

A REFORMA CURRICULAR E A PROPOSTA DO PARADIGMA DA INTEGRALIDADE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Romina Andrea de Arruda Mourão¹
André Leandro dos Santos Pereira²
Germana Albuquerque Costa Zanotelli³

RESUMO

O artigo apresenta a possibilidade de realização de uma prática que responda a concepção de integralidade do sujeito paciente, compreendido como ser histórico, político e socialmente inserido em seu contexto. A integralidade significa uma característica, particularidade ou condição do que é integral (completo). O objetivo é analisar as reformas curriculares de formação em fisioterapia experienciada na educação na perspectiva da integralidade dos sujeitos. Trata-se de uma investigação do tipo qualitativa realizada com cinco profissionais fisioterapeutas que atuam na prática clínica. Utilizamos como coleta de dados a entrevista reflexiva e para análise dos mesmos foi realizada a técnica da análise de conteúdo. A presente investigação teve como questão norteadora: como você concebe o paradigma da integralidade emergente durante sua prática clínica? Os resultados nos mostraram que o paradigma da integralidade surge pela indigência de se ajustar atuações em saúde assinaladas pela fragmentação, desarticulação e supervalorização de um conhecimento científico descontextualizado das reais necessidades em saúde. A integralidade de fato só se realizará se estabelecermos uma relação dialógica, daí a necessidade da reforma dos currículos, pois ainda nos dias de hoje, diante da demanda em saúde que exige profissionais que respeitem as particularidades daqueles que procuram atendimento em saúde, ainda encontram-se fragmentados, mesmo diante da perspectiva de uma formação crítica, reflexiva e generalista onde dialogue conhecimento técnico e prático de forma integral.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Curricular. Integralidade. Educação Dialógica.

1. INTRODUÇÃO

Para a realização de uma prática que responda a concepção de integralidade do sujeito paciente é necessário atentar para a importância da compreensão deste enquanto ser histórico, político e socialmente inserido em seu contexto. O termo integralidade significa uma característica, particularidade ou condição do que é integral (completo). O conjunto de tudo aquilo utilizado para formar ou completar um todo. Completude. Já em saúde o termo não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde constitucionalmente definido, mas torna-se

¹Mestre em Saúde Coletiva – Docente UNICHRISTUS – rominamourao@yahoo.com.br;

²Mestrando em Educação do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – andre.leandro2019@gmail.com;

³Doutora em Educação – Docente UNICHRISTUS – germanazanotelli@gmail.com;

uma luta, pois o sujeito deve ser atendido de forma personalizada, valorizando a sua individualidade e necessidade.

Nesse sentido, discutir sobre a reforma curricular e a proposta do paradigma da integralidade na saúde é desafio crescente, onde o diálogo entre sujeito e paciente ainda é ocupado pela racionalidade técnica, tão presente na formação dos profissionais. Daí a necessidade de romper práticas isoladas que não favorece uma comunicabilidade relacional dialógica.

Diante disso, indagamos: como o paradigma da integralidade é concebido durante a prática clínica do fisioterapeuta? Esse questionamento surge diante das estruturas e dos processos de formação dos profissionais de educação em saúde e também o modo de organização dos profissionais da área.

Assim, o nosso objetivo é analisar a formação em Fisioterapia na perspectiva do paradigma da integralidade durante a prática clínica dos sujeitos. Embora o currículo prescrito anuncie a importância da formação generalista, a prática apresenta forte atuação tecnicista e fragmentada não respondendo a visão da integralidade do sujeito.

Para tanto realizamos uma pesquisa do tipo qualitativa com cinco profissionais fisioterapeutas egressos de uma instituição da rede particular de ensino superior de Fortaleza – Ceará. Os sujeitos atuam na prática clínica em Fisioterapia. Utilizamos como instrumento a entrevista reflexiva para coleta de dados e para análise dos mesmos recorremos à utilização do método hermenêutico dialético e uma aproximação da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A estrutura desta pesquisa está organizada da seguinte forma: inicialmente, esta introdução ora desenvolvida. Em seguida, conversamos sobre a integralidade procurando a partir de teóricos chegamos a sua concepção. Logo após, trazemos a análise dos dados, onde abordamos as reformas curriculares e o paradigma da integralidade, discutindo a integralidade na prática e seus sentidos e as falas dos sujeitos em relação a sua formação e a atuação prática da profissão revelando aspectos intrínsecos da formação. Por fim, encerramos o trabalho com as considerações acerca dos achados obtidos ao longo da pesquisa.

