

ARTIGO ORIGINAL

DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO BIOPSISSOCIAL: A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL


FROM THE BIOMEDICAL MODEL TO THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL: THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS IN BRAZIL

AUTORES

Patrique Jardel Rocha Almeida
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL


 0009-0000-7359-0898

Francois Isnaldo Dias Caldeira
Universidade Estadual Paulista – UNESP

 0000-0002-4688-2059

Claudia Gomes

Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL

 0000-0001-5951-8937

RESUMO

A humanização em saúde é um passo de extrema importância para os atendimentos, visto que qualquer situação que envolva a falta de saúde nos torna vulneráveis em relação à vida. Mesmo quando o quadro parece ser apenas de natureza orgânica, tudo que acontece impacta nosso ser integralmente, trazendo consequências sociais, espirituais, físicas, emocionais e econômicas em maior ou menor grau. Quando em tratamento, nossa adesão e confiança dependerão da equipe que cuida e é nesse aspecto que muitos estudos mostram que a relação paciente-família com a equipe é tão importante quanto a qualidade do tratamento técnico-científico prestado. O presente artigo traz algumas reflexões sobre o cuidado em saúde, especialmente sobre o paradigma biopsicossocial que visa superar o paradigma curativista ou biomédico, se refletindo nas transformações no conceito de saúde e na compreensão no processo saúde-doença. Para tanto, o presente trabalho traz como objetivo discutir a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde. A pesquisa bibliográfica para responder as questões foram procuradas nas seguintes bases de dados: BDTD (Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações), CINAHL (Cumulative Index to nursing and allied health literature), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde), MedLine (Literatura Internacional em ciência da Saúde), PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). A transição de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial, implica uma série de reconfigurações nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva e sua inclusão com a comunidade, mas se torna necessário para atender o ser humano como um ser completo em todas as esferas de sua vida e tal aprendizado deve ser perpetuado desde os cursos de formação em saúde.

Palavras-chave: Cuidado em saúde; formação profissional; Biopsicossocial; Humanização.

DOI: 10.33872/rebesde.v3n2.e017

CONTATO

Patrique Jardel Rocha Almeida
patriquerocha77@gmail.com



Copyright: este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Atribuição Creative Commons License®, que permite o uso irrestrito, distribuição, e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e fonte originais são creditados.

ABSTRACT

Humanization in health is an extremely important step for care, since any situation involving poor health makes us vulnerable in relation to life. Even when the picture seems to be only of an organic nature, everything that happens impacts our entire being, bringing social, spiritual, physical, emotional and economic consequences to a greater or lesser extent. When undergoing treatment, our adherence and trust will depend on the team providing care, and it is in this aspect that many studies show that the patient-family relationship with the team is as important as the quality of the technical-scientific treatment provided. This article presents some reflections on health care, especially on the biopsychosocial paradigm that aims to overcome the curative or biomedical paradigm, reflecting on changes in the concept of health and understanding of the health-disease process. Therefore, the present work aims to discuss integrality as a guiding axis in the training of health professionals. Bibliographical research to answer the questions was sought in the following databases: BDTD (Brazilian digital library of theses and dissertations), CINAHL (Cumulative Index to nursing and allied health literature), LILACS (Latin American and Caribbean literature in health sciences), health), MedLine (International Health Science Literature), PAHO (Pan American Health Organization Library) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). The transition from a biomedical concept of health to a biopsychosocial one implies a

series of reconfigurations in the senses of health-disease-cure, of treating-caring, as well as notions of collective health and its inclusion with the community, but it becomes necessary to to serve the human being as a complete being in all spheres of his life and such learning must be perpetuated from the health training courses.

Keywords: Health care;
professional qualification;
Biopsychosocial;
Humanization.

REBESDE – v. 3, n. 2, 2022: e-017

Recebido: 27/06/2022 | **Aprovado:** 13/07/2022

1. Introdução

A constante presença de doenças e adoecimento psíquico no cotidiano das pessoas tem gerado uma tendência natural de compreensão da saúde como simplesmente um estado no qual o indivíduo está livre de alguma doença ou enfermidade, resquícios da definição e hegemonia do modelo biomédico, ainda presente na maioria das ações práticas em saúde no Brasil (TRAVERSO-YEPEZ, 2001).

