

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

MARLI KOEFENDER

**ARTETERAPIA, UM OÁSIS NA CONDIÇÃO DA SAÚDE HUMANA: ARTE,
SAÚDE E ESPIRITUALIDADE**

São Leopoldo

2020

MARLI KOEFENDER

**ARTETERAPIA, UM OÁSIS NA CONDIÇÃO DA SAÚDE HUMANA: ARTE,
SAÚDE E ESPIRITUALIDADE**

Trabalho Final de Doutorado
Para a obtenção do grau de
Doutora em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação
em Teologia
Área de Concentração: Teologia Prática
Linha de Pesquisa: Religião e Educação

Orientadora: Laude Erandi Brandenburg

São Leopoldo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

K77a Koefender, Marli
Arteterapia, um oásis na condição da saúde humana
: arte, saúde e espiritualidade / Marli Koefender ;
orientadora Laude Erandi Brandenburg. – São Leopoldo :
EST/PPG, 2020.
141 p. : il. ; 31 cm

Tese (doutorado) – Faculdades EST. Programa de
Pós-Graduação. Doutorado em Teologia. São Leopoldo,
2020.

1. Arteterapia. 2. Espiritualidade. 3. Saúde. I.
Brandenburg, Laude Erandi, orientadora. II. Título.


Ficha elaborada pela Biblioteca da EST


MARLI KOEFENDER


**ARTETERAPIA, UM OÁSIS DA CONDIÇÃO DA SAÚDE HUMANA: ARTE, SAÚDE
E ESPIRITUALIDADE**

Tese de Doutorado
Para a obtenção do grau de
Doutor em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Área de Concentração: Teologia Prática


Data de Aprovação: 10 de março de 2020


Prof.^a Dr.^a Laude Erandi Brandenburg (Presidente)


Prof.^a Dr.^a Laura Franch Schmidt da Silva (EST)


Prof. Dr. Marcelo Ramos Saldanha (EST)


Prof. Dr. Joel Haroldo Baade (UNIARP)


Prof.^a Dr.^a Maria Glória Dittrich (UNIVALI)

Dedico esta Tese, a todos e todas que de alguma forma contribuíram para o reconhecimento institucional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em especial a modalidade arteterapia, implementando-a no SUS.

Aos agentes trabalhadores e usuários do SUS, que lutam por manter direitos sociais, em especial no setor saúde.

AGRADECIMENTOS

Encerrado este ciclo de estudos e pesquisas em busca de novos conhecimentos, quero apresentar meus agradecimentos às amigadas que surgiram nesse período, bem como pela vivência da vida no campus através da hospedagem neste, e a aqueles que contribuíram para o desfecho do objetivo aqui buscado.

Agradeço ao PPG da Faculdades EST na pessoa da professora Doutora Laude Erandi Brandenburg e do professor Doutor Júlio César Adam, pela recepção na chegada, pelos incentivos e orientações para conclusões da pesquisa, bem como da supervisão do estágio docente.

Às instituições onde atuo em atividade laborativa e aos meus colegas médicos e médicas pela flexibilidade dos horários permitindo que realizasse meus deslocamentos do Estado de Santa Catarina para São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, para cumprir as atividades acadêmicas deste doutorado.

A Faculdades EST pela acolhida e oportunidade de vivenciar projeto pedagógico altamente diferenciado que entende o ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade desenvolvendo subjetividades pela espiritualidade natural.

Da mesma forma, à orientadora Professora Doutora Laude Erandi Brandenburg.

À minha família, aos amigos, que em maior ou menor grau, contribuíram para o desenvolvimento dos estudos.

E de forma também especial, à Professora Doutora Maria Glória Dittrich por me apresentar a arteterapia e a Faculdades EST.

Enfim, a todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram para o objetivo aqui buscado, meus sinceros agradecimentos.

Pelas dores deste mundo, ó Senhor

Pelas dores deste mundo, ó Senhor!
Imploramos piedade.
A um só tempo geme a criação.
Teus ouvidos se inclinem ao clamor
Desta gente oprimida.
Apressa-te com a tua salvação!

A tua paz, bendita irmanada
Com a justiça
Abrace o mundo inteiro.
Tem compaixão!
O teu poder sustente
O testemunho do teu povo.
Teu Reino venha a nós!
Kyrie eleison!

Rodolfo Gaede Neto

RESUMO

Esta tese está inserida na área de concentração Teologia Prática e discute a importância da integralidade na condição de saúde do ser humano. Para sustentar a integralidade não apenas como princípio, mas na complexidade e multidimensionalidade do ser humano, serve-se da arteterapia, que é o cuidado da vida pela arte. Esta modalidade foi inserida no rol dos procedimentos do SUS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2017. Numa proposta dialógica, realizou revisão sistemática da literatura com interesse em arteterapia, espiritualidade natural e condição saúde. Posteriormente utilizou a hermenêutica fenomenológica na compreensão dos aportes teóricos. Sustenta que a integralidade se efetiva pela espiritualidade natural que é acessada pela criatividade e leva ao autoconhecimento, autonomia, à liberdade transformadora e ao empoderamento onto-antropológico. Empoderamento ao conduzir ao protagonismo do autocuidado apoiado qualificado, reduz a carga global da doença, acrescentando qualidade aos anos de vida. Através da relação cognitiva entre arteterapia e teologia, procura-se delinear pelas imagens obtidas no fazer pictórico espontâneo o caráter existencial e transcendente da estrutura do sujeito que olha para si. Imagem que traduz o movimento da vida enquanto forma mediadora da vivência teológica. Assim, o empoderamento alcançado pela espiritualidade natural do ser humano viabiliza escolhas com eticidade e vivências autênticas. Tanto a arteterapia quanto a Teologia se ocupam de questões existenciais na busca de consciência de sentido da vida. Desta forma, a arteterapia traz ao setor saúde a teologia aplicada à cultura, atualizando uma das funções da teologia. No processo criativo vital cognitivo, o ser humano expressa processos da sua existência sob forma de registros mnêmicos da matriz existencial, ao se ligar ao tempo primordial. Entendido assim, a obra de arte não representa, ela é, tem comunicação própria a partir da pureza do primitivo onde se encontra o espiritual. Ao criar sua arte, o ser humano liga a dimensão vertical do seu corpo-criante da profundidade espiritual a dimensão horizontal que representa sua instância antropológica. Isto lhe proporciona abertura de consciência com reflexos no ser, agir e fazer no mundo ao longo da existência. Desta forma, o que na vivência é auto-organização na recepção torna-se teológico. Pelo empoderamento onto-antropológico propõe modelo de atenção à saúde que compartilha cuidados tradicionais aos convencionais no SUS elevando a qualidade da assistência, bem como a dignidade da pessoa humana. Das evidências e pelos fundamentos teóricos produzidos, a arteterapia é terapia integrativa e tecnologia social de alto impacto e longo alcance. Atua como facilitadora no setor saúde e na intersectorialidade para o bem comum e efetividade dos direitos sociais. O empoderamento onto-antropológico muda estilos de pensamentos, impulsiona o giro decolonial do ser, do saber e do poder, gera maior bem estar social e colabora na efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave: Arteterapia. Espiritualidade natural. Integralidade. Condição saúde.