2. CONVERSANDO SOBRE INTEGRALIDADE

Percebemos que o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, dicotomizada e centrada na produção de atos, predominando a

(83) 3322.3222

contato@conedu.com.br

www.conedu.com.br

desarticulação entre as inúmeras queixas dos sujeitos-pacientes. Para a superação desse cenário, emerge a necessidade de um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde (MACHADO *et al.*, p. 338, 2007).

Para Machado *et al.*, (2007) significa uma bandeira de luta, ação defendida por aqueles que partem de uma imagem objetiva de um contexto do sistema de saúde que deixa a desejar quanto a seus aspectos institucionais e por práticas ainda excludentes. Nesse cenário do sistema de saúde, a imagem subjetiva configura-se o elemento balizador atrelado ao ideário de uma construção de práticas em saúde que valorizem o outro.

A integralidade concebe a identificação do sujeito no todo, ainda que tal noção não seja alcançada de forma plena. Permite um atendimento para além de estruturas hierarquizadas, organizadas, uma vez que contempla uma atenção em saúde que privilegia a qualidade do cuidar do individual ao coletivo e ainda o compromisso com o aprendizado e com práticas multidisciplinares.

E ainda que a discussão sobre a integralidade perpassa a formação do profissional de saúde assim como sua educação permanente, a qual deve estimular o trabalho em equipe (inter e multidisciplinar) e o ambientes de promoção de relações dialógicas entre esses profissionais. De acordo com isso podemos afirmar que,

É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO *et al.*, 2007, p. 337).

Assim emerge uma nova visão das práticas em saúde centradas na integralidade do cuidado. Segundo Machado *et al.*, (2007) “a ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes co-responsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente” (p. 338). A autora acrescenta ainda que o cuidar do outro articula a escuta, o acolhimento, o diálogo e a relação ética e dialógica entre os atores implicados na prática.

Portanto, para que essa realidade de compreensão do sujeito-paciente na sua integralidade é preciso repensar estruturas de processos de formação dos profissionais de saúde e também o modo de organização dos profissionais da área. Assim entendemos que,

A noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde (MACHADO *et al.*, 2007, p. 338).

O paradigma da integralidade requer que profissionais que lidam com o cuidado com o outro em suas práticas, devem desenvolver e aprimorar uma visão holístico-ecológica do cuidado em saúde, ou seja, os profissionais de saúde despertaram interesse pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, para além do estado físico, elegendo a melhora constante da qualidade de vida como um propulsor que engloba estados subjetivos de satisfação do sujeito-paciente em suas atividades de vida diária. “Esta atitude incorpora o princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar” (MACHADO *et al.*, p. 339, 2007).

É importante que a compreensão da integralidade no atendimento em saúde esteja inserida na consciência crítica dos profissionais de saúde e ainda vale ressaltar que quanto mais conscientizados, mais capacitados nos tornamos. De acordo com Machado *et al.*, (2007) estando capacitados anunciamos e denunciemos a realidade tal qual se apresenta. Tal consciência nos permite desvelar a realidade e assim alcançar a realização de práticas com ações transformadoras dessa realidade.

A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos. (MACHADO *et al.*, p. 339, 2007).

Para Freire (1997), o exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar.

Neste sentido, consideramos a prática em saúde inspirada nos pensamentos de Paulo Freire (1997), “coerente e competente, que testemunha seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, que atesta sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade, a maneira consistente com que vive sua presença no mundo”. Para tanto, se faz necessário um olhar para além do visível. É preciso enxergar o ambiente, a sociedade, o meio político e cultural, a família e a comunidade desse sujeito.

O paradigma da integralidade surge pela necessidade de se corrigir ações em saúde caracterizadas pela fragmentação, desarticulação e supervalorização de um saber científico descontextualizado e que por sua vez não dava conta das necessidades reais em saúde e condição de vida dos sujeitos. Tal paradigma surge para possibilitar um ouvir, um entender e assim atender as demandas do sujeito-paciente e a partir dele, grupos e coletividades.

3. REFORMAS CURRICULARES E O PARADIGMA DA INTEGRALIDADE

As reformas curriculares do campo da saúde brasileiro foram realizadas com o objetivo de analisar o perfil do profissional que se deseja formar. A matriz curricular da grande maioria dos cursos da saúde ainda está organizada de maneira disciplinar com os primeiros anos dedicados ao estudo de disciplinas básicas para cada curso e os anos restantes dedicados as disciplinas profissionalizantes cujas aulas são realizadas em campos de atuação específicos para cada área ou especialidade, tais como hospitais, clínicas, postos de saúde comunitários. Durante esse período os alunos desenvolvem atividades como práticas assistidas, estágio supervisionado em clínicas de serviço em saúde e estágio supervisionado em hospitais, além de atividades e extensão promovidas pelas instituições de ensino, mais especificamente através da Pró -Reitoria de Extensão.