De acordo com a autora, na situação exposta, a doença é caracterizada como um problema físico, ou seja, que acomete somente o corpo, enquanto as dimensões psicológicas, sociais e ambientais do indivíduo são deixadas de lado ou reduzidas a uma avaliação superficial ou fragmentada, impossibilitando uma correta atenção à saúde do paciente como um todo, o que leva a ações que enfocam a doença em detrimento do sujeito.

A consideração de que o sofrimento e doença se resume a uma evidência física-orgânica apenas, e não compreendem uma relação intimamente relacionada com as facetas do contexto sócio-cultural tem como base o modelo biomédico mecanicista, que se baseia no desenvolvimento dos processos de significação relacionados à saúde-doença com uma visão sistêmica e ecológica da vida e da evolução humana (TRAVERSO-YEPEZ, 2001).

Segundo a Constituição Federal, as ações e os serviços prestados no âmbito da saúde, compõem uma rede organizada e centrada em três pilares, sendo um deles a integralidade dessas ações. Contudo, de todos os princípios do SUS, a integralidade assistencial é a que parece mais aquém de recursos e investimentos. As mudanças têm ocorrido, mas não ainda de forma generalizada que se espera e necessita. Estudiosos das mais variadas áreas acreditam que um dos fatores propulsores para a difusão desse modelo integral de atenção à saúde esteja na busca de transformações no processo de formação dos próprios futuros profissionais da saúde (CECCIM, 2004).

O presente trabalho traz como objetivo discutir a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde. O qual constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação como também implica

numa reorganização dos processos de trabalho e na análise curricular em prol de uma atuação mais humanizada.

2. Referencial Teórico

2.1 Modelo hegemônico de formação

O modelo tradicional de formação, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana que divide o corpo da mente, desclassificando dessa maneira aspectos sociais, psicológicos e ambientais que também estão diretamente envolvidos no processo do adoecer. Em função desse modelo, reduz-se o indivíduo a um organismo biológico, e se gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano (PEREZ, 2004).

O designado modelo biomédico tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde. Este modelo, refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências, exclui os contextos psicossociais dos significados interpretativos, dois quais uma compreensão clara e adequada dos pacientes e suas doenças depende (PAGLIOSA, 2008).

Nesse contexto, a formação do médico e dos demais profissionais da área da saúde está, preponderantemente, ancorada no modelo biomédico. Esta situação favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais, tanto por parte do próprio profissional, quanto do paciente (De MARCO, 2003).

Cabe enfatizar que a formação profissional e a produção de conhecimento é fundamentada no modelo flexneriano de 1910. Profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e o modelo da Saúde da Família. Dessa forma, o planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

A relação profissional da saúde-paciente ainda se constitui como um tema marginal na sociedade, frente à hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação na área de saúde no nosso meio. As tentativas anteriores de inserir um modelo assistencialista em saúde, abrangendo o indivíduo em todas as 5 suas esferas e necessidades no currículo médico chegaram a

acontecer em algumas faculdades de medicina e ciências da saúde no país, todavia, ocorreram no interior de disciplinas optativas ou consideradas de menor importância, como na psicologia, sociologia ou antropologia médica; tentativas essas que não tiveram muito êxito (BALLINT, 2000).

2.2 Modelo biopsicossocial: paradigma de integralidade

A reintegração da dimensão psicossocial ao ensino e às práticas em saúde, visa uma mudança nos métodos utilizados, passando a buscar a construção de uma modelo biopsicossocial – que abranja todas as esferas do indivíduo – em contraposição ao engessado modelo biomédico que se cristalizou ao longo dos últimos séculos. Tal modelo tem ganhado impulso a partir de contribuições que emergiram de diversas áreas do conhecimento, particularmente a partir do século XX (De MARCO, 2003).

As influências no plano curricular e nas práticas em saúde permanecem ativas, as quais refletem uma série de mudanças de paradigmas e de movimentos que tentam incorporar esses aspectos. O atual interesse pela humanização pode ser incluído nessa trajetória com o objetivo de incorporar esses aspectos psicossociais às práticas do modelo biomédico, em virtude das inovações de uma nova era para a área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ainda analisando-se o plano curricular, o que se tem observado é que essa mudança de perspectivas chegou ao ensino superior, onde está o centro da real transformação da prática sanitária, e este vive um momento especial, em busca de ampliar sua relevância social. As universidades não ocupam o mesmo lugar do passado na produção do conhecimento, nem em sua difusão. Entretanto, a produção desse conhecimento e a formação profissional ainda seguem marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos hegemônicos. Há, portanto, a necessidade de redefinir referenciais e relações com os distintos segmentos da sociedade no sentido de as universidades ocuparem um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades (FEUERWERKER, 2003).