ABSTRACT

This thesis is part of the Practical Theology concentration area and discusses the importance of integrality in the human being's health condition. To support integrality not only as a principle, but in the complexity and multidimensionality of the human being, art therapy is used, which is the care of life through art. This modality was inserted in the list of SUS procedures by the National Policy of Integrative and Complementary Practices, in 2017. In a dialogical proposal, it carried out a systematic review of the literature with an interest in art therapy, natural spirituality, and health condition. Later, it used phenomenological hermeneutics to understand theoretical contributions. It maintains that integrality is affected by natural spirituality that is accessed by creativity and leads to self-knowledge, autonomy, transformative freedom and onto-anthropological empowerment. Empowerment by leading to the role of qualified supported self-care, reduces the global burden of the disease, adding quality to the years of life. Through the cognitive relationship between art therapy and theology, we seek to delineate the existential and transcendent character of the structure of the subject who looks at himself through the images obtained in spontaneous pictorial making. Image that translates the movement of life as a mediating form of theological experience. Thus, the empowerment achieved by the human being's natural spirituality enables choices with ethics and authentic experiences. Both art therapy and theology deal with existential issues in the search for awareness of the meaning of life. In this way, art therapy brings theology applied to culture to the health sector, updating one of theology's functions. In the vital cognitive creative process, the human being expresses processes of his existence in the form of mnemonic records of the existential matrix, when connected to the primordial time. Thus understood, the work of art does not represent, it is, it has its own communication from the purity of the primitive where the spiritual is found. When creating his or her art, the human being links the vertical dimension of their creating body from the spiritual depth to the horizontal dimension that represents their anthropological instance. This provides an opening of consciousness with reflections on being, acting and doing in the world throughout existence. In this way, what in the experience is self-organization in reception becomes theological. For the onto-anthropological empowerment, it proposes a health care model that shares traditional and conventional care in SUS, raising the quality of care, as well as the dignity of the human person. From the evidence and the theoretical foundations produced, art therapy is integrative therapy and social technology of high impact and long range. It acts as a facilitator in the health sector and in the intersectoriality for the common good and the effectiveness of social rights. Onto-anthropological empowerment changes styles of thought, drives the decolonial turning of being, knowledge and power, generates greater social well-being and collaborates in the realization of the right to health.

Keywords: Art therapy. Natural spirituality. Integrality. Health condition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação da modalidade mente-corpo baseada em evidências	36
Figura 2 - Estratificação de risco 1	41
Figura 3 - Estratificação de risco 2	41
Figura 4 - Cronologia do desenvolvimento pré-natal humano	89
Figura 5 - Arteterapia	106
Figura 6 - Fazer pictórico espontâneo.....	107
Figura 7 - Fazer pictórico espontâneo com a morfologia humana na vida intrauterina	108
Figura 8 - Morfologia das imagens das figuras humanas a embriologia e sonoanatomia.....	109
Figura 9 - Embrião.....	110
Figura 10 - Período embrionário para fetal.....	110
Figura 11 - Imagem fetal na ausência de cor	111
Figura 12 - Fetos 11/12 semanas	111
Figura 13 - Fetos 12/13 semanas	111
Figura 14 - Fetos 14 e 20 semanas	112
Figura 15 - Metáfora da casinha.....	120
Figura 16 - Micro e macroprocessos	120
Figura 17 - Modelos de Atenção Crônica	124

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 DOS ASPECTOS MOTIVADORES DA PESQUISA E DA RELEVÂNCIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO SUS, DA ESPIRITUALIDADE NATURAL E INTEGRALIDADE DO SER HUMANO E SEUS IMPACTOS NA CONDIÇÃO SAÚDE	25
2.1 Metodologia da pesquisa	30
2.2 Justificativa	31
2.3 Quadro teórico	32
2.3.1 Segurança e nível de evidência científica da arteterapia	36
2.3.2 Arteterapia e processo terapêutico	37
2.3.3 Arteterapia e o autocuidado apoiado qualificado pelo empoderamento onto-antropológico	40
2.3.4 O cuidado tradicional em saúde dialogando com o cuidado convencional	42
2.4 Problema	47
2.5 Objetivos	48
2.6 Método de compreensão de dados	49
3 DA EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE	51
3.1 Neoconstitucionalismo, democracia e direito social saúde	51
3.2 Dos preceitos constitucionais a efetividade do direito à saúde	57
3.3 Efetividade do direito à saúde: o direito a saúde como direito fundamental	60
3.4 Das competências e suas repartições e a lei orgânica do SUS (lei 8080/90)	65
4 SUS INTEGRATIVO E COMPLEMENTAR, DILEMAS, PROBLEMAS E DESAFIOS: PNPIC, ARTETERAPIA, ESPIRITUALIDADE E INTEGRALIDADE ...	69
4.1 Do estilo de pensamento da modernidade e colonialidade para mudança de paradigma na saúde	69
4.2 Arteterapia – da psiquiatria a transdisciplinaridade no cuidado à vida	73
4.2 Arcabouço legal - PNPIC e arteterapia	76
4.3 Da elegibilidade da arteterapia na indicação clínica	79
4.4 Arteterapia: da formação ao exercício profissional no Brasil	79
4.5 Integralidade: categoria polissêmica	81

5 A CAMINHO DO NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES DA EMBRIOLOGIA, ULTRASSONOGRRAFIA, PSICOEMBRIOLOGIA, DA PSICANÁLISE FETAL E DA ARTETERAPIA.....	87
5.1 Etapas de desenvolvimento embriológico	87
5.1.1 Controle do desenvolvimento embrionário	87
5.1.2 Cronologia do desenvolvimento pré-natal humano da terceira semana até o termo	89
5.2 Ultrassonografia pré-natal.....	89
5.2.1 A escolha da modalidade ultrassom em medicina fetal	89
5.2.2 Cronologia da sonoanatomia	90
5.3 Psicoembriologia e psicanálise fetal e os registros mnêmicos.....	91
5.4 Contribuição do ultrassom na compreensão do psiquismo fetal.....	98
5.4.1 Vida intrauterina com reflexos na vida pós-uterina	98
5.5 Arteterapia e o processo criativo: tomando o exemplo do fazer pictórico espontâneo.....	102
5.6 Arteterapia: ponte entre espiritual, o biológico e o psíquico.....	106
6 DO ATUAL MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE AO MODELO INTEGRAL DE MENDES (MACC).....	115
6.1 Da crise do atual modelo de gestão de saúde do SUS ao modelo de saúde integral e gestão centrada em base populacional e no autocuidado apoiado	115
6.2 Da efetivação da integralidade no SUS através do empoderamento onto-antropológico	121
6.3 Do empoderamento onto-antropológico ao protagonismo da condição de saúde no autocuidado apoiado.....	123
6.4 Proposta de modelo de atenção na saúde com empoderamento onto-antropológico (MAEO)	126
6.5 Operacionalização do modelo de atenção na saúde com empoderamento onto-antropológico (MAEO) no SUS.....	128
7 CONCLUSÃO	131
REFERÊNCIAS.....	135

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta pesquisa - Arteterapia, um oásis na condição da saúde humana, arte, saúde e espiritualidade - é o resultado de reflexões e vivências da pesquisadora ao longo de sua formação acadêmica e profissional como médica e advogada atuando no setor saúde do sistema público e privado no Estado de Santa Catarina.

É pela arteterapia, modalidade terapia ganho-ganho, que se propõe a “troca de olhar” entre a teologia. A imagem teologicamente falando nos faz pensar a articulação entre súplica e atitude. O que se procura e deseja da teologia pela arteterapia é enxergar, no sentido de retornar o olhar para si. Desta forma, coloca em evidência a relação da teologia com seu objeto.

Se tomarmos do evangelho uma situação de cura de dois cegos que clamam por misericórdia, a palavra que recebem é curadora porque Ihes devolve primeiro o olhar para si. Num contraponto da “cegueira”, a metáfora do olhar torna-se apropriada para pensarmos a atitude com que a teologia se relaciona com seu objeto de conhecimento que, essencialmente, Ihe é manifesto e mediado.