O ensino e conseqüentemente as práticas em saúde no Brasil sofreram influência de dois fatores importantes: 1. A visão cartesiana de mundo com sua característica dualista, ou seja, a separação mente e corpo e a lógica da causa-efeito e; 2. A predominância do cientificismo nas práticas em saúde. Assim, os currículos dos cursos da saúde sofreram influencia desta tendência e tornaram-se pragmáticos e utilitários, os quais diferem do modelo de concepção de sujeito de Hipócrates. A partir dessa lógica, Neves; Neves e Bitencourt (2005) apontam que “o conhecimento foi dividido em áreas pra ser mais bem estudado e isso produziu uma incomunicabilidade entre as mesmas, inclusive no âmbito das universidades, permitindo enormes zonas de desconhecimento”.

A intenção dos paradigmas que tem surgido desde a década de 60 apresenta a ideia de contraposição ao modelo hospitalocêntrico e reducionista das ações em saúde. A proposta do novo paradigma é uma abordagem dialética com contribuição de várias ciências e encorajando ações interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais.

Para Neves, Neves e Bitencourt (2005) a inclusão das ciências humanas é fundamental para contextualizar o binômio profissional da saúde-paciente numa espacialidade social, pois há a necessidade de conhecer as especificidades do ser humano inserido no mundo, como ator social do processo histórico, contudo sem deixar de lado todas as técnicas científicas atuais que possibilitam a diminuição de um sofrimento. Daí a articulação da objetividade com a subjetividade para viabilizar práticas condizentes sejam no âmbito da promoção a saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O paradigma da integralidade indica mudanças na formação do profissional na graduação. Tal paradigma requer uma formação em saúde mais contextualizada considerando as dimensões social, econômica e cultural do sujeito-paciente.

De acordo com Lampert (2002), o paradigma da integralidade induziria a construção de um novo modelo pedagógico, visando a interação e ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. A operacionalização do paradigma da integralidade seria norteada pela construção de um currículo integrado aos modelos pedagógicos mais interativos através da utilização de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno, sendo o professor o facilitador do processo de construção do conhecimento.

Muito recentemente no cenário mundial da educação e práticas em saúde surgiram duas abordagens. A “*Evidence Based Medicine*” (medicina baseada em evidências, MBE), essencialmente clínica e a “*Problem Based Learning*” (aprendizagem baseada em problemas, PBL). Esta última por sua vez é essencialmente pedagógica e incorpora fundamentos do construtivismo em sua base teórico-prática e apresenta-se como uma filosofia educacional em saúde com características da Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, o qual acredita que “Ensinar não é transferir conhecimento; ensinar é uma especificidade humana”.

3.1 A INTEGRALIDADE NA PRÁTICA

Mattos (2004) destaca que o termo integralidade significa mais do que um dos princípios do SUS, ele expressa uma imagem-objeto. Segundo o autor (p. 1411): “uma forma de indicar (ainda que de modo sintético características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com as características vigentes (ou predominantes).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade talvez seja o que é menos visível dentro da trajetória do sistema e das suas práticas. Para Mattos (2004), quanto ao princípio da universalidade, atualmente as barreiras formais que impossibilitavam acesso ao sistema de saúde àqueles que não contribuían com a previdência já não existem. Mas se sabe que ainda há barreiras quanto ao acesso de pessoas que necessitam dos serviços de saúde de forma igualitária.

A constituição brasileira de 1998 afirma ser dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”. No mesmo texto vemos o que chamamos de integralidade “atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Ambos os trechos evidenciam

ações no campo da saúde. No primeiro, promoção, proteção e recuperação e no segundo, ações preventivas e assistenciais.

Para Mattos (2004), “uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde” (p.1413).

Assim o autor aponta como útil não considerar integralidade como sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema e sim refletir sobre as características das práticas que se pautam pela integralidade.

Uma primeira dimensão da integralidade na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos (MATTOS, p.1413, 2004).

Para os profissionais, durante a prática clínica no tratamento de seus pacientes, isso significa incluir no seu cotidiano rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas e menos vinculadas ao processo físico.

Para Mattos (2004), a integralidade na prática se manifesta na postura do profissional que não aceita a redução da necessidade de ações ou serviço da saúde à necessidade de identificar e das respostas única e exclusivamente para a doença que ocasionou o sofrimento por ora manifestado. Essa postura envolve: 1. uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito-paciente que englobe tanto as ações de cuidado quanto aquelas voltadas para a prevenção de futuros sofrimentos; 2. Capacidade de contextualização da realidade desse sujeito-paciente.