Partindo desses pressupostos, entende-se como fundamental a superação da tendência pedagógica tradicional, que se torna inadequada

frente aos novos desafios de formação/atuação profissional que se instalam no campo da educação e da saúde. A partir de uma concepção crítica da educação, vem-se mudando o cenário biomédico para a adesão pedagógica progressista, evidenciando o ser humano sob o prisma da qualidade de vida, com enfoque na promoção da saúde (SCORZONI, 2013).

2.3 Distanciamento da formação da realidade profissional

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais são direcionadas aos cursos de graduação da área. As DCN representam uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade, proposto por modelos assistencialistas em saúde. Por outro lado, as diretrizes têm exercido uma poderosa influência na elaboração de currículos na formação em saúde, o que torna difícil aplicar os anseios idealizados na prática clínica (DAVINI, 2006).

De uma forma geral, um currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma articulada. O propalado currículo integrado sistematiza de forma dinâmica o ensino, envolvendo a prática à teoria, dando notória importância às pesquisas e às áreas extensivas, trazendo o acadêmico para além do meio universitário, e possibilitando um contato direto com a comunidade em que está inserido, representando assim uma possibilidade adequada para a formação em saúde (DAVINI, 2006).

Outro aspecto importante do currículo integrado é visar o preparo do aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário com o ser humano. Para isso, devem-se criar condições para que o estudante consiga construir ativamente o seu próprio conhecimento, e que dessa forma o cenário acadêmico desperte neles o desejo de se trabalhar em prol de promoção em saúde, desenvolvendo vínculos empáticos com seus pacientes. No entanto, o que se vê na grande maioria dos centros de formação em saúde no país, são indivíduos dependentes e arraigados somente as práticas das biociências, esquecendo-se que estão cuidando de vidas, as quais a maior parte é dependente

economicamente de procurar um atendimento especializado na área e por isso buscam atendimento gratuito nos hospitais e clínicas-escolas (SAIPPA; KOIFMAN, 2004).

Segundo Koifman; Xavier (2011) a maior parcela dos conteúdos curriculares trabalhados nos cursos de graduação em saúde parecem estar voltados apenas às práticas de abordagem clínica-mecanicistas que priorizam o aprendizado e evolução das habilidades técnicas-instrumentais, enquanto aquelas que privilegiam a integralidade de forma humanizada encontram-se, na grande maioria das vezes, na modalidade optativa, e assim apresentam possibilidade de não serem oferecidas em um determinado momento da história do curso e que uma pequena porcentagem de alunos têm acesso.

Ainda de acordo com Koifman; Xavier (2011) para considerar-se uma educação íntegra e de qualidade deve-se intitular uma maneira de completude, na qual as disciplinas se somam, dando ao aluno uma maior autonomia para pensar e agir como um futuro profissional. Para tanto, se faz tão necessária a integralidade como sendo um princípio que corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema, e na formação em saúde essa integralidade é vista como uma relação que envolve outras áreas, como a das ciências humanas.

2.4 Formação para o SUS – integralidade

Embora haja consenso acerca de que a formação de profissionais de saúde deveria ser orientada para formar profissionais para o SUS, ela tem se mostrado alheia à necessidade de se promover uma educação baseada nos seus princípios e diretrizes, perpetuando o modelo hegemônico de formação. Cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, mas tal tarefa constitui ainda um desafio dadas as características das instituições de ensino e o seu significativo distanciamento do sistema público de saúde (CECCIM, 2004).

Observa-se uma inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam confrontar as formas de “saber” e “fazer”

com o que a realidade requer. Nessa interação, há o risco de se considerar a universidade como referência do saber legítimo, diminuindo o significado dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem e produtores de conhecimento (GUIZARDI, 2006).

Tal formação também requer que se estimule a reflexão crítica dos docentes, dos profissionais das redes de serviço e dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem. Conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constituem o pressuposto norteador dos processos formadores em saúde, particularmente daqueles profissionais que irão atuar na atenção integral (SAIPPA; KOIFMAN, 2004).