Por oportuno, a arteterapia através da mediação da imagem promoverá uma atitude receptiva de revelação e possibilitará o “tornar a ver”. Desta maneira, a teologia, pelo processo criativo da arteterapia pode estender-se a cultura como atitude cognitiva receptiva de revelação.

Ao estabelecer uma relação científica com um objeto cultural – não para superar a ciência com a revelação, mas para fazer ciência sob a expectativa de revelação, a teologia alcança a intersetorialidade.

Nesta tese o que nos interessa, em especial é o setor saúde, e neste, a condição saúde e o modelo de atenção no qual está centrado o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) em busca da efetivação do direito à saúde.

As condições de saúde¹ são na ótica do cuidado, um dos maiores componentes do capital humano. Estas e o sistema de saúde pública sofrem pressões

¹ As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. (WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

para se tornar instrumento de inclusão social, ao mesmo tempo em que, exigem-se delas, eficiência micro e macroeconômica num ambiente de restrição, cada vez maior.

Em função do modelo cartesiano que domina o campo do conhecimento, há de se considerar que a dualidade da concepção de ser humano necessita ser revisitada e sua compreensão elevada na complexidade e multidimensionalidade. Neste sentido, defende-se que, a instância ontológica de ordem espiritual resgata a perspectiva de unidade com a antropológica.

Numa proposta dialógica esta concepção exige abertura de consciência e mudança cultural, com ampliação do conceito de saúde e compreensão da espiritualidade natural como grande influenciadora e mantenedora da condição saúde. Isso pressupõe que, o espiritual na atividade criativa é realizador de sentido do ser humano.

Este entendimento é facilitado com a utilização da modalidade arteterapia que vem da tradição e traz a cultura ao campo da saúde. Esta cultura, que Paul Tillich² descreve na teologia aplicada à cultura, dizendo que a teologia deverá enxergar a verdade de sua mensagem no interior e na profundidade das diferentes atividades e criações, em determinado tempo e espaço.

Ambas, arteterapia e teologia se ocupam do caráter existencial e transcendente do ser humano, desvelando verdade vivenciada que se consagra revelação levando a consciência de sentido.

Neste contexto, esta tese é inovadora e desafiadora, pois promove o despertar teológico para além do campo convencional e o atualiza através da cultura no setor saúde.

No ocidente, pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) a arteterapia institucionaliza discussão da espiritualidade natural do ser humano, estabelecendo ponte entre a medicina tradicional e convencional no SUS.

Este desafio assume grande importância na promoção do empoderamento onto-antropológico diante de tantos desafios e dificuldades em tempos difíceis, por quanto os modelos de gestão estão centrados no sistema e não no ser humano.

² TILLICH, P. **Theology of culture**. New York: Oxford University, 1959.

Serve assim, de contraponto ao discurso dos déficits orçamentários, má governança e outros interesses, que muitas vezes atendem a demandas do capital financeiro transvestido de políticas públicas e econômicas de desenvolvimento.

Embora constitucionalmente tutelado a efetivação do direito à saúde se dá por implementação de políticas públicas sociais e econômicas que contemplam interesses coletivos. No entanto, o direito à saúde carece de efetividade, pois a realidade mostra problemas de acesso e resolutividade.

Embora o direito social saúde esteja umbilicalmente relacionado aos direitos fundamentais, vida e dignidade da pessoa humana, muitas vezes, a única via de acesso é garantida por demanda judicial. Fato que, ao mesmo tempo possibilita ao indivíduo o atendimento de sua prestação, revela a ineficiência do Estado como gestor e ocasiona o fenômeno da judicialização da saúde. O efeito negativo da judicialização em termos de políticas públicas sociais e econômicas é refletido no coletivo, por impactar economicamente montantes de forma individual, ao invés de garantir a aplicabilidade destes recursos financeiros ao acesso universal em tempo hábil.

Apesar de o judiciário possuir competência nesta seara, devido ao princípio da descentralização do SUS a responsabilidade primária recai sobre o executivo. Se tivéssemos gestores e agentes políticos empoderados onto-antropologicamente no executivo e legislativo o cuidado com a coisa pública seria para o bem comum. Políticas públicas sociais e econômicas efetivariam este direito social atendendo interesses coletivos centrados na população.

Nesta concepção, os argumentos desta tese somam esforços para discutir a espiritualidade natural do ser humano como fundante para a integralidade, e ao empoderamento onto-antropológico. E por suposto, motivador para repensar o modelo de atenção à saúde no SUS passando a centrar-se no ser humano, ao invés no sistema, constituindo-se o acesso e a assistência uma verdadeira vivência democrática.

A Tese se compõe de cinco capítulos que estão assim estruturados: inicia descrevendo os aspectos motivadores da pesquisa, os objetivos e a metodologia utilizada. O ponto alto é escolha da hermenêutica fenomenológica na produção do conhecimento científico baseado em evidências com aplicabilidade na saúde.

Em seguida analisa o direito à saúde dentro do aspecto constitucional e infraconstitucional. Para tanto utiliza a Constituição Federal de 1988³, Lei orgânica do SUS⁴ (Lei 8080/90), Portarias Consolidadas nº 2⁵ e nº 3⁶ do Ministério da Saúde. A ênfase é na efetividade do direito à saúde, na universalidade, acesso, descentralização, integralidade, empoderamento e autocuidado apoiado.

No capítulo seguinte se dedica à arteterapia como modalidade terapêutica no cuidado da vida pela arte; espiritualidade, integralidade, autoconhecimento, autointegração, auto-organização, autonomia, liberdade transformadora, empoderamento onto-antropológico, condição saúde e autocuidado apoiado. Utiliza o Modelo da Pirâmide de Risco para destacar a importância do autocuidado apoiado na redução da carga global da doença. Demonstra a importância da PNPIC na ampliação do acesso e autocuidado apoiado no SUS.

A sistematização dos achados relevantes à embriologia, sonoanatomia pré-natal, psicoembriologia e psicanálise fetal, relacionados à arteterapia, vem em seguida. Demonstra através de evidências científicas que a arteterapia é prática terapêutica integrativa altamente potente capaz de acessar e ressignificar registros mnêmicos da matriz existencial. Utiliza com referência em pessoa adulta um fazer pictórico espontâneo donde evidenciará registros mnêmicos da vida intrauterina. O período de vida intrauterino foi escolhido, por ser biologicamente o de maior desenvolvimento e crescimento no menor tempo. Neste período o ser humano passa de duas células a aproximadamente 3.200 kg, demonstrando a relevância dos eventos que ocorrem nestas fases de embrião e feto. Serve-se da hermenêutica fenomenológica ao relacionar fundamentos filosóficos, psicológicos e epistemológicos

³ BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 jan. 2018.

⁴ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jan. 2018.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jan. 2018.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jan. 2018.

advindos da compreensão do fenômeno criativo deste fazer pictórico espontâneo, em relação à espiritualidade natural e integralidade do ser humano com impactos na condição saúde.

Por fim, o último capítulo demonstra que os fundamentos e evidências científicas advindos da arteterapia poderão auxiliar na transição do modelo de gestão de saúde que atualmente é fragmentado, para modelo integrativo. Neste sentido, o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) proposto por Mendes servirá como referência. A ele se agregará valor pelo autocuidado apoiado qualificado pelo empoderamento onto-antropológico que permitirá formulação de novo modelo de gestão no SUS.

Nas considerações finais proporá novo modelo de atenção à saúde pública, em redes temáticas poliárquicas, com gestão centrada no ser humano e autocuidado apoiado qualificado com protagonismo do indivíduo pelo empoderamento onto-antropológico. A este modelo chamará de Modelo de Atenção pelo Empoderamento onto-antropológico (MAEO), que é o MACC de Mendes acrescido dos fundamentos teóricos advindos da arteterapia pela compreensão do ser humano na complexidade e multidimensionalidade.