O autor aponta que o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades de cada sujeito que busca o atendimento em saúde, mas especialmente é a habilidade de reconhecer a adequação de ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito-paciente com o profissional ou equipe de saúde.

Mattos (2004) em seu artigo “A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)” ao exemplificar o caso de violência doméstica e a postura de uma agente comunitária diante das marcas de maus tratos nos braços das crianças daquela família e sua atitude de orientar a mãe das crianças quanto ações a serem tomadas para proteção de todos da

violência do pai e marido. Tal atitude evidencia que “o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro”. (p. 1414).

Em qualquer contexto onde ocorra o encontro entre sujeito-paciente e profissional da saúde é possível articular a integralidade quando se articulam ações preventivas e assistenciais que segundo Mattos (2004, p.1414) envolvem um duplo movimento por parte dos profissionais da saúde.

De um lado, apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. E outro, analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados aquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro. O que nos remete a questão da contextualização.

Assim emerge uma compreensão que perpassa os variados sentidos da integralidade que se referem aos encontros entre profissional da saúde, equipe e sujeito-paciente. A integralidade requer que as práticas em saúde sejam sempre de natureza intersubjetiva, onde profissionais de saúde se relacionam com pessoas, sujeitos que naquele momento apresentam um tipo de sofrimento. Então práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma relação dialógica. Ou seja, práticas em saúde configuram-se práticas de conversação. Significa que enquanto cuidamos, lançamos mão de nossos conhecimentos para identificar as necessidades de cada sujeito-paciente e reconhecer amplamente as ações que podemos pôr em prática para dar conta das necessidades que apreendemos a partir da dimensão dialógica ao nos relacionarmos com esse sujeito. E ainda, para Mattos (2004, p. 1414), “defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro”.

Sabemos que sujeitos têm modos de viver e encarar a vida que perante um sofrimento se modificam. E ainda que modos de vidas não são simples escolhas dos sujeitos, mas “emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente” (MATTOS, 2004). Cada sujeito apresenta particularidades que se expressam no seu modo de viver a vida. Isso significa que mesmo detendo conhecimentos sobre doenças e sofrimento e conjuntos de ações em saúde capazes de amenizar sofrimentos ou curar doenças. Esse conhecimento nos ajuda a dar conta desse sofrimento a partir da dimensão do cuidado. Já na perspectiva da integralidade não podemos reduzir o sujeito à doença que lhe causa sofrimento.

Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de viver a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados (p.1415).

Mattos (2004) aponta que na perspectiva da integralidade, projetos terapêuticos individuais devem levar em consideração também as ações voltadas para a prevenção. Uma vez assim entendidos, tais projetos não são produto da simples aplicação de conhecimentos sobre determinada doença. Na perspectiva da integralidade, esses projetos devem emergir do diálogo, da negociação entre profissional da saúde e sujeito-paciente onde a compreensão do contexto específico de cada encontro faz-se imprescindível para a existência dessa relação dialógica.

Compreensão que envolve por parte dos profissionais o esforço de selecionar num encontro os elementos relevantes para a elaboração do projeto terapêutico, tanto os evocados por ele com base em seus conhecimentos, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos (p.1415)

Mattos (2004) afirma que a perspectiva da integralidade na prática em saúde não se trata de uma postura holística, ou seja, não se trata de apreender tudo. Refere-se a um “exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto terapêutico” capaz de dar conta as necessidades dos sujeitos-pacientes.

3.2 A INTEGRALIDADE E SEUS SENTIDOS

Mattos (2006) investigou os sentidos da integralidade com vistas a identificar quais as marcas específicas das políticas e das práticas que são relacionadas ao termo.

Ao questionar acerca do que seria a integralidade, o autor destaca que numa primeira aproximação pensaríamos em uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas o texto da Constituição não se refere ao termo “integralidade” e sim, atendimento integral (Brasil, 1988, art. 198). Mas sabemos que o termo integralidade tem sido usado com o propósito de designar essa diretriz do SUS (MATTOS, 2006).

Voltando a definição de integralidade, Mattos (2006) afirma que “integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, é uma bandeira de luta”, ou seja, parte de uma “imagem-objeto”. Em outras palavras seria um conjunto de características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas absolutamente desejáveis. Segundo o autor, a

integralidade aponta para um “conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.

E ainda, caracteriza-se uma “imagem objetivo” com o objetivo de distinguir o que se deseja construir, do que realmente existe. Assim a integralidade parte de um pensamento crítico, da indignação das práticas em saúde vigentes que privilegiam a doença e não o doente e que ainda se voltam para uma prática assistencial privatista não considerando o sujeito e seu contexto. Uma indignação que não para em si mesma e impulsiona superação de práticas conservadoras que limitam o sujeito-paciente a uma patologia.

