. A. **A comunicação lúdica no ambiente hospitalar**. Anais do Medicina, Cultura e Arte 4 (MCA4). Botucatu – São Paulo – Brasil. 2013. Disponível em: <<http://medicinaculturaearte.wix.com/home>>. Acesso em: 14. jul. 2015.

SLATE, Joe H. **A energia da aura para a saúde, a cura e o equilíbrio**. Ed. Pensamento. 2005.

SOUSA, PAF. **O Sistema de Saúde em Portugal**. Acta Paul Enferm 2009; 22 (Especial 70 Anos): 884-94.

SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?** 2007. 264 f. Tese (doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília. 2007.

SOUSA, M. F., HAMMAN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-35 2009.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2014.

TAKEMOTO, M. L. S; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007

TEIXEIRA, R. R. A Grande Saúde: uma introdução da medicina do Corpo sem Órgãos. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.35-72, set.2003-fev.2004.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Mehry, E., Onocko, R. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. Buenos Aires - São Paulo: lugar editorial - HUCITEC, 1997, p. 17-70.

TORO, R. **Definição e Modelo Teórico da Biodanza**. Curso de Formação Docente de Biodanza. International Biocentric Foundation. 1990.

TURA, L. M. T.; SOARES, K.; CASARTELLI, C. H. Atenção Primária Em Saúde. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2014.

VAGNOLI, L. et al. Clown Doctors as a Treatment for Preoperativ Anxiety in Children: A Randomized Prospective Study. **Pediatrics**, 116; e563. 2005. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e563>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

VARELA, A.; VARELA.. **Comunicação da Informação em Saúde: contribuições das teorias cognitivas**. I Conferência Ibero-Americana de Comunicação da Informação em Saúde (CIACIS). 2007.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIEIRA, P. S.; FURTADO, R. P. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: as orientações dos discursos oficiais**. Anais da Semana Científica. Faculdade de Educação Física. 2010. Disponível em: <http://anais.fef.ufg.br/up/258/o/A_pol_tica_nacional_de_educa_o_permanente_e_m_sa_de-as_orienta_es_dos_discursos_oficiais.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

VIEIRA, A. B. D.; ALVES, E. D.; KAMADA, I. **Cuidar, cuidando-se: mantendo a chama acesa em nós**. Brasília: [Nesprom], 2014.

VIGNANDI, R. S.; ANDRADE, M. V. Alocação equitativa na saúde brasileira: uma análise multivariada. 2013. In: 4º CONGRESSO INTERNACIONAL GOVERNO, GESTÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO EM ÂMBITO LOCAL FRENTE AOS GRANDES DESAFIOS DO NOSSO TEMPO, 4., 2013. Belo Horizonte. **Anais do 4º Congresso Internacional Governo, Gestão e Profissionalização em âmbito Local frente ais grandes desafios do nosso tempo**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2013., p. 1-20. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/eventos-1/4o-congresso-internacional/eixo-5/456-5-11-format-allocacao-equitativa-na-saude-brasileira-artigo-economia-da-sauade/file>. Acesso em: 22 abr. 2016.

VUORI, H. A. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 1991, p. 17-25.

WATSON, Jean. 2007. Whatson Theory of human caring and subjective living experiences: caritative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, jan-mar 2007.

WEIL, P. Novos paradigmas em ciência e medicina. In: Liimaa W. (Org.). **Pontos de Mutação na Saúde**. Integrando corpo e mente. São Paulo: Aleph, 2011. p. 263-282.

WINNICOTT, DONALD W. **O brincar e a realidade**. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Venede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1975.

WIKIPÉDIA. SABOGA-NUNES L. **Texto sobre o material**: Perspectives on salutogenesis of scholars writing in Portuguese. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al., editors. The handbook of salutogenesis. Geneva: Springer International Publishing; 2016. p. 415-422. DOI 10.1007/978-3-319-04600-6_46. ISBN 978-3-319-04599-3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435831/>>. Acesso em: 14. out. 2016.

WUO; Ana Elvira. **Clown, processo criativo**: Rito de iniciação e passagem. Pedagogia do movimento: corporeidade. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física. UNICAMP. Campinas. 2005.

WUO; Ana Elvira; BRIOTTO-GOMES, Marcelo . O clown visitador: comicidade, arte e lazer para crianças hospitalizadas. **OuvirOUver**: revista do Programa de Pós-Graduação em artes da UFU. V.9, n.1, 2013. 173-177p.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de doutorado. Rio de Janeiro. 2006. 208 p.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. Porto Alegre. Bookman, 2001.

VAGNOLI, Laura; CAPRILLI, Simona; ROBIGLIO, Arianna; MESSERI, Andrea. Clown Doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. **Pediatrics**, Florence, Italy, v.116, n.4, 2005.

VILLA, E. A., ARANHA, A. V. S. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez, v. 18 n. 4, p. 680-7, 2009.

ZUÑIGA, F. V. O conceito de aprendizagem ao longo da vida e os marcos nacionais de qualificações: uma via para a integração entre a educação profissional e a educação. Rio de Janeiro. B. **Téc. Senac**, v. 1, n. 1, maio-ago, 1974.

ANEXOS

Autorização do Conselho de Ética e Pesquisa



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **084/12**

Título do Projeto: “Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela”.


Pesquisadora Responsável: Maria Fátima de Sousa

Data de Entrada: 11/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **084/12** com o título: “Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de julho de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de julho de 2012.


Prof. Natália Monsóres
Coordenador do CEP-FS/UnB

APÊNDICES

Modelo Analítico (Círculo da Consciência)



Modelo Teórico