2 DOS ASPECTOS MOTIVADORES DA PESQUISA E DA RELEVÂNCIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO SUS, DA ESPIRITUALIDADE NATURAL E INTEGRALIDADE DO SER HUMANO E SEUS IMPACTOS NA CONDIÇÃO SAÚDE

Ao longo do tempo, o cuidado em saúde teve diferentes modelos de assistência, cada qual, de acordo com o contexto social, cultural e material da época, com aspectos positivos e negativos.

Podemos mencionar alguns pontos sensíveis, tais como, gestão centrada na oferta e demanda com priorização dos casos agudos em detrimento dos crônicos. Crônicos estes representam a maior demanda do cuidado na assistência à saúde, porém, estão subcontemplados devido ao estilo de pensamento hospitalocêntrico, flexneriano, com ênfase na doença ao invés da promoção e prevenção da saúde. O não reconhecimento e valorização da espiritualidade natural, ou seja, a negação da complexidade e multidimensionalidade do ser humano, e outros mais. Estes fatores em conjunto produzem descompasso e discrepância do modelo vigente em relação à necessidade que precisa ser acolhida da condição saúde da população.

O modelo do sistema de saúde pública vigente é fragmentado, centrado na oferta, reativo, de enfoque no sistema e nas doenças (mais nas agudas) e não se dedica muito a prevenção e promoção da saúde. Pouco considera como os processos biopsico espirituais inatos de cura e saúde podem ajudar na condição saúde e no autocuidado apoiado.⁷

Convém ressaltar que o modelo atual de saúde pública e privada pouco considera os processos espirituais inatos de cura. No entanto, alguns hospitais de referência já possuem centros de pesquisa em relação a esta temática, o que sinaliza flexibilização acadêmica com novas possibilidades. Flexibilização que representa a busca por saberes de abordagem mais profunda e, ao mesmo tempo, ampla do fenômeno humano em suas manifestações culturais, científicas, filosóficas, pedagógicas e artísticas, que podem influenciar a condição saúde.

A necessidade de encontrar mecanismos e alternativas para superar estes dilemas, que o sistema de saúde atravessa, passa pela decolonização do ser, do saber e do poder.

⁷ MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. p.193.

Os cuidados convencionais em saúde, propostos pelo modelo flexneriano, muitas vezes não dão conta das necessidades que a complexidade e multidimensionalidade do ser humano demandam na sua condição de saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde deu importante passo pela Portaria nº 971, de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁸ no Sistema Único de Saúde (SUS) permitindo a chegada do conhecimento tradicional, de forma institucionalizada ao sistema de saúde público.

O grupo hegemônico que detém o mercado da atenção à saúde, com estilo de pensamento dual e fragmentado, não é simpático a esta inovação. Argumenta que além de alocar parte dos minguados recursos destinados ao SUS carece de evidências científicas para aplicabilidade com segurança e recomendação. Por óbvio, que se trata de discurso de interesses de classes que se servem da doença e não promovem saúde.

Apesar das resistências oferecidas, o Ministério da Saúde avança mais seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, em março de 2017 ampliou pela Portaria nº 849⁹, à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares incluindo a arteterapia e outras modalidades terapêuticas. A referida portaria define o conceito de arteterapia, o modo de ação, e a elegibilidade do usuário.

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971**, de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 22 out. 2016.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 22 out. 2017

idades, por meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas¹⁰.

Pela institucionalização da arteterapia surge a oportunidade de compreender os benefícios da modalidade de cuidado de tradição milenar que considera a subjetividade e a integralidade do ser humano com impacto na condição saúde. Modalidade que agrega valor a atenção em saúde ao cuidado convencional, e soma esforços epistemológicos para decolonizar o ser, o saber, e o poder.

O objetivo dessa revisão sistemática da literatura é investigar a colaboração da arteterapia para a efetivação do direito à saúde, na integralidade dentro da complexidade e multidimensionalidade do ser humano. Através do processo criativo a arte acessa a espiritualidade natural, promove a integralidade e eleva a dignidade da pessoa humana acrescentando valor ao cuidado a vida.

O grande desafio está em entender a multidimensionalidade e complexidade do ser humano, onto-antropologicamente falando, pois a espiritualidade natural por vezes é confundida com religiosidade.

Nesta pesquisa espiritualidade natural será considerada como

A expressão do ser criativo, pessoa que tem em si a dimensão divina espiritual que o constitui como espírito criador, que é em si uma totalidade como ser de identidade subjetiva no conhecer, aprender e fazer nas suas percepções e relações no mundo, no universo¹¹.

Assim compreendida, a espiritualidade natural é um fenômeno que se expressa desde a existência do ser humano no mundo, e está diretamente relacionada com a sua essência, ou seja, vida autêntica, fundamento emergente da eticidade, elemento derivado da consciência. Espiritualidade natural como ligação orgânica do movimento do espírito no seu encontro com o mundo. Possibilidade de nova dimensão do ser na sua existência, cujo potencial autotranscendente permite a vivência mediada pelo olhar terapêutico, autocriatividade, *autopoiésis* de seu criador.

A espiritualidade natural se manifesta nas inter-relações e ações do sentir, pensar e fazer ao longo da vida, como afirmação socializadora de si que no discurso gera identificação e criatividade, dando autenticidade e eticidade a quem as realiza. O que na vivência é auto-organização na recepção torna-se teológico. De relevância maior, a espiritualidade natural como instância ontológica, estrutura e articula as

¹⁰ BRASIL, 2017.

¹¹ BOFF, Leonardo. **Mística e espiritualidade**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 55.

demais dimensões do ser humano, promovendo a integralidade de forma onto-antropologicamente.

Assim, age como facilitadora das vivências nas diferentes esferas da vida, tais como, pessoais, transpessoais, sociais, políticas, culturais, econômicas e ambientais. Por esta razão é mediadora da intersectorialidade e para Boff determinante para paz mundial.

Na condição saúde o ser humano enfrenta o desafio da finitude como um não ser. Contudo, essa finitude se abre pelas potencialidades humanas para a infinitude na transcendência. Por isso, vivenciar a espiritualidade natural é oportunizar existência autêntica com sentido, vida com eticidade, e mudança cultural pela abertura e expansão de consciência. É permitir que a instância ontológica viva a vida e dê sentido a instância antropológica.

A arteterapia, através do uso da arte como terapia nos ajuda a conhecer a complexidade e multidimensionalidade onto-antropológica do ser humano e entender a espiritualidade natural como instância ontológica harmonizadora e atualizadora das instâncias somática e psíquica (antropológicas).

No saber, a arteterapia nos possibilita produção do conhecimento sustentado em evidências científicas que amplia a consciência e constrói pontes com o conhecimento científico hegemônico. Ao mesmo tempo, em que a produção e aplicabilidade deste conhecimento melhoram a condição humana ampliam o acesso, a universalidade e promovem a equidade com protagonismo na dignidade da pessoa humana em sua condição saúde.

No poder, a arteterapia decoloniza onto-antropologicamente o estilo de pensamento vigente e viabiliza a implementação de políticas públicas sociais e econômicas com eticidade, moralidade pública e compromisso com a vida.

No ser possibilita maneira de ver uma nova dimensão do ser humano viabilizando sua compreensão na complexidade e multidimensionalidade.

Admitir acima de tudo que o ser humano é um ser espiritual, e que é pela espiritualidade natural que passam as mudanças epistemológicas culturais do ser, do saber e do poder é promover o giro decolonial com ampliação de consciência.

Ao tomar consciência sobre sua existência e apoderar-se da espiritualidade natural o ser humano entrelaça a teologia com a arteterapia, pois ambas se ocupam do cuidado da condição humana, na busca de sentido para a existência.