Mattos (2006) aponta que a “imagem objetivo” nunca é detalhada. Não é um projeto bem especificado em linhas. Ela é expressa através de enunciados gerais. Abarca várias leituras distintas, sentidos diversos. Assim, toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos que possibilitam que vários atores cada um com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem tais indignações e críticas e no mesmo instante comunguem também os mesmos ideais. E ainda, ela não estabelece como a realidade deve ser. Traz consigo uma diversidade de possibilidades de realidades futuras que serão criadas através de lutas que buscam a superação de características que são criticadas no contexto real.

Partindo da ideia de integralidade enquanto imagem objetivo, faz-se necessária a compreensão dos vários sentidos atribuídos ao termo e o primeiro sentido do termo integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral que se originou a partir das discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. A medicina integral criticava a atitude fragmentada dos médicos diante de seus pacientes. Tal sistema privilegiava as especialidades médicas construídas em torno de aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos e pacientes eram reduzidos a partes cada vez menores. Neste sentido as críticas da medicina integral se voltavam para os currículos de base flexneriana que eram dicotômicos, ou seja, apresentavam um ciclo básico voltado para o conhecimento das chamadas ciências básicas e feitos predominantemente em laboratórios onde também se tinha uma certa noção de ciência; e um ciclo profissional voltado para o aprendizado da prática clínica e também de certo modo como lidar com o paciente.

Esta crítica da medicina integral à esse arranjo curricular levou a novas propostas curriculares onde a ideia central era a criação de escolas médicas formadoras de profissionais menos reducionistas e menos fragmentadores e ainda, profissionais capazes de compreender os pacientes e suas necessidades de maneira mais integral. As propostas de reforma curricular da medicina integral tomaram dois eixos. O primeiro pretendia modificar a aceção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento, à sociedade e

ao contexto cultural e valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática. Já o segundo, buscava enfatizar o ensino tanto em laboratório quanto nas comunidades, lugares que permitem a apreensão do contexto real, condições de vida do paciente.

Assim para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude de profissionais de saúde que seria desejável, ou seja, nessa vertente, tal atitude se caracterizaria pela não aceitação de reduzir o paciente a um aparelho, sistema ou órgão biológico aonde se encontra a patologia, sofrimento e queixa desse paciente. Tal atitude deveria ser contemplada na formação e relacionava-se à boa prática em saúde.

Segundo Mattos (2006), no Brasil o movimento da medicina integral associou-se de início a medicina preventiva, espaço que se consolidou como resistência ao regime militar e um dos berços do que mais tarde seria chamado de movimento sanitarista. Alguns traços das reivindicações do movimento da medicina integral podem ser vistos em algumas reformas curriculares de escolas médicas nos anos 70 e 80.

Tal proximidade com os departamentos de medicina preventiva proporcionou uma renovação teórica e nos anos 70 nasceu no Brasil a Saúde Coletiva, campo do conhecimento que surgia a partir de uma crítica à saúde pública tradicional e a partir das contribuições da medicina social. “Uma das premissas da saúde coletiva era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais e como tal analisá-las”. Assim a saúde coletiva foi reconfigurando o eixo de interpretação do movimento da medicina integral: a atitude reducionista dos profissionais de saúde não deveria ser atribuídos somente a formação e sim a um conjunto de fatores tais como, a crise de uma medicina tipicamente liberal e o crescente assalariado dos médicos, articulações entre Estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos – complexo médico-industrial. Assim, a transformação da escola médica deixou de ser a estratégia de mudança de práticas do movimento sanitário.

Concomitantemente ao surgimento do movimento de saúde coletiva, surgiram críticas as instituições e também as práticas médicas através da circulação de trabalhos de autores como Foucault, Ilich e Canguilhem. Tais contribuições trouxeram consequências para a versão brasileira da medicina integral, pois considerou para muitos que a atitude reducionista e fragmentária dos profissionais de saúde pareceu ser decorrente da racionalidade médica e também do caráter cientificista dos mesmos. Para se produzir uma postura integral, faz-se necessário superar alguns limites dessa medicina tão firmemente fincada em raízes anatomopatológicas e, portanto, dessa racionalidade médica intensamente reproduzida nas universidades.