3. Métodos

Os estudos de Vigotski fornecem elementos que possibilitam a organização de métodos de análise sobre os processos de aprendizagem, o potencial de aprendizagem e o desenvolvimento dos indivíduos (diagnóstico e prognóstico), oferecendo fundamentos para a reestruturação do ensino voltado à promoção humana. E o que possibilita a realização desse tipo de análise é conhecer o sujeito dentro de uma compreensão que possibilite sistematizar princípios para uma vertente de pesquisa, integrando diversos aspectos das realidades estudadas.

Com vistas ao objetivo desta revisão e apoiada nos pressupostos teóricos que sustentam o estudo, foi definido como recurso para a construção dos dados e informações as seguintes questões norteadoras: formação em saúde com aspectos de humanização além da teoria; currículos de cursos formadores de profissionais de saúde no Brasil; paradoxo biomédico versus biopsicossocial em saúde pública.

A pesquisa bibliográfica para responder as questões foram procuradas nas seguintes bases de dados: BDTD (Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações), CINAHL (Cumulative Index to nursing and allied health literature), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde), MedLine (Literatura Internacional em ciência da Saúde), PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os textos de livros foram pesquisados nos catálogos de publicações das principais editoras do campo da saúde coletiva: Abrasco, Hucitec,

Ministério da Saúde e Fiocruz. Foram selecionados os seguintes descritores de assunto: Cuidado em saúde; formação profissional; Biopsicossocial; Humanização nos meses de novembro a dezembro de 2021.

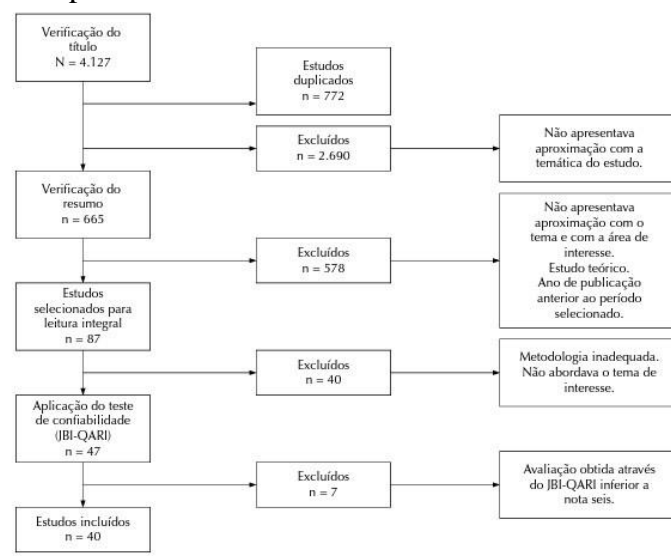
Diversas estratégias foram empregadas, inserindo-se e/ou retirando-se palavras, procurando-se diferentes combinações na tentativa de alcançar o maior número de estudos. Esse mesmo critério foi utilizado para pesquisar os textos em livro. Para a seleção dos estudos, foram adotados como critérios de inclusão: artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, dissertações, teses e textos de livros, publicados em inglês, espanhol ou português, referentes à pesquisa empírica de caráter qualitativo sobre as práticas de humanização e cuidado em saúde, no período de 2000 a 2017.

A avaliação crítica dos estudos foi feita com base no formulário padronizado Critical Appraisal Checklist For Interpretive & Critical Research (JBI-QARI),^b que consiste em um checklist com diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. Esse formulário é composto por dez perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se as “falas” dos participantes estão devidamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados, entre outros. Os estudos que obtivessem seis ou mais respostas afirmativas no JBI-QARI permaneceriam na amostra final da pesquisa.

Como critérios de exclusão, trabalhos que não apresentavam aproximação com a temática do estudo; não apresentava aproximação com o tema e com a área de interesse; estudos teóricos; ano de publicação anterior ao período selecionado; metodologia inadequada (que não abordava o tema de interesse); avaliação obtida através do JBI-QARI inferior a nota seis não entraram na amostra para composição deste trabalho.

Foi realizado uma leitura analítica com intuito de ordenar as informações contidas nos artigos de forma que estas etapas viabilizem a obtenção de respostas acerca do tema além disso, construir argumentos para discussão a partir de todo o referencial teórico pesquisado.