Espiritualidade natural desvelada na vivenciada no processo criativo vital cognitivo atualiza a matriz existencial, promove o autoconhecimento, autonomia, a liberdade transformadora. É o movimento do espírito no seu encontro com o mundo que conduz ao empoderamento onto-antropológico, e leva ao protagonismo de maneira sustentável com mudança no viver.

Desta forma, arteterapia, um oásis na condição da saúde humana: arte, saúde e espiritualidade é temática inovadora na construção de referenciais filosóficos, ontológicos, psicológicos e arteterapêuticos sustentados em evidências científicas. Bem como, propõe a saída da zona de conforto da teologia atualizando-a na intersectorialidade, em especial no setor saúde.

Assim, como o oásis traz frescor em pleno deserto, a espiritualidade natural do ser humano institucionalizada no SUS via PNPIC, revitaliza a assistência no setor saúde, atualiza práticas de cuidado e promove o autocuidado apoiado qualificado. Por impactar diretamente a intersectorialidade é um verdadeiro oásis na vida do ser humano.

Nesta pesquisa as evidências científicas da integralidade serão produzidas a partir de referencial de pessoa adulta pela obra de arte dum fazer pictórico espontâneo localizado durante a revisão sistemática.

Refletir sobre metodologias que envolvem modalidades integrativas ou complementares como a arteterapia é um avanço e um grande desafio na compreensão do ser humano em sua complexidade e multidimensionalidade. É também tentativa de institucionalização de outra lógica no sistema de saúde pública, onde integralidade sai do contexto de princípio e desvela novo paradigma de cuidados.

Para isto, propõe que o modelo de atenção à saúde pública agregue valor pelo autocuidado apoiado qualificado ontologicamente ao modelo proposto por Mendes¹² denominado Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC). O este

¹² MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 21 nov.2017. PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. p. 32.

novo modelo chamará Modelo de Atenção à Saúde pelo Empoderamento Onto-antropológico (MAEO).

O MAEO representa os fundamentos teóricos advindos da arteterapia na compreensão da espiritualidade natural e integralidade do ser humano na complexidade e multidimensionalidade aplicados ao MACC. A operacionalização deste modelo se dará por tecnologia fina, nas inter-relações dos gestores, prestadores e usuários do SUS, envolvendo todo o sistema de saúde.

O empoderamento onto-antropológico possibilita ao usuário sair da condição de paciente e atuar como agente transformador de sua condição saúde reduzindo a carga global da doença, diminuindo a morbimortalidade e agregando valor aos anos vividos.

2.1 Metodologia da pesquisa

Pesquisa teórica por revisão sistemática com tema centrado no estudo da arteterapia, modalidade de cuidado da vida pela arte, através do fazer pictórico espontâneo, buscando demonstrar a efetivação da integralidade pela espiritualidade natural do ser humano.

Os impactos da arteterapia serão analisados com olhar decolonial promovido pela lógica da PNPIIC levando em consideração o acesso, a promoção, prevenção, restauração e cura da condição saúde conforme preconiza a Constituição Federal, homologada em 1988¹³, e a Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90)¹⁴.

Para sustentar a modalidade arteterapia, a pesquisadora serve-se da hermenêutica fenomenológica. Este método filosófico permite o movimento indutivo e dedutivo numa investigação teórica. Assim abre possibilidade de entrar no conhecimento dos saberes e teorias, percorrer caminhos muitas vezes não desvelados, descobrir novos conceitos que nascem de novas reflexões na pesquisa.

Ao final espera que a pesquisa oportunize subsídios de entendimento sobre espiritualidade natural através da arteterapia e sua relação com a efetivação da integralidade na condição de saúde, no autocuidado apoiado. Aponte também, potencialidades e fragilidades a serem consideradas sobre o tema.

¹³ BRASIL, 1988.

¹⁴ BRASIL, 1990.

Diante dos seus resultados visa demonstrar a aplicabilidade e alcance da arteterapia não apenas como modalidade terapêutica, mas como tecnologia social.

2.2 Justificativa

O modelo atual de gestão do sistema de saúde pública brasileira (SUS) reflete mais os mecanismos políticos do que as necessidades dos usuários. Além de não atender às necessidades de saúde da população não alcança transformação política e social necessária para impactar positivamente os condicionantes e determinantes sociais da saúde e promover a intersetorialidade.

É defendido pelo pensamento hegemônico, que atende interesses neoliberais, está centrado na oferta e organização de serviços de saúde, e nas instituições prestadoras.

Esforços são necessários na abertura da consciência para promover outro modelo de gestão que, cuide de pessoas na sua complexidade, não apenas de doenças e doentes, e entenda a integralidade do ser humano. Que esteja centrado na população e no autocuidado apoiado da condição da saúde. Auxilie o indivíduo a atingir protagonismo sustentado pelo empoderamento onto-antropológico, acrescente valor ao cuidado e a vida com responsabilidade econômica e sanitária.

Nesta intencionalidade, a pesquisadora buscou agregar valor ao conhecimento convencional pelo tradicional no setor saúde, servindo-se da modalidade arteterapia¹⁵ da PNPIC¹⁶. Sua atenção se voltou ao processo criativo vital cognitivo do fazer pictórico espontâneo que lhe permitiu inovar na categoria integralidade, descrevendo-a na complexidade e multidimensionalidade do ser humano.

Dentro desta concepção propõe na decolonialidade um novo modelo de gestão da saúde pública, que amplie o acesso, qualifique o autocuidado apoiado e promova através da espiritualidade natural a liberdade da subjetividade da captura biopolítica. Leve o indivíduo ao protagonismo, onde suas escolhas sejam comprometidas com a eticidade, acrescentem valor à condição de saúde e a vida, e gerem responsabilidade na utilização do SUS.

¹⁵ Praticamente sem contra indicações, elegível em todos os ciclos vitais, de aplicação individual ou coletiva, alto impacto, custo benefício e tempo resposta excelentes.

¹⁶ BRASIL, 2017a.

2.3 Quadro teórico

Diante da crise ética com a desestruturação de valores fundamentais na coesão social, as crises pessoais, sociais, políticas, econômicas e ecológicas vivenciadas no cotidiano, se manifestam como alterações da condição saúde com reflexos na tessitura social nos diversos setores. Estes desafios contemporâneos “demandam ao ser humano a necessidade de passar pelo processo da autointegração, autocriatividade e autotranscendência, num autofazer-se constante”, o que não é diferente na sua condição saúde.

Com a homologação da Constituição Federal, em 1988, a população brasileira conquistou pela primeira vez na história o direito à saúde “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.¹⁷ Direito este, que deve ser efetivado através de políticas públicas que garantam o acesso e promovam a equidade.

Eis que a Constituição Federal promove grande avanço ao garantir a saúde como direito social e determinar como este direito deve ser efetivado. Neste sentido, é interessante perceber aspectos da implementação e efetivação de algumas políticas sociais e econômicas assumidas pelo Estado Brasileiro, particularmente as de saúde.

[...] a política social consiste em estratégia governamental e normalmente se exhibe em forma de relações jurídicas e políticas, não podendo ser compreendida por si mesma. Não se definindo a si, nem resultando apenas do desabrochar do espírito humano, a política social é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no mundo da produção¹⁸. [...] As modalidades de intervenção do Estado em questões que são do interesse dos diferentes segmentos da sociedade, e ao mesmo tempo, ajuda a desvelar certas facetas da ação governamental que, se não de forma explícita, implicitamente expressam as concepções, as intenções e as contradições presentes no modo de gestão do Estado¹⁹. [...] o financiamento de projetos e programas pelo Banco Mundial na área da saúde, acentuado na última década, diferentemente de outros setores sociais que fazem parte da pauta de financiamento deste instituição, não teria como objetivo contribuir para o desenvolvimento econômico e/ou social de países periféricos como o Brasil, conforme postulam seus discursos, mas sim, através destes acordos de empréstimos e das condicionalidades que os acompanham, influenciar

¹⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Artigo 196.