O primeiro sentido de integralidade para Mattos (2006) emergiu a partir do contexto dos atributos da boa prática médica e da tendência de distanciamento da saúde coletiva da prática em saúde. Segundo o autor a integralidade deve ser defendida como um valor a ser sustentado nas práticas de profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa através da forma como tais profissionais respondem as demandas desses pacientes. E ainda que uma postura médica que se recusa a reconhecer que todo paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que negligencia o fato de se tomar qualquer atitude além de tentar, com todos os aparatos disponíveis, como, recursos tecnológicos, abrandar ou até mesmo silenciar o sofrimento supostamente causado por aquela lesão ou disfunção, é repreensível.

Concordamos com o fato de que é inaceitável que profissionais de saúde respondam tão somente a um sofrimento manifesto pelo sujeito. Acreditamos que em situações de encontro entre fisioterapeuta e sujeito-paciente uma atitude que motivada por algum sofrimento ou disfunção aproveita tal momento para a partir de um diálogo apreciar outras e demais condições que encontram-se direta ou indiretamente envolvidas com aquele sofrimento, perfaz-se um sentido de integralidade.

Para Mattos (2006), tais atitudes relacionam-se com o segundo sentido de integralidade que articula prevenção com assistência, onde as atividades preventivas são distintas das experiências assistenciais que são por sua vez demandadas pelo sujeito-paciente. Do contrário, práticas em saúde que não são demandadas pelo sujeito-paciente, ou seja, aquelas relacionadas à prevenção devem ser exercidas com certa prudência, pois caracterizam o processo de medicalização que indica um processo social de responsabilidade sobre aspectos da vida social do sujeito-paciente. Assim, não se trata somente o doente, recomendam-se hábitos e comportamentos de vida mais saudáveis que na grande maioria das vezes são capazes de impedir o adoecimento e o sofrimento.

Assim, integralidade é uma característica da boa prática da biomedicina, ou seja, deixou-se de lado o foco e objetivo de todas as suas práticas e intervenções somente para a doença. Isso não significa que não se considere a doença e suas consequências sejam estas muito ou pouco limitantes, causadoras de muito ou pouco sofrimento. Fala-se de prudência a respeito do conhecimento sobre a doença que seja orientado por uma visão abrangente acerca das reais necessidades desse sujeito-paciente o qual tratamos. Para tanto, a abertura de profissionais de saúde para outras necessidades além daquelas relativas aos sintomas diretamente ligados a doença ou disfunção presente ou que pode vir a se apresentar – como uma simples conversa – também é exemplo de integralidade.

Mattos (2006) reforça que a mesma preocupação prudente com o uso das técnicas de prevenção e com as necessidades mais abrangentes das necessidades dos sujeitos-pacientes deve ser defendida para todo o conjunto de profissionais de saúde nos mais diferentes níveis de atenção à saúde, ou seja, a integralidade perfaz-se atributo de todos os profissionais de saúde.

O terceiro sentido de integralidade surge como uma dimensão das práticas. Quando tais práticas acontecem como um encontro entre o profissional de saúde com o sujeito-paciente. Aqui cabe ao profissional e sua postura diante de todo um contexto de encontro a realização da integralidade, ou seja, reconhecer e considerar importantes as necessidades desse sujeito que não devem ser reduzidas a atitudes que tem como foco a doença.

Concluimos que o sujeito-paciente não se limita a uma lesão, a uma doença que lhe provoca sofrimento. Tampouco a uma máquina com possíveis danos que precisam ser reparados. Profissionais de saúde que buscam orientar suas práticas a partir do princípio da integralidade consequentemente fogem aos reducionismos.

Pode ser que esse reducionismo ainda tão vivo e tão resistente nas práticas em saúde seja resultado de certa incapacidade de estabelecermos uma relação com o outro. Talvez seja mais fácil para nós profissionais de saúde, formados por um modelo fragmentador, considerarmos aquele sujeito um objeto e assim tratarmos. Sujeitos que trazem consigo uma doença somente. Falta-nos a capacidade de percebermos que diante de nós há sujeitos que trazem consigo além de uma doença ou sofrimento, também uma carga repleta de sonhos, desejos, esperanças.

Uma integralidade de fato só se realizará se estabelecermos uma relação sujeito-sujeito. Pois se nos despirmos da condição de profissional de saúde e detentor de conhecimentos e técnicas acerca de doenças e incapacidades e incorporarmos o humano sem deixar de lado toda a realidade que nos cerca com seus limites e possibilidades, aí sim a integralidade fará parte da boa prática em saúde.