Tabela 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão literária



Fonte: do autor

4. Resultados

Foram identificadas inicialmente 4.127 publicações sobre o tema, das quais 40 foram selecionadas para integrar a amostra, sendo 32 artigos, duas teses, quatro dissertações e dois capítulos de livros (Tabelas 1).

Sobre a discussão teórica e metodológica sobre humanização Nora, Jungles (2013) relatam que muitos alunos e profissionais de saúde não se encontram satisfeitos com as metodologias empregadas em sua formação entre teoria e prática, revelando o despreparo para aplicar na prática clínica o que viram em sala de aula. Visto isso, é notório que há uma deficiência entre os ensinamentos da teoria e da aplicabilidade laboratorial/clínica, sendo que essas deveriam caminhar juntas.

Percebe-se que a prática desenvolvida nos serviços de saúde é permeada pela fragmentação nos processos de trabalho, proporcionando a perpetuação do modelo assistencial, centrado na atenção curativa e focado na queixa (TRAD LAB, ROCHA AARM; 2011). Isso é um aspecto observado desde a universidade, onde a carga horária que discute humanização é insuficiente para proporcionar uma visão/abordagem mais humanista e voltada ao modelo biopsicossocial para grande parte dos alunos (NORA, JUNGLES; 2013).

Outro tema recorrente refere-se à construção de prática interdisciplinar, baseada no trabalho em equipe com a definição de papéis e atribuições de cada profissional/graduando (CHAVES, MARTINES; 2013). Alguns estudos mencionaram

que os profissionais necessitam se colocar no mesmo nível dos usuários, evitando relações hierárquicas, valorizando as práticas integrativas e o saber popular (TRAD LAB, ESPERIDIÃO MA; 2010) (TRAD LAB, ROCHA AARM; 2011). Ainda, ações educativas realizadas nos serviços contribuem para que o indivíduo conquiste sua autonomia e qualifique seu modo de levar a vida (PEKELMAN et al., 2009)

Um tema recorrente foi a falta de perfil profissional, identificado como um elemento dificultador de uma atenção humanizada. No que se refere à falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, estudos consideraram que são necessários investimentos em educação permanente em saúde (FRANÇA, MARINHO, BAPTISTA; 2008) (MARIN, STORNILO, MORAVCIK; 2010). Identificou-se, porém, um novo perfil de profissionais, mais sensíveis para perceber as reais necessidades da população, produzindo atenção capaz de gerar satisfação social e excelência técnica de forma resolutiva para os usuários e sociedade (SILEVIRA et al., 2004).

Aparecem de forma recorrente os aspectos negativos do cuidado em saúde; os mais evidenciados na metassíntese foram: a precariedade no atendimento recebido, a descontinuidade do atendimento e a não garantia de atendimento longitudinal nos níveis de atenção. Quando uma rede de atenção é fragmentada, não se consegue exercer o seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. (STELLA, 2001). Uma alternativa para mudar esse panorama é ampliar as práticas de humanização, o que consiste na efetiva participação na gestão dos processos de trabalho, com a inclusão dos sujeitos na tomada de decisões nos serviços de saúde (FEUERWERKER; 2002).

Novos passos, para além das diretrizes, devem ser cobrados para que as mudanças na formação ocorram amplamente nas graduações em saúde. Reconhecer a necessidade da transformação, trilhar novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicos, solidamente instalados dentro e fora das instituições formadoras (CECCIM, FEUERWERKER; 2004).

Ceccim,, Feuerwerker (2004) relataram em seu estudo que é necessário a interação entre os

segmentos da formação para providenciar educação permanente em saúde, sendo (mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade. Outra forma de ampliar as práticas de humanização consiste na efetiva participação na gestão dos processos de trabalho, com a inclusão dos sujeitos na tomada de decisões nos serviços de saúde, segundo os autores.

Ceccim, Feuerwerker (2004) identificaram que o acolhimento é fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, o qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito. A maioria dos estudos indicou que o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro. (ALMEIDA, 2003) (PINHEIRO; LUZ, 2003). O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante o cuidado. Durante a metassíntese, identificou-se que algumas características humanas básicas, como ouvir, dar atenção, envolver-se, tocar e compartilhar, não podem ser substituídas por tecnologias duras, pois esses elementos são essenciais para uma boa relação profissional/usuário (FEUERWERKER; 2002).