¹⁸ OLIVERA, Raul Angel Carlos Olivera. **Pensamento sistêmico**: os dilemas da educação superior. Cuiabá, 2013. Disponível em: <https://www1.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/3eff473335156fc157704f90844ce825.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018. p. 21-22

¹⁹ OLIVERA, 2013, p. 21-22.

as políticas nacionais desse setor, no sentido de reduzir o papel e a participação do Estado na oferta de serviços de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para as populações mais pobres, ao mesmo tempo em que promove a ampliação e a participação do setor privado, neste promissor mercado para a expansão do capital.²⁰ [...] O discurso atual, manifestando preocupação com a questão da pobreza e do desenvolvimento social parece ser, de um lado a tentativa de responder às acusações e constatações de que os empréstimos para programas de ajuste estrutural, fornecidos pelo Banco Mundial aos países “em desenvolvimento”, desde o início da década de 80, contribuiu para piorar o quadro social dessas sociedades, e de outro, o envolvimento com questões sociais possibilitaria à esta instituição ampliar seu leque de ação para outros setores, justificando a sua própria existência e aumentando o seu poder e campo de intervenção²¹. [...] As relações internacionais seguem as relações sociais fundamentais, que se desenvolvem no interior das sociedades centrais e periféricas, [...], acompanham a dinâmica que caracteriza a relação centro hegemônico/periferia dependente, onde além dos aspectos técnico-operacionais envolvidos e as questões político-ideológicas também são contempladas.²² [...] Uma certa insistência com a questão da satisfação das necessidades humanas básicas e uma crítica aos países com muita disparidade na distribuição de renda e extrema diferenciação social têm, de certa forma, caracterizado o discurso do Banco Mundial²³, que acena com financiamento para programas e projetos que visam o combate à pobreza e a centralidade na educação básica e na atenção primária em saúde. Apesar desse discurso, há quem diga que o Banco, de fato, tem oferecido em abundância, mais do que recursos, suas próprias ideias, com o intuito de traduzi-las em políticas internas nos países “em desenvolvimento”. [...] os acordos de empréstimos do Banco Mundial para o setor brasileiro de saúde, na última década, teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma *contrarreforma* no e do Sistema Único de Saúde, no sentido de restringir e/ou anular direitos sociais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 70 e 80 e consagrados na Constituição Federal de 1988²⁴.

²⁰ RIZZOTTO, 2000, p.119-122.

²¹ RIZZOTTO, 2000, p. 121.

²² OLIVERA, 2013, p. 48.

²³ OLIVERA, 2013, p. 45: “O **Banco Mundial**, como é conhecido atualmente, compõem-se de um conjunto de instituições criadas em momentos distintos e com funções específicas, sendo o BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, o primeiro a ser criado, em 1945 logo após a Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo inicial ajudar na reconstrução dos países europeus assolados pela guerra. A CFI - Corporação Financeira Internacional (1956), criada para apoiar o fluxo internacional de capital privado para os países “em desenvolvimento” e para participar do setor privado desses países; a AIF - Associação Internacional de Fomento (1960), possui as mesmas funções e utiliza a mesma estrutura administrativa do BIRD, mas seus empréstimos são outorgados em condições altamente concessionárias para os países mais pobres; CIADI - Centro Internacional de Arranjo de Diferenças relativas de Investimento, criado em 1966, fomenta o fluxo de investimentos oferecendo mecanismos de conciliação e arbitragem de diferenças entre governos e os investidores estrangeiros; OMGI - Organismo Multilateral de Garantia de Inversões (1988), criado com o propósito de ajudar os países em desenvolvimento a atrair capital estrangeiro, oferecendo proteção aos investidores frente aos riscos políticos como moratória, guerra, perturbações políticas, descumprimento de contratos ou mudanças de moeda. Neste trabalho utilizarei o termo Banco Mundial de forma genérica, independente do período a que estiver me referindo. Quando surgirem questões específicas relacionadas a empréstimos, designarei a instituição responsável no interior do Banco: “a mão visível do programa de capitalismo de livre mercado ‘sem limites’”.

²⁴ CORREIA, Maria Valéria Costa Correia. A influência do banco mundial na orientação da política de saúde brasileira. **III Jornada internacional de políticas públicas**. São Luís, MA, 28 a 30 de agosto 2007. p. 7.

Ao que parece desde sua origem às políticas sociais e econômicas estiveram vinculadas à acumulação capitalista, o que não difere em relação ao Brasil. Dependendo da compreensão das políticas sociais e da atribuição que se dê a elas no conjunto das ações do Estado, a formulação e o encaminhamento de um projeto de governo adquire características muito distintas, deixam marcas que são facilmente identificadas no percurso histórico.

Ao que tudo indica, os investimentos financeiros nos países periféricos tem na intencionalidade do Banco Mundial legitimar a sua própria existência e promover a captura biopolítica das subjetividades sustentando discurso na equidade e inclusão social.

Ao mesmo tempo que, o discurso do desenvolvimento invocando a dignidade da pessoa humana em relação ao mínimo existencial para ter qualidade de vida serve de base de sustentação da colonialidade.

Certo é, que, pela íntima relação com a vida e a dignidade da pessoa humana que a compreensão da condição saúde se amplia, bem como, de que maneira as políticas públicas sociais e econômicas a impactam.

A efetividade do direito a saúde como direito social está relacionada ao direito fundamental por envolver o direito à vida e a dignidade humana, e encontra-se constitucionalmente tutelado, bem como a intersetorialidade, com reflexos na economia da saúde, ou seja, nos investimentos²⁵.

Percebemos que diante de tantos interesses e forças de poder que precisam se harmonizar dentro do espaço político social que é o Estado fica difícil apresentar novas propostas que conflitam com interesses e mudam paradigmas nas políticas públicas sociais e econômicas no setor saúde.

Porém, eis que em meio a todo este contexto neoliberal, neste caldo de tensões se materializa através do Ministério da Saúde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Assim, surge a possibilidade de pensar a condição saúde no ocidente, num futuro a partir do conhecimento na complexidade e multidimensionalidade do ser humano sem perder de vista seu passado. Passado que, pela integralidade, através do empoderamento onto-antropológico atualiza o presente.

Nesta pesquisa interessa a modalidade arteterapia, que proporciona entendimento mais aprofundado sobre as dimensões constitutivas da pessoa, em

²⁵ RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000. p. 7.

especial da integralidade, tanto do ponto de vista de fundamentos filosóficos, ontológicos e psicológicos. Esta possibilidade está diretamente relacionada à decolonialidade do ser e do saber pelo empoderamento onto-antropológico com protagonismo do indivíduo e pelo autocuidado apoiado.

A arteterapia é possibilidade interessante em épocas difíceis, que permite ao indivíduo apropriar-se do seu potencial criativo devido à fluidez e plasticidade psíquica. Através da expressão simbólica do processo criativo vital cognitivo, passa a autoconhecer-se, desbloqueia conteúdos reprimidos e atualiza sua matriz existencial, promove a autointegração que leva ao empoderamento onto-antropológico.

Pelo empoderamento onto-antropológico remove barreiras que possam inibir os processos biopsíquicos responsáveis pela capacidade inata de cura do corpo. O indivíduo assume o protagonismo do autocuidado apoiado e atua como agente transformador da sua condição de saúde.