4 DIALOGANDO COM OS SUJEITOS: UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DA PRÁTICA DO FISIOTERAPEUTA.

Com o objetivo de analisar a atuação em Fisioterapia na perspectiva emergente do paradigma da integralidade durante a prática clínica do fisioterapeuta, realizamos uma pesquisa com abordagem qualitativa envolvendo quatro profissionais fisioterapeutas egressos de uma instituição da rede particular de ensino superior de Fortaleza – Ceará e que atuam na prática clínica. Os sujeitos foram assim nomeados: F1, F2, F3, F4 e F5. Utilizamos como coleta de dados a entrevista reflexiva que teve como questão norteadora: como você concebe o paradigma da integralidade emergente durante sua

prática clínica? Para análise dos mesmos recorreremos à utilização do método hermenêutico dialético e uma aproximação da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A fala de um dos sujeitos apontou que a atuação na prática clínica em fisioterapia perfaz inicialmente, momento de realização ou até de adequação de técnicas. E ainda ao abordar sua experiência enquanto fisioterapeuta lembrou de sua formação no sentido de justificar tal enfoque cujo conteúdo do ensino é embasado em conhecimentos científicos e tem por finalidade a transmissão de conhecimentos produzidos pela pesquisa científica.

A relação terapeuta/paciente é uma relação delicada e que não fomos preparados para isso. Não fui formada para isso. Não tive uma formação específica. Na realidade quando muito você tem algumas disciplinas que te sensibilizam. A minha formação foi muito voltada para a parte técnica e você enquanto aluno começa a valorizar a parte técnica. F1

Este depoimento nos remete à concepção de racionalidade que segundo Giroux (1986), representa um conjunto específico de pressupostos e práticas dentro de um contexto social que estabelecem a relação entre o micro (indivíduo ou grupo) e o macro (sociedade), trazendo consigo um conjunto de interesses que orientam a maneira o mundo é visto e compreendido. Assim a racionalidade técnica presente na formação conduz a práticas também que priorizam a técnica como afirma F2:

A minha prática clínica é voltada para o tratamento de dores físicas, dores articulares na coluna. Trabalho com técnicas ditas globais que não envolvem o psicológico. (...) meu trabalho é puramente físico, cem por cento das minhas técnicas são voltadas para reabilitação do corpo.

Percebemos aqui a presença do modelo biomédico de formação presente no curso de Fisioterapia. Tal modelo de formação valoriza a dicotomia corpo/mente, fragmentando assim o corpo e situando o olhar para tratamento de partes específicas.

A formação que eu tive sempre me dirigiu pra um olhar muito em cima de uma patologia específica, um joelho doente, uma coluna doente, um ombro doente. F3

Portanto, em se tratando de modelo biomédico, tanto o sofrimento quanto o adoecimento são aspectos pouco explorados, uma vez que tal modelo e consequentemente sua forma de abordagem terapêutica reduzem o humano a parte doente, ou seja, o mais importante é a doença e não o todo. De acordo com Cutolo (2006, p.16) “o modelo biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização”.

Sabemos, no entanto que a relação estabelecida entre fisioterapeuta e sujeito-paciente perfaz-se fator fundamental para o sucesso do tratamento. De acordo com Freire (2005), o mundo

humano, cultural e histórico, é postulado como um mundo de comunicabilidade tendo como característica principal a intercomunicação ou a intersubjetividade. Trata-se, então de uma comunicabilidade relacional dialógica que implica numa “reciprocidade que não pode ser rompida” (p.67), uma vez que não há nesta relação sujeitos passivos.

Antes havia uma barreira eu não conseguia me comunicar muito bem. A minha forma de abordar o paciente depois de toda a minha vivência e meu diálogo, é uma forma mais madura e objetiva. Então essa forma de ter um diálogo com ele eu vejo que amadureceu muito. F3

A noção de integralidade entre os sujeitos desta pesquisa os remeteu a dimensão holística do sujeito-paciente. Ou seja, as dimensões biopsicossociais foram apontadas por todos os sujeitos entrevistados e sua compreensão se estabelece a partir do conhecimento das suas dimensões biológica (aqui, no contexto da realidade da prática em Fisioterapia, nos remeteremos à funcionalidade), emocional, social e, religiosa. Várias foram as dimensões apontadas pelos sujeitos da pesquisa: funcional, social, religiosa, psicológica. Sendo, portanto esta última a mais intensamente apontada durante as entrevistas. Acreditamos por ser considerada absolutamente determinante de situações clínicas que extrapolam o conhecimento técnico científico dos sujeitos.