5. Considerações finais

É perceptível que há uma grande hegemonia do modelo biomédico nas ações e práticas dos discentes, possivelmente fruto dos modelos curriculares dos cursos em questão. A transição de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial, implica uma série de reconfigurações nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva e sua inclusão com a comunidade. Aliado a isso, o debate da disciplina de psicologia é um fio condutor de oposição a esse processo formativo,

associada a outras disciplinas que discutem humanização, contribuem para a formação no campo da promoção à saúde de forma integralizada.

Investir na formação básica do ser humano e especialmente numa formação profissional que forneça os alicerces para um atendimento humanizado é a chave para que situações de descaso e descuido deixem de acontecer. Cuidar é mais que um ato, sendo uma atitude; portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. É isso que permite a troca, o cuidado e o crescimento mútuo entre quem cuida e quem é cuidado. A mudança deve se fazer de forma a contemplar todos os âmbitos, possibilitando o desenvolvimento de novas possibilidades profissionais, com uma aproximação teórica, metodológica e política no debate da saúde coletiva.

Referências

ACIOLI, S. **Novas práticas em saúde: estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (Série Estudos em Saúde Coletiva). 2000.

ALMEIDA M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida; 2003

BALLINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** São Paulo: Livraria Atheneu, 1988.

____Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica. Série E: Legislação em Saúde.** Brasília: MS; [página na internet] 2012. [acessado 2017 set 28]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

____Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=386

CECCIM, R. B.; Feuerwerker, L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da

integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1400-10, 2004b.

CECCIM, R. B.; Feuerwerker, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CHAVES EC, MARTINES WRV. **Humanização no Programa de Saúde da Família.** Mundo Saude. v. 27, n. (2), p. 274-9. 2003.

DAVINI, M.C., **Currículo integrado.** Extraído de [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto_apoio/pub04U278.pdf], acesso em [07 de outubro de 2017].

De MARCO, M. A. **A face humana da medicina – do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial.** São Paulo: ed. Casa do Psicólogo, 2003.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Abem, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.** Revista da ABENO, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 24-7, 2003.

FRANÇA ISX, MARINHO DDT, BAPTISTA RS. **Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande, PB.** Rev RENE. V.9, N. (4), P. 15-23. 2008.

GUIZARDI F. L.; Pinheiro R.; CECCIM R. B. **A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 153-77.

MARIN MJS, STORNILO LV, MORAVCIK MY. **A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior Paulista, Brasil.** Rev Latino-Am Enfermagem. V, 18, N, (4), P, 763-9. 2010.

PAGLIOSA, F, Luiz. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal.** Revista Brasileira de Educação Médica, 2008 32(4):492-499.

PINHEIRO R, LUZ MT. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. p. 7-34. 2003.

PEKELMAN R, FERRUGEM D, MINUZZO FAO, MELZ G. **A arte de acolher através da Visita da Alegria.** Rev APS. v.12, n. (4), p. 510-6. 2009.

PEREZ, E. P. **A propósito da educação médica.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2004; 4(1):9-13.

SAIPPA-OLIVEIRA, G., KOIFMAN L., **Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação.** São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 143-85.

SCORZONI, M. F., BUENO, S. M. V., COSCRATO, G. **O currículo e as implicações dos novos paradigmas educacionais na formação do enfermeiro.** Saúde & Transformação Social, Florianópolis, SC, v. 4, n. 1, p. 11-5, 2013. 20

STELLA, R. C. R. Conquistas e desafios. Editorial. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, p.5-6, v.25, n.3, 2001.

TRAD LAB, ESPERIDIÃO MA. **Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde**

da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. Physis. v.20, n. (4), p.1099-117.2010.

TRAD LAB, ROCHA AARM. **Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde.** Cienc Saude Coletiva. v. 16, n.(3), p.1969-80. 2011.

TRAVERSO-YEPEZ, M. **A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios.** Psicologia em Estudo. Maringá, v. 6, n. 2, pp. 49 – 56, 2001.

VYGOTSKY. L. S. **A formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

XAVIER, A.S.; KOIFMAN, L. **Higher education in Brazil and the education of health care professionals with emphasis on aging.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.39, p.973-84, out./dez. 2011.

Como citar este artigo:

ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D; GOMES, C. *Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil.* REBESDE. v. 3, n. 2, 2022.