

FORMACIÓN COMPLEJA COMO POSIBILIDAD DE CONSTRUCCIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Ana Karine de Moura Saraiva

anoka_20@hotmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN/ Brasil/RN.

João Bosco Filho

boscofilho38@gmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN/
Faculdade Maurício de Nassau/ Brasil/RN

Recibido: 31 de julho de 2016 **Aceptado:** 19 de octubre de 2016

Resumen

Ciencias de la vida, para tomar conocimiento científico en su linealidad, llevar el efecto de reducir la condición humana de campo de la mecánica y biológica. Este conjunto de conocimientos fomenta un proceso de formación de los profesionales de la salud que hace que una práctica integral, que debe ser capaz de ver la salud en un sentido amplio, como se propugna en los principios y directrices del Sistema Único de Salud, la política actual de salud en Brasil. En este contexto, es urgente formular estrategias reunificadoras, capaces de construir una mirada ampliada para la formación en materia de salud, en el que la realización de un diálogo respetuoso entre la cultura científica y la cultura humanística en el contexto de actuar de salud posible. Este estudio, que se caracteriza como un enfoque de investigación cualitativa, construido a partir del diálogo entre la investigación de los autores, tiene como objetivo reflexionar sobre el proceso de formación en salud en el contexto de la sociedad moderna, desde el diálogo con las ciencias de la complejidad. En el escenario de la nueva ciencia, una formación compleja en la salud implica un aprendizaje mixto, el cual requiere que los profesionales construyen percepciones multidimensionales *physys religuem*, la naturaleza y el hombre, siendo capaz de ejercer una escucha sensible, una mirada más cercana a lo que es diferente y cuidado con la otra, que no es más que su longitud y su doble en el colectivo humano.

Palabras Clave: Ciencias de la Vida. Formación en Salud. Complejidad.

COMPLEX FORMATION AS POSSIBILITY OF CONSTRUCTION OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE

Abstract

Life sciences, to take scientific knowledge in its linearity, bring the effect of reducing the human condition to mechanical and biological field. This array of knowledge fosters a process of training of health professionals which makes an integral practice, which should be able to view health in a broad way, as advocated in the principles and guidelines of the Unified Health System, current health policy in Brazil. In this context, it is urgent to formulate reunificadoras strategies, able to build a magnified look for training in health, in which the realization of a respectful dialogue between scientific culture and humanistic culture in the context of acting in health possible. This study, characterized as a qualitative research approach, built from the dialogue between the research of the authors, aims to reflect on the health training process in the context of modern society, from dialogue with the Complexity Sciences. In the scenario of the new science, a complex training in health implies a mixed learning, which requires that

professionals build multidimensional perceptions religuem physys, nature and man, being able to exercise a sensitive listening, a closer look at what is different and care with each other which is nothing more than its length and its double in the human collective.

Keywords: Life Sciences. Training in Health. Complexity.

FORMAÇÃO COMPLEXA COMO POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE

Resumo

As ciências da vida, ao assumir o conhecimento científico em sua linearidade, trazem como consequência a redução da condição humana ao domínio mecânico e biológico. Essa matriz de conhecimento fomenta um processo de formação dos profissionais de saúde que dificulta uma prática integral, que deveria ser capaz de visualizar a saúde de forma ampliada, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, atual política de saúde do Brasil. Nesse contexto, torna-se urgente a formulação de estratégias reunificadoras, capazes de construir um olhar ampliado para a formação em saúde, na qual seja possível a realização de um diálogo respeitoso entre cultura científica e cultura humanista no contexto do agir em saúde. Este estudo, caracterizado como uma pesquisa de abordagem qualitativa, construída a partir do diálogo entre as pesquisas dos seus autores, tem por objetivo refletir sobre o processo de formação em saúde no contexto da sociedade moderna, a partir de diálogo com as Ciências da Complexidade. No cenário da nova ciência, uma formação complexa em saúde supõe uma aprendizagem mestiça, a qual requer, que os profissionais construam percepções multidimensionais que religuem *physys*, natureza e sujeito, sendo capazes de exercitar uma escuta sensível, um olhar atento para o que é diverso e um cuidado com o outro que nada mais é do que sua extensão e seu duplo no coletivo humano.

Palavras-Chave: Ciências da Vida. Formação em Saúde. Complexidade.

Ponto de Partida...