*Por conta do primeiro contato a primeira dimensão é a funcionalidade dele que foi interrompida por um problema biológico e físico. Mas ele é um ser humano que precisa de uma atenção que é a dimensão psicológica. É você olhar o paciente como uma pessoa e não como um problema focal. F4
Eu acho que é procurando dentro do possível atendê-lo em suas necessidades, em todas as suas dimensões, não só no biológico, mas no econômico, no social, no afetivo e emocional. F5*

O cuidado integral perpassa aspectos que envolvem a tomada de decisões do profissional. Segundo Subtil *et al.*, (2011), cuidar integralmente de um indivíduo significa percebê-lo como um ser social, físico e emocional, que carrega consigo todos os medos, angústias e frustrações por estar doente naquele momento.

Percebemos que alguns sujeitos reportaram a significação da prática clínica na perspectiva da integralidade do sujeito-paciente em relação ao conhecimento do seu contexto de vida. F3 conseguiu no seu depoimento abordar a intenção de fugir da visão biomédica ao buscar compreender o sujeito-paciente, sua condição física e seu contexto. Vê-se ainda o grande coro que se faz na direção do retorno desse sujeito-paciente às suas atividades diárias através da resolução dos aspectos físicos e biológicos que o levaram ao tratamento, perfazendo-se, portanto evidente, o caráter reabilitador da formação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo acerca da reforma curricular e a proposta do paradigma da integralidade na educação em saúde nos mostra que a capacitação docente deve estar interligada tanto nas dimensões técnica-científica como nas dimensões didático-pedagógica, isso faz com que aconteça um comprometimento e uma participação nos níveis multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Daí a necessidade de romper práticas curriculares isoladas que não favorece uma comunicabilidade relacional dialógica.

Quanto ao nosso objetivo, que foi analisar as reformas curriculares de formação em Fisioterapia experienciada na educação na perspectiva da integralidade dos sujeitos, nos indicou a constatação que ainda há um currículo prescrito que enfatiza uma formação de caráter geral, o que por sua vez acaba sendo técnico, e portanto, a prática tem uma forte tendência ao tecnicismo e a fragmentação não respondendo a educação em saúde da integralidade do sujeito.

Portanto, o paradigma da integralidade surge pela indigência de se ajustar atuações em saúde assinaladas pela fragmentação, desarticulação e supervalorização de um conhecimento científico descontextualizado das reais necessidades em saúde. Tal protótipo aparece como possibilidade de ouvir e entender, e assim, consentir as pendências do sujeito-paciente e a partir dele, coletividades.

Assim as duas abordagens atuais na educação em saúde, damos ênfase na abordagem onde a aprendizagem é baseada em problemas, por ser essencialmente pedagógica e por agrupar os fundamentos de uma filosofia educacional em saúde com características da Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, o qual acredita que ensinar não é transferir conhecimento; ensinar é uma especificidade humana.

Contudo, no ponto de vista da integralidade, o atendimento educacional em saúde não é reduzido a aplicação de conhecimentos sobre determinada doença, mas, emerge do diálogo, da negociação entre profissional da saúde e sujeito-paciente onde a compreensão do contexto específico de cada encontro faz-se imprescindível para a existência dessa relação dialógica. Uma integralidade de fato só se realizará se estabelecermos uma relação dialógica sujeito-sujeito.

Assim, consideramos que novas atitudes e práticas em saúde foram sendo sinalizados, e portanto, o paradigma flexneriano foi dando sinais de que não daria conta dessas exigências. Isso resultou na abertura para um modelo que conciliasse os avanços tecnológicos e também o caráter humano.

Daí a necessidade da reforma dos currículos, pois ainda nos dias de hoje, diante da demanda em saúde que demanda profissionais que deem respeito as particularidades daqueles que procuram atendimento em saúde, ainda encontram-se fragmentados, mesmo diante da perspectiva de uma formação crítica, reflexiva e generalista onde dialogue conhecimento técnico e prático de forma integral, voltando a discussão presente no pensamento de Pimenta (2004), que busca elementos que responda a indagação acerca da unidade entre teoria e prática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, 4 ed. Lisboa: Edições 70. 2011.

LIRA, G. V. **Epistemologia, metodologia e prática de um modelo cartográfico de avaliação curricular em Educação Médica**. Fortaleza. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

_____. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. **Boletim da ABEM**, v. 31, n. 4, p. 5, 2003.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Rev. Ciência e saúde coletiva*, 12(2): 335 – 342, 2007.

MATTOS, R. A. 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*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006, p. 39 – 64.

_____. A Integralidade na prática (ou a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(5): 1411 – 1416, set-out, 2004.

NEVES, N. M. B. C.; NEVES, F. B. C. S.; BITENCOURT, A. G. V. **O Ensino Médico No Brasil: Origens e Transformações**. *Gazeta Médica da Bahia*, 75(2): 162 – 168, 2005.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no Ensino Superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____; LIMA, M. S. L. **Estágio e Docência**. São Paulo: Cortez, 2004.