O grande desafio é validar e integrar este conhecimento advindo do conhecimento tradicional, ao conhecimento científico convencional, flexneriano. Promover interface dialógica considerando a complexidade, multidimensionalidade do ser humano, com as demais ciências mecanicistas e viabilizar a aplicabilidade baseado em evidências é tarefa desafiadora.

A tradição cultural milenar das modalidades da PNPIC, custo benefício e resolutividade relevantes na prevenção, promoção, restauração e cura são aspectos importantes que despertam interesses nestas modalidades. No entanto, para o conhecimento convencional, flexneriano, esta tradição carece de demonstração baseada em evidencia e cientificidade, para ser aplicada com segurança na atenção à saúde da população.

Muitos pesquisadores da psiconeuroimunologia se dedicaram a compreender os mecanismos e benefícios destas modalidades terapêuticas. Caminharam pela biologia celular e molecular, genética, neurociências, estudos de neuroimagem e inteligência artificial. Avançaram bastante, comprovaram por métodos quantitativos que marcadores imunoneuroendócrinos são modulados por fatores estressores, afetivo emocionais. No entanto, mais pesquisas são necessárias devido à complexidade da temática, para quem ainda compreende o ser humano na dualidade.

Novas possibilidades se abrem com a PNPIC ao incorporar suas modalidades no rol do SUS, em especial a arteterapia. Ela é de fácil acesso, permite a utilização em todos estágios do ciclo vital e praticamente não possui contraindicações.

2.3.1 Segurança e nível de evidência científica da arteterapia

Nos aportes teóricos desta revisão sistemática, se avaliou o nível de evidência da modalidade arteterapia que integra o grupo das terapias mente-corpo. A segurança e nível de evidência estão diretamente relacionados com a qualidade do suporte para a tomada de decisões na condução da prática clínica²⁶.

As terapias mente-corpo, ou ganho-ganho, possuem nível de evidência de recomendação 1B, o que quer dizer que são seguras e recomendadas como parte de uma abordagem multidisciplinar que proporciona melhoria da qualidade de vida (QV)²⁷. A Classificação da modalidade mente-corpo baseada em evidências²⁸ foi adaptada do modelo do American College of Chest Physicians e se encontra publicada por Lima²⁹, conforme a Figura 1:

Tabela 1. Classificação adaptada do modelo do *American College of Chest Physicians*⁽¹⁾

Classificação	Recomendações	Benefícios versus riscos e desvantagens	Força da evidências de suporte	Implicações
1A	Recomendações fortes, evidências de alta qualidade	Benefícios claramente significativos, riscos e desvantagens ou vice-versa	ECRs sem limitação importante ou fortes evidências a partir de estudos observacionais	Recomendação forte. Pode ser aplicada na maioria dos pacientes e circunstâncias sem reserva
1B	Recomendações fortes, evidências de qualidade moderada	Benefícios claramente significativos, riscos e desvantagens ou vice-versa	ECRs com limitação importante (inconsistência, metodologia falha, indireta ou imprecisa) ou excepcionalmente fortes evidências a partir de estudos observacionais	
1C	Recomendações fortes, evidências de baixa ou muito baixa qualidade	Benefícios claramente significativos, riscos e desvantagens ou vice-versa	Estudos observacionais ou séries de casos	Recomendação forte, porém pode mudar quando a evidências alta ou de qualidade estão disponíveis
2A	Recomendações fracas, evidências de alta qualidade	Benefícios balanceados próximos aos riscos e desvantagens	ECRs sem limitação importante ou forte evidências a partir de estudos observacionais	Recomendação fraca, melhor ação pode mudar dependendo da circunstância, do paciente ou dos valores sociais
2B	Recomendações fracas, evidências de qualidade moderada		ECRs com limitação importante (inconsistência, metodologia falha, indireta ou imprecisa) ou excepcionalmente fortes evidências a partir de estudos observacionais	
2C	Recomendações fracas, evidências de baixa ou muita baixa qualidade	Incerteza na estimativa dos benefícios, riscos e desvantagens; o balanceamento pode ser nivelado	Estudos observacionais ou séries de casos	Recomendação muito fraca, outras alternativas podem ser igualmente razoáveis

ECRs: estudos clínicos randomizados.

Figura 1 - Classificação da modalidade mente-corpo baseada em evidências

Fonte: Lima³⁰

²⁶ RANGEL, Rita de Cássia Teixeira, et. al. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2019, p.15.

²⁷ LIMA, Paulo de Tarso. **Bases para prática clínica baseada em evidências em oncologia integrativa: terapias complementares e botânicas – parte 2**. Educ Contin Saúde einstein. 2012;10(3):142-4. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2422-142-144.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

²⁸ GUYATT, G; GUTTERMAN, D; BAUMANN, M. H.; ADDRIZZO-HARRIS, D.; HYLEK, E. M, PHILLIPS, B, et al. **Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force**. *Chest*. 2006;129(1):174-81.

²⁹ LIMA, 2012, p. 79-85.

³⁰ LIMA, 2012, p. 79-85.

2.3.2 Arteterapia e processo terapêutico

Ao cuidar da vida pela arte, o processo terapêutico incide na própria matriz existencial do ser humano, propicia resultados com custo benefício e tempo resposta excelentes, produz efeito sustentado sobre a condição de ser e agir no mundo. A melhora na qualidade de vida é efeito da vivência do processo criativo vital cognitivo, evento que leva a abertura da consciência conduzindo ao empoderamento onto-antropológico que permite tomada de consciência sobre si e sobre sua existência.

A arteterapia produz comunicação pelo processo criativo vital cognitivo que escapa do filtro da racionalidade e da fala. O corpo criante se expressa “nas formas, traços e cores onde podem estar os caminhos para alcançar os sentimentos mais profundos, que expressam a essência enquanto ser humano”³¹. A fluidez e plasticidade psíquica abre canais sensoriais potentes e diretos de comunicação com o inconsciente, onde, “uma pequena linha tortuosa pode comunicar conteúdo doloroso, reprimido, transformado em imagem”³².

A imagem é expressão simbólica do processo criativo e perpassa sentimentos, anuncia mudanças que dá notícias das transformações que a mente não lembra ou não sabe, desvelando a paisagem interior e exterior. “A arte não representa, ela é a própria vivência na matriz existencial, revela sentimento puro, cru”³³, autêntico e legítimo.

Desta forma, a arteterapia expressa linguagem que elabora conteúdo da pluralidade de sentimentos e emoções. Conteúdo que vem à tona no campo vibracional, denominado matriz existencial, fechando ciclo, onde podem aparecer figuras humanas parciais ou por inteiro (dos pés à cabeça) demonstrando o retorno ao que faz sentido, uma referencialidade (fechando uma Gestalt)³⁴.

A arteterapia além de transformadora é harmonizadora e humanizadora, pois imagem que, uma vez nascida, ressoa incondicionalmente e repercute numa fala original do indivíduo acerca de si e do mundo que o cerca. Condição que surte efeito nas inter-relações, elabora sentimentos relacionados a conflitos emocionais, promove

³¹ PHILIPPINI, Angela. A arteterapia e as manifestações expresivas espontâneas. **Revista arteterapia: reflexões**. São Paulo, Ano 3, n. 2, 1998. p. 26.

³² PHILIPPINI, 1998, p. 26.

³³ OZELAME, Mariane. **Vídeo artemusicoterapia**, Portal.fiocruz.br. Acesso em: 17 mar. 2018.

³⁴ PHILIPPINI, Angela. **Vídeo artemusicoterapia**, Portal.fiocruz.br. Ligadoemsaúde. Acesso em 17 mar. 2018.

o autoconhecimento, a autointegração que leva ao empoderamento onto-antropológico e, religa o indivíduo com a transcendência.