Vivemos na contraditória e confusa condição de criadores e criaturas, produtos e produtores do emaranhado mundo contemporâneo. Passo a passo, tecemos caminhos incertos que se confundem e se embaralham em destinos que nem sabemos se podem existir. A lógica capitalista, com sua busca incessante pela eficiência e eficácia, enquadra a vida humana em padrões, ritmos, regras, e modelos controlados pelo tempo definindo o que se deve ver, ouvir e sentir. Enfatizam-se a técnica, o racionalismo e a objetividade, menosprezando, muitas vezes, a qualidade, os sonhos, a política e a ética.

Essa devastadora lógica envolve o homem de tal forma que faz com que ele se feche em si mesmo, se sinta inseguro, medroso e individualista. É habilidoso tecnicamente, mas incapaz de encontrar e se envolver com o outro e com o mundo a sua volta. Enquanto as máquinas estão cada vez mais com as características dos homens, os homens estão cada vez mais maquinais. O desenvolvimento da informática e cibernética contribui para que vivamos

em um mundo virtual, abstrato, irreal em que nos afastamos das pessoas e das reais problemáticas do mundo como as crises econômicas, políticas, sociais e ecológicas.

“Nosso mundo é glorificado enquanto mundo dos artefatos, um ‘universo de objetos’ cujo ‘formigamento’ e engenhosidade merecem celebração” (BALANDIER, 1999, p. 78). A ciência com a promessa de promover o desenvolvimento, um mundo de melhoria infinita e um contraponto a esse mundo de desafios e crises, emerge no século XVII, o século das luzes, enquanto a prática que vem possibilitar essa celebração. A luz que foi acesa por ela, iluminada pela razão, deixa no escuro outras formas de pensar, conhecer e representar o mundo. Filosofia, religião, arte, saberes da tradição¹ passam a ser esquecidos e desclassificados, pois se instaura um processo de construção de verdades e explicações que perpassam, apenas, por um homem livre e racional.

Imbuída de critérios de verdade, construídos por técnicas e regras, a ciência inicia uma aventura na história da humanidade inimaginável, pois se torna senhora dos destinos humanos e a única construtora de verdades. Seu poder de decifração da realidade e explicação dos fenômenos enfeitiçam os homens, pois os transforma em reveladores dos mistérios da vida e construtores de novas realidades. Com isso, o mundo se rende aos seus encantos e faz com que afirmemos que o seu surgimento provocou uma revolução irreversível na história do homem. É um imaginário que se constrói a partir da aliança entre o saber e o poder-fazer em que se elaboram múltiplas representações de uma realidade que pode ser manipulada e dominada.

A razão, em sua forma patológica, ou seja, a racionalização torna-se a bússola que direciona o olhar investigativo e a lâmpada que ilumina esses caminhos. Essa razão fechada recusa o reconhecimento das emoções, dos desvios, das metáforas e dos mitos. Tais cosmologias do pensamento são consideradas irrelevantes e irracionais, pois expõe a face de um homem susceptível ao erro, ao equívoco e a ilusão, como também a um criador de sonhos e utopias. Ora, são justamente o erro, sonhos e utopias as estratégias cognitivas que fecundam o devir em todas as sociedades humanas de ontem, de hoje e de amanhã.

Esse caráter disjuntivo, fragmentador e comunicante estabelecido pelas ciências modernas é fortemente percebido no âmbito das ciências da saúde que assumem o

¹ Os saberes da tradição são produzidos pelos intelectuais da tradição, sujeitos que operam mais próximo da natureza e mais distantes de uma educação formal. “Por conviver com intimidade com outros sistemas leitores do mundo, por desenvolver uma escuta e uma visão mais apuradas dos fenômenos físicos, do comportamento dos animais e plantas e das dinâmicas climáticas, os intelectuais da tradição parecem perceber com mais facilidade e nitidez dialógica entre diversidade da natureza e a unidade do padrão que interliga” (ALMEIDA, 2010, p.75).

conhecimento científico em sua linearidade. À medida que a medicina avança em seu suporte científico, esfacela o ser humano, construindo a sua ação a partir da doença e não do doente, chegando ao ápice de sua fragmentação quando as intervenções operam nas partes que constituem o corpo. O esquitejamento do humano pela anatomia acaba por evidenciar que os valores cartesianos produzidos pelas Ciências Modernas tornaram-se a mola mestra das práticas em saúde no âmbito da medicina oficial. Como consequência desse modelo linear, a condição humana é reduzida ao domínio mecânico e biológico.

Esse modelo de conhecimento ainda é predominantemente no espaço de formação dos profissionais de saúde. Ao adentrarem nos serviços de saúde, esses profissionais mostram nitidamente, a partir de suas intervenções, a percepção do homem tão-somente como ser biológico, perdendo de vista sua relação consigo e com a sociedade. Encastelados no modelo redutor de produzir conhecimento, esses profissionais assumem o modelo clínico, dificultando a efetivação de uma prática integral, capaz de visualizar a saúde de forma ampliada, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, atual política pública de saúde do Brasil.

Nesse contexto, torna-se urgente a formulação de estratégias reunificadoras, capazes de construir um olhar ampliado para a formação em saúde. Nossa aposta no presente texto, caracterizado como uma pesquisa de abordagem qualitativa, construída a partir do diálogo entre as pesquisas dos seus autores, encontra-se apoiada na ideia de que é necessário facilitar uma formação cujo princípio maior seja o processo de religação de saberes, capazes de fazer dialogar cultura científica e cultura humanista no contexto do agir em saúde. Portanto, o trabalho tem por objetivo refletir sobre o processo de formação em saúde no contexto da sociedade moderna, a partir de diálogo com as Ciências da Complexidade.

As Ciências Modernas e a Formação em Saúde

Não é apenas no campo das ciências da vida, ou mais especificamente no campo das ciências da saúde, que as Ciências Modernas defendem a sua condição de únicos conhecimentos verdadeiros. De acordo com Ilya Prigogine e Isabelle Stengers, no livro *A Nova Aliança* (1984), consagrou-se como paradigma da Ciência a função de ultrapassar as aparências complexas e reduzir a diversidade dos processos naturais a um conjunto de efeitos regidos por leis matemáticas simples. Nesse contexto, os comportamentos elementares estão

submetidos ao modelo geral das leis dinâmicas, que fazem com que o mundo seja descrito em trajetórias deterministas e reversíveis.

A Ciência, entendida no singular, uma falácia para Bruno Latour (2000) e Teresa Vergani (2009), faz da objetividade o destino de todo o conhecimento a ser produzido. Todas as formas de produção do conhecimento serão submetidas à diferenciação entre o que é científico, portanto conhecimento objetivo, do que não atende a essa objetividade da ciência.

O conhecimento produzindo por essa concepção de ciência se traduz no reflexo perfeito do real, pois utiliza um método rigoroso e principalmente rígido formado pela observação, verificação, experimentação e comprovação. A natureza e a vida, por serem regidas por leis universais e determinísticas, passam a ser compreendidas enquanto estáveis e translúcidas, estando, portanto, susceptíveis à decifração e à manipulação pelo homem.

O método produzido por Descartes, conhecido como cartesiano, ampliará a separabilidade sujeito-objeto, pois defende que só podemos conhecer o real decompondo-o em suas partes. O complexo é reduzido ao simples; e o múltiplo, ao único. A constituição e análise da menor parte instaura um processo de especialização do saber, culminando, nos nossos dias, com sua forma mutilante que é a superespecialização.

A rarefação das comunicações entre as ciências naturais e humanas, o fechamento disciplinar (apenas pela insuficiente interdisciplinaridade), o crescimento exponencial dos saberes separados, levam cada um, especialista ou não, a ignorar cada vez mais o saber existente. O mais grave é que tal situação parece evidente e natural (MORIN, 2005, p. 19-20).

A disjunção e a fragmentação esfacelam o conhecimento distanciando-o de nós e do mundo. O superespecialista torna-se um ignorante a tudo que está fora de sua disciplina e do seu fragmento investigativo. É um cego diante de um mundo construído por processos e relações dinâmicas e complexas. Dessa forma, produz uma ética distorcida e até muitas vezes reacionária que se aproxima de interesses mercadológicos, capitalistas e utilitaristas.

Ao fazer essas considerações, não negamos os avanços e conquistas que esse modelo de ciência produziu na biologia, na física, na química como as descobertas do DNA, a teoria do Big Bang e da relatividade, máquinas, artefatos e tecnologias que aumentaram e melhoraram a expectativa de vida do homem. Descobertas essas, que explicam um pouco mais e um pouco menos quem somos, onde estamos, de onde viemos e que projeto de futuro

podemos construir. Além de que, por essa concepção de ciência, podemos construir códigos e senhas que tornaram possível uma comunicação universal na ciência. O reconhecimento desses avanços não pode apagar os limites, os exageros, as simplificações, as distorções e, principalmente, os desastres que foram produzidos a partir dela.

A racionalização, fragmentação, neutralidade, simplificação, tecnificação - enquanto princípios e concepções que caracterizam o paradigma da ciência ocidental - ganharam espaço na construção da própria vida determinando formas de viver, de trabalhar e de se relacionar com os outros e consigo mesmo, definindo, inclusive, o que é vivo e não-vivo, normal e patológico, vida e morte, saúde e doença. Dessa forma, as ciências da vida, em especial, a área da saúde, não ficaram imunes e inertes diante de todas essas mudanças na sociedade.

No campo da saúde, percebemos que a Medicina toma para si esses saberes e princípios conseguindo instituir, inclusive, um paradigma da Medicina Científica, que é constituído por uma clínica individual, orientada pelo saber médico, centrada no hospital e que tem por base o cientificismo cartesiano-positivista.

Louis Pasteur, em 1860, instaura a primeira revolução biomédica: os seres vivos se originam de outros seres vivos! A descoberta do microorganismo não provocou, apenas, uma mudança teórica – Teoria Abiótica para Teoria Biótica – ela trouxe repercussões para a medicina, o ensino, a saúde pública e os governantes, uma vez que se comprovava cientificamente que os microorganismos são os causadores das doenças. Nesse momento, torna-se possível perceber e visualizar o invisível – microorganismo, mas principalmente, se utilizar dele. Inicia, portanto, um processo de experimentação e manipulação do invisível-visível, do vivo-vida. Os antibióticos, soros, vacinas e antivirais são alguns frutos desse achado que possibilitam aos seres vivos aliviar dores e sofrimentos, combater infecções, prevenir doenças e instaurar processos de cura.

A percepção dos microorganismos e, conseqüentemente a construção da Teoria Unicausal da doença² possibilitaram o fortalecimento e a definição mais clara dos princípios que norteiam o paradigma da medicina científica. Instaura, a partir de então, uma estrutura do

² Essa teoria defende que a saúde é a ausência de doença, e que essa por sua vez é provocada por um desajuste orgânico-funcional causado por um microorganismo. Arraigada no positivismo, ela teoria baseia-se no observável e comprovado cientificamente, tanto no que se refere às doenças quanto aos métodos de intervenção. Há, simultaneamente, uma ênfase no agente etiológico e na doença e uma anulação do contexto e do homem.

pensamento em saúde assentada no raciocínio causal da doença e um processo radical de medicalização das ações em saúde.

Em 1910, são elaborados e difundidos novos princípios para a formação dos profissionais médicos a partir das pesquisas desenvolvidas em institutos como o Laboratório da Fadiga em Harvard e os Centros de Investigação Microbacteriológico. A Medicina Científica encontra seu auge, já que há um reforço à clínica individual, o predomínio do biológico, o cientificismo cartesiano, a razão positivista e o recurso técnico instrumental. Essas concepções são consolidadas no Relatório Flexner, que, apesar de inicialmente estar relacionada à formação médica, seus princípios extrapolaram as instituições de ensino e foram capazes de instaurar redefinições de saberes e práticas em saúde consolidando, inclusive, o paradigma flexneriano, que reforçou a hegemonia da Medicina Científica.

A ampliação da compreensão de saúde-doença para uma rede de causas, a Teoria Multicausal, ocorridas por volta de 1965, a partir das incongruências entre os avanços tecnológicos e avanços sociais, e principalmente, devido ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial, diabetes e câncer, não indica o fim da hegemonia da Medicina Científica. Mesmo a variante mais dinâmica dessa teoria – História Natural das Doenças de Leavell e Clarck – a doença é compreendida num conjunto de causas reunidas pela soma e subtração. Pressupondo, portanto, a identificação de um vínculo causal capaz de instaurar a doença.

Reafirma, portanto, um pensamento pautado na causa-efeito, cuja ação em saúde deve estar voltada para essa única causa, empreendendo, portanto, intervenções pontuais de caráter puramente curativo e paliativo. Na verdade é, mais uma forma de redução-simplificação que reafirma o paradigma flexneriano.

No âmbito das ciências da saúde, é visível a permanência do paradigma flexneriano, que caracterizado por seu modelo da disjunção/fragmentação, estabelece limites e armadilhas que cercam os atos de pensar e conhecer em saúde. Ao manter os padrões dicotômicos opera certos equívocos, reduções e simplificações como, por exemplo, tomar a parte pelo todo, separar e opor teoria e prática, o saber e o fazer, o sujeito e o objeto, o corpo e a mente, entre outras oposições supostamente inconciliáveis que acabaram por comprometer durante muito tempo nossa forma de entender o mundo e a nós mesmos. (ALMEIDA, BOSCO FILHO 2007, p.128-9).

A permanência dos princípios flexnerianos, de uma medicina científica e de concepções sobre saúde-doença pautadas na teoria multicausal, contribuem para que as práticas em saúde estejam alicerçadas em conceitos e ações fundadas em um pensamento disjuntivo e numa razão rígida, controladora e arrogante, que encontra no biologicismo, individualismo e tecnicismo as estratégias de intervenção. A saúde e a doença são compreendidas de forma binária e dicotomizada, em que estabelecem uma relação linear de causa e efeito, com primazia do homem-corpo doente. Esse homem é fragmentado, pormenorizado em partes cada vez menores. Primeiro, é só um homem desvinculado dos demais, da sociedade, da vida. Depois, é um homem dividido em partes: cabeça, tronco, membros e essas partes, por sua vez, divididas em sistemas, órgãos, tecidos, célula.

Nesse cenário, os princípios de formação em saúde são repensados na perspectiva de atender ao modelo de saúde que vai sendo construído a partir do paradigma flexneriano. Constrói-se, portanto, uma formação centrada em um raciocínio lógico e empírico que unilateraliza o cérebro produzindo a causalidade simples, a objetividade, a quantificação, a ordem, o utilitarismo e o imediatismo. “Enquanto nosso cérebro continuar – contar as suas potencialidades – unilateralizado pelo pensamento linear, veremos o mundo segundo referenciais predominantemente mecânicos e quantitativos, que serão fatalmente repassados para as nossas práticas cotidianas” (MARIOTI, 2002, p. 56).

Uma educação que tem por base o método cartesiano, e, por consequência, o pensamento linear, constrói um enfoque racional e objetivista, já que não reconhece o movimento e a contradição. Tem um excessivo apego à precisão, ao quantitativo, ao mensurável. Olha para a totalidade e os fenômenos a partir de suas partes, dos números e da objetividade inerte. O conhecimento fica enclausurado em disciplinas e hierarquizado pela racionalização cuja finalidade é dar respostas ao mercado através da qualificação de uma mão de obra rentável.

Na formação em saúde, isso se evidencia na dicotomia vida e morte, biológico e social, ciclo básico e ciclo profissionalizante, clínico e epidemiológico, individual e coletivo; na verdade das doenças nas alterações anatomopatológicas; na reprodução individualizada e mecânica de atos terapêuticos; e, em uma crítica pragmática e tecnicista. Além dessas problemáticas, tem que enfrentar o arranjo fragmentador da universidade com um ensino

tradicionalmente alicerçado numa pedagogia conservadora, na ênfase em disciplinas e na divisão entre ensino, pesquisa e extensão.

O contexto de vida é desnaturado e reduzido a uma concepção de paisagem, portanto invariante, estável e puramente ilustrativo. O modo de andar a vida dos sujeitos é substituído pela normalidade, pelo padrão e pela repetição o qual é enquadrado nos protocolos de saúde. O corpo e as relações sociais são substituídos pela mecanicidade, neutralidade e objetividade. A narrativa, o contexto de vida e as emoções dão espaço ao exame, as queixas e ao diagnóstico.

O modelo biomédico de formação, gestado no Relatório Flexner, propõe e defende uma formação cuja base de conhecimento esteja na biologia cuja intervenção seja somente pela técnica e instrumento. Anatomia, bioquímica, fisiologia, histologia, embriologia, entre outras, são historicamente disciplinas com expressivas cargas horárias e são ministradas no início do curso. São elas que abrem as portas da universidade para os desafios da práxis em saúde, sinalizando desde o início, que saberes são fundamentais para pensar e enfrentar os problemas de saúde.

A hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual faz com que a formação em saúde seja orientada pela concepção de corpo restrito à materialização de sinais e sintomas e marcada pela ciência da doença cuja intervenção está restrita ao âmbito do procedimento e centrada na racionalidade instrumental. Preocupa-se com o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas voltadas para o restabelecimento da normalidade do corpo através de uma abordagem biologicista do indivíduo e do coletivo. Com isso, não pretendemos defender a irrelevância da técnica no processo de formação em saúde, mas reconhecer a sua insuficiência quando desvinculada da ética e orientada, apenas, por um saber biomédico construído acerca da História Natural das Doenças.

A construção de uma ciência aberta, de uma educação voltada para a emancipação do homem e uma política de saúde brasileira ancorada nos princípios do Sistema Único de Saúde, promoveu uma reviravolta no pensar e no fazer em saúde com desdobramentos significativos para o processo de formação em saúde. Essas mudanças anunciam transformações paradigmáticas na sociedade as quais assistimos e construímos desde o século XX. Diante disso, torna-se insuficiente um modelo de saúde e de formação ancorados no paradigma positivista – flexneriano.

Nesse contexto, os profissionais da saúde não devem estar preocupados apenas em curar corpos doentes. Deve-se ter como finalidade maior enfrentar e intervir nos determinantes do processo saúde-doença a fim de contribuir com a diminuição das desigualdades e da exclusão social, bem como com a efetivação da cidadania.

Por uma Formação Complexa em Saúde

Ao se assumir o compromisso com a mudança na formação em saúde, torna-se imprescindível defender uma formação que tenha por base novos referenciais epistemológicos capazes de produzir nos profissionais uma reforma do pensamento, como propõe Edgar Morin (2005), bem como seja capaz de estabelecer o Sistema Único de Saúde – SUS como o horizonte para as intervenções em saúde.

Ao reconhecer a importância de uma formação voltada para atender aos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, para a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social, os espaços institucionais de formação em saúde assumem também um compromisso com a transformação do ensino, que deve ter como perspectiva a formação de um profissional crítico e reflexivo, com competências técnicas, éticas e políticas capazes de intervir de modo efetivo frente aos problemas de saúde presentes nas realidades nas quais estejam inseridos.

Para tanto, é preciso trazer para o espaço da formação novas reflexões sobre a vida e sobre o ser humano, que não podem mais ser compreendidos de modo isolado, estanques, reduzidos somente à dimensão biológica. É preciso reconhecer que esse sujeito está inserido em um contexto que, recursivamente, o constrói e é construído por ele. Pensar o sujeito e suas relações talvez seja um dos grandes desafios aos órgãos formadores, uma vez que, durante muito tempo, no espaço das ciências da vida, o ser humano foi compreendido apenas como um corpo objeto, manipulável e destinado a atender aos objetivos estabelecidos pelas ciências da saúde que, entre outras coisas, determinou a cisão entre natureza e cultura, sujeito e objeto, razão e emoção. Para superar esse fosso estabelecido pelo paradigma das ciências modernas, torna-se urgente construirmos estratégias, das quais a religação dos saberes seja uma das mais importantes para a atuação em saúde.

Nesse contexto, não cabe mais nesse processo formativo o discurso de que é preciso separar o pessoal do profissional. A implicação do sujeito no conhecimento é fortemente defendida por Edgar Morin (2005) quando afirma que todos os homens falam a partir de experiências de si e, portanto, é difícil separar o que é do pessoal do que é do profissional.

Reconhecemos que assumir a proposição de uma saúde capaz de integrar o sujeito em seus espaços de convivência humana não é fácil, muito menos acontecerá de modo harmônico, uma vez que convivem nesse cenário campos antagônicos de interesses, e cada um ao seu modo buscará construir caminhos para a conquista de seus objetivos. Ao observarmos as discussões de Conceição Almeida sobre a reorganização do conhecimento, percebemos que suas ideias podem ser claramente utilizadas para pensarmos esse movimento de transformação proposto para a formação e o trabalho em saúde.

Como tudo o que é da ordem da cultura, trata-se de uma dinâmica tensional que comporta resistência à mudança, campos de colisão, olhares desconfiados, desclassificações apriorísticas, luta para manter discursos de autoridade e antigos poderes discursivos, acusações de não-cientificidade, de falta de rigor e ausência de comprovação. Nada de novo nessa resistência da cultura científica. (ALMEIDA, 2010, p. 29-30)

Nesse processo de busca por mudanças, é preciso que façamos apostas, que estabeleçamos a priori nossos caminhos, embora saibamos que, parasitados pelas incertezas, poderemos fazer novos percursos, rever trilhas e, em alguns momentos, abrir novas picadas para que possamos chegar aos lugares desejados. É preciso também que tenhamos coragem de rever conceitos, de repensar programas e construir estratégias mais abertas, mais dialógicas, nas quais as diversas formas de saberes possam dialogar de modo mais respeitoso. Nesse sentido, concordamos com Maria Cândida Moraes, quando afirma que as mudanças precisam ser profundas e estruturais, envolvendo o ser, o conhecer, o fazer e o viver/conviver. “Portanto, são transformações profundas de natureza paradigmática que estão sendo requeridas, não apenas no que se refere ao conhecimento e à aprendizagem, mas também em relação aos valores, hábitos, atitudes e estilos de vida” (MORAES, 2008, p. 17).

Desse ponto de vista, a integralidade torna-se um importante instrumento para que possamos pensar estratégias de religação no universo da saúde. É necessário discutirmos e ampliarmos as concepções de integralidade, para que seja possível romper com as visíveis restrições do pensamento científico que tende a reduzir a saúde a três perspectivas: “a) reduzir a saúde à doença e ao individual; b) reduzir a realidade em saúde ao plano único dos fenômenos empiricamente observáveis; c) atribuir o movimento dessa realidade à simplicidade

unidimensional de uma ordem mecanicamente determinada por leis deterministas” (BREILH, 2006, p. 40).

Definida como um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde – SUS, a integralidade, compreendida em seus aspectos legais e institucionais como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, de caráter preventivo e curativo, com abordagem individual e coletiva, nos diversos níveis de complexidade do sistema, vem possibilitando uma gestação e nascimento de diversas experiências do fazer em saúde. Essas novas atitudes apontam para a importância de reconhecer as vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, para que possam ser produzidas novas ações capazes de superar o modelo hegemônico e redutor do trabalho nesse campo.

Rubem Mattos (2005), ao refletir sobre esse assunto, afirma que existem três conjuntos de sentidos para que possamos pensar a temática. O primeiro deles reconhece a integralidade como um traço da boa medicina, que consiste em uma resposta positiva ao sofrimento do sujeito que busca o serviço de saúde, não o reduzindo à sua condição anatomopatológica, ou seja, à sua condição biológica, uma vez que ela é geradora de silêncios. No segundo, percebe-se a integralidade como uma forma de organização das práticas em saúde, ou seja, reconhece-se a necessidade do estabelecimento de ações nas quais seja possível a construção de uma horizontalidade no serviço de saúde, evitando que se mantenha o modelo fragmentado para a realização das atividades nas unidades de saúde. Por fim, tem-se a integralidade como resposta governamental a problemas específicos de saúde, observando a construção e a articulação de políticas sociais que visam a responder a um determinado problema de saúde ou a problemas de saúde de grupos populacionais específicos.

De um modo mais geral, podemos perceber nesses conjuntos de sentidos que o eixo para a construção da integralidade está na perspectiva da articulação entre profissionais de saúde e usuários; na integração entre ações individuais e coletivas; bem como na produção de políticas sociais que sejam capazes de dialogar com os diversos setores sociais, permitindo que as ações em saúde estejam mais próximas daqueles que a pensam e a executam. A integralidade, portanto, tem como marca maior a perspectiva de romper com um modelo reducionista e impessoal de trabalhar em saúde, possibilitando a reconstrução da humanidade das pessoas, sejam elas usuários ou trabalhadores da saúde, frente às suas necessidades de saúde.

A integralidade das ações e a integralidade do sujeito já estão apontadas nesse universo do fazer em saúde, entretanto, a possibilidade de um novo diálogo entre saberes científicos e saberes da tradição aponta para a importância de se trazer para o contexto da saúde a religação de saberes como um grande desafio à prática de uma intervenção humanizada.

Portanto, reconhecemos que não é possível falar em integralidade quando se fragmentam ações individuais e coletivas, quando se opõem ações de promoção e terapêuticas e quando se opõem saberes acadêmicos científicos e saberes milenares da tradição. Não é possível falar em integralidade quando a formação dos profissionais das Ciências da Vida se restringe à formação *in vitro*. A autoformação supõe processamento *in vivo*. Não é possível propor a integralidade das práticas de saúde quando o conhecimento produzido e sistematizado pelos estudantes se reduzem a uma única linguagem, longe, portanto, da diversidade de linguagens e conhecimentos dos intelectuais da tradição e mesmo da linguagem do mundo vivo. Integralidade agora poderá conceber-se como o que é da ordem da religação parte/todo, individual/coletivo, formação/autoformação, natureza/cultura, histórico/trans-histórico, simbólico/técnico.

Dessa forma, uma concepção complexa de integralidade acolhe a noção de híbrido, tão cara a Bruno Latour (1994); atualiza a consciência de bricolagem e de uma ciência próxima da lógica do sensível, conforme Lévi-Strauss (2010); compreende a relação indissociável entre autonomia e dependência do sujeito em relação ao mundo no qual está inserido. Uma concepção complexa de integralidade requer agora uma ética do atenção integral de um sujeito por inteiro – ao mesmo tempo físico e metafísico, singular e genérico.

Nesse sentido, o processo de construção de uma formação complexa em saúde passa pelo reconhecimento de que em uma sociedade-mundo, maestrada pelos princípios da unidade na diversidade e do diálogo intercultural, o processo de formação supõe uma aprendizagem mestiça, a qual requer, em primeiro lugar, a consciência de nosso débito com todos os fenômenos e coisas do mundo. Os profissionais da saúde precisam auscultar e construir percepções multidimensionais que religam *physys*, natureza e sujeito sendo capazes de exercitar uma escuta sensível, um olhar atento para o que é diverso e um cuidado com o outro que nada mais é do que sua extensão e seu duplo no coletivo humano.

Referencias

- ALMEIDA, Maria da Conceição de. **Complexidade, saberes científicos e saberes da tradição**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2010.
- BALANDIER, Georges. **O Dédalo** – para finalizar o século XX. (Tradução de Suzana Martins). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BOSCO FILHO, João; ALMEIDA, Maria da Conceição Xavier de Almeida. **Epistemologia complexa, Saberes da Tradição e Ciências da Saúde**. Texto apresentado no IV Colóquio Nacional da AFIRSE – Secção Brasileira, Natal/RN 2007.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. (Tradução Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade a fora**. (Tradução Ivone C. Benedetti). São Paulo: UNESP, 2000.
- LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. (Tradução Carlos Irineu da Costa). Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- LEVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Papyrus, 2010.
- MARIOTTI, Humberto. **As Paixões do ego: complexidade, políticas e solidariedade**. 2.ed. São Paulo:Atena, 2002.
- MATTOS, Rubem. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni. & MATTOS, Rubem. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.
- MORAES, Maria Cândida. **Ecologia dos saberes: complexidade, transdisciplinaridade e educação, novos fundamentos para iluminar novas práticas educacionais**. São Paulo: Antakarana/Willis Harman House, 2008.
- MORIN, Edgar. **O Método 5: a humanidade da humanidade, a identidade humana**. (Tradução Juremir Machado da Silva). Porto Alegre: Sulina, 2005.
- PRIGOGINE, Ilya; STENGERS, Isabelle. **A Nova aliança**. (Tradução Miguel Faria; Maria Joaquina Machado Trincheira. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1984.
- VERGANI, Teresa. **A Criatividade como destino: transdisciplinaridade, cultura e educação**. (organização Carlos Aldemir Farias; Iran Mendes Abreu; Maria da Conceição de Almeida). São Paulo: Editora Livraria da Física, 2009. (Coleção Contextos da Ciência).

Autores:

Ana Karine de Moura Saraiva

Enfermeira, bacharel e licenciada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Especialista em Docência do Ensino Superior; Docente Assistente IV com dedicação exclusiva da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Membro do Grupo de Pesquisa Marcos Teóricos e Metodológicos Reorientadores da Educação e do Trabalho em Saúde. Mossoró/RN, Brasil.

[E-mail: anoka_20@hotmail.com](mailto:anoka_20@hotmail.com)

João Bosco Filho

Enfermeiro. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Mestre em Enfermagem com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba; Docente Adjunto IV da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau – Natal/RN. Membro do Grupo de Pesquisa Marcos Teóricos e Metodológicos Reorientadores da Educação e do Trabalho em Saúde. Pesquisador Permanente do Grupo de Estudos da Complexidade. Natal/RN, Brasil.
boscofilho38@gmail.com