O autoconhecimento objetiva uma práxis que conceba o sujeito como co-construtor e protagonista de sua vida, conhecedor das relações intersubjetivas nas quais transita e criador de novos espaços e tempos originais (tanto quanto ser quem origina como quem os cria), instâncias benéficas para o potencial de saúde³⁵. [...] A espiritualidade natural é uma manifestação legítima do ser humano, na sua maneira de relacionar-se consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com a transcendência. Ao acessar a espiritualidade pela criatividade o ser humano se torna facilitador das interrelações. Existe relação entre espiritualidade natural e autocuidado, ligada à concepção de ser humano na sua multidimensionalidade bio-psico-espiritual, social, política, cultural e ambiental³⁶.

Ao tomar consciência da espiritualidade natural pelo processo criativo vital cognitivo, os elementos derivados da consciência que nascem ou se atualizam dessa vivência dão sentido e caminho para o autoconhecimento e servem de referência como ponto de partida para a ética da vida ao longo da existência do ser humano.

Como dito anteriormente, o Ministério da Saúde promoveu enorme avanço, na condição humana, ao institucionalizar através da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, a PNPIC; e posteriormente a arteterapia pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.

Desta forma, trouxe para o campo da saúde a discussão da espiritualidade natural do ser humano abrindo novas possibilidades ao cuidado na assistência. Assim, encontra caminho para a autocriatividade, autointegração, autoconhecimento, auto-organização, liberdade transformadora, autocuidado apoiado qualificado no setor saúde estendendo-se posteriormente para intersectorialidade.

Todas estas possibilidades passam pela espiritualidade natural do ser humano, que é caminho de acesso à energia primordial da matriz existencial. Assim adquire o empoderamento que lhe permite o protagonismo sustentado na sua condição saúde eleva a qualidade do autocuidado apoiado tornando-o qualificado na dignidade da pessoa humana.

Por ser este protagonismo de origem onto-antropológico reflete tanto no autocuidado apoiado da condição saúde, quanto nos diversos setores da intersectorialidade. O indivíduo empoderado ao tomar suas decisões, se identifica com

³⁵ RESIN, Alejandro. **Arteterapia e morfologias**. São Paulo: Vetor, 2006. p. 28

³⁶ DITTRICH, Maria Gloria. **Arte, criatividade, espiritualidade e cura**. Blumenau: Nova Letra, 2010. p. 246-247.

a possibilidade que escolhe e gera responsabilidade sobre sua escolha, ação que exteriorizada torna-se comportamento. Desta forma modifica seus constituintes pessoais e corrobora as palavras de Frankl, “o ser humano possui uma dimensão noética, isto é, a dimensão que sustenta antropologicamente a manifestação do ser humano como uma pessoa de profundidade espiritual em busca de sentido de viver no mundo.”³⁷

A vivência é a expressão legítima da ação da consciência, realizando aspectos de sua auto-organização diante de suas necessidades. Ao escolher reconhece sua escolha como própria, constitutiva de si, e no sentido de sua unidade. Por ser autêntica, estabelece relações que produzem benefícios que se encontram sustentados na eticidade. Promove mudança cultural que impacta positivamente os condicionantes e determinantes sociais, tanto da saúde quanto os demais.

Por impactar proativamente a qualidade de vida e ser fácil aplicabilidade e replicabilidade, altamente resolutiva e longa permanência dos benefícios, de relação custo/efeito e tempo resposta excelente a arteterapia pode ser considerada ao mesmo tempo, como modalidade terapêutica e tecnologia social em saúde.

A literatura apresenta os elementos integrantes das tecnologias em saúde, acrescentando que são todo e qualquer método/ dispositivo utilizado para promover saúde, impedir a morte, tratar doenças e melhorar a reabilitação ou o cuidado do indivíduo ou da população³⁸.

Com estas características a arteterapia é modalidade de mais valia que pode agregar valor ao sistema de saúde público vigente promovendo a transição para o modelo integrativo que reconheça o ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade valorizando a integralidade. Epistemologicamente proporcionou nova leitura a categoria integralidade, que, além de princípio do SUS, está diretamente relacionada com espiritualidade natural.

³⁷ FRANKL, Viktor. **Um sentido para a vida**: psicoterapia e humanismo. Aparecida (SP): Editora do Santuário, 1989. p. 16.

³⁸ KOERICH, M. S.; et al. Care technologies in health and nursing and their philosophical perspectives. **Texto Contexto Enferm.** [Internet]. 2006, 15(Esp): p. 178-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf>. Acesso em 17 mar. 2018.

2.3.3 Arteterapia e o autocuidado apoiado qualificado pelo empoderamento onto-antropológico

Por ser a arteterapia modelo de cuidado integrativo leva ao empoderamento onto-antropológico, que viabiliza ao ser humano assumir o protagonismo da sua vida refletindo sua condição de saúde. Este protagonismo pode ser fator determinante de mudança social e cultural, pois, ao escolher reconhece sua escolha como própria, constitutiva de si, e no sentido de sua unidade. Por ser autêntica, estabelece relações que produzem benefícios que se encontram sustentados na eticidade. O que o ser humano vive na sua condição saúde emerge com base na atuação da força vital de sua consciência³⁹. A consciência de um ser humano indica a totalidade da perspectiva humana direta e indireta, interna e externa de sua forma de ser e agir no mundo; busca transcender nos seus limites e possibilidades.

Um autocuidado apoiado vivenciado nesta profundidade não aceita o que sua consciência não reconhece como para o bem viver. Promove mudanças e as irradia ao seu entorno, inclusive no modelo de gestão do sistema de saúde. Vai à busca dum modelo de cuidado integral, em rede temática, poliárquico, que privilegie a gestão na população e no autocuidado apoiado valorizado pelo empoderamento onto-antropológico.

Em relação ao autocuidado apoiado é interessante analisar o modelo de atenção às condições crônicas de saúde denominadas de Modelo de Pirâmide de Risco. Nesta análise o foco está no percentual de pessoas que podem ser beneficiadas na condição de saúde pelo autocuidado apoiado. E se este autocuidado for qualificado pelo empoderamento onto-antropológico o impacto na condição de saúde e na qualidade de vida é potencializado.

O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) é conhecido também como modelo da Kaiser Permanente⁴⁰, porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou em sua rotina assistencial. Ele assenta-se fortemente na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Dessa forma, o cuidado profissional, em razão dos

³⁹ DITTRICH, M.G.; KOEFENDER, M. Arteterapia: um processo terapêutico pra o empoderamento do ser humano na adversidade. **ANAIS III Forum Internacional Innovación y Creatividad: La adversidad como oportunidade**, Barcelona, 2011. p. 17.

⁴⁰ PORTER, M. Permanente: an integrated health care experience. **Rev Innovación Sanit y Atención Integr** [Internet]. 1(1):5, 2008. Disponível em: http://sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou de caso⁴¹.

Este modelo se assenta na estratificação de risco da população e assim define a estratégia do autocuidado, conforme as Figuras 2 e 3.



Figura 2 – Estratificação de risco 1

Fonte Mendes⁴²

Figura 3 - Estratificação de risco 2

Fonte Mendes⁴³

Os gráficos demonstram que 70% a 80% da população está no nível 1, perfaz a maioria da população total portadora da condição crônica de saúde e possui capacidade de se auto cuidar, mantendo sua qualidade de vida. Estima-se que em 2030, 15% da população brasileira esteja nesta condição (IBGE 2004).

Este autocuidado apoiado consiste em intervenções pedagógicas da equipe da saúde para ampliar habilidades e promover mudanças culturais sobre a manutenção da condição de saúde do indivíduo. Busca mudança de hábitos, como por exemplo, maneira adequada de cortar as unhas em pacientes diabéticos para evitar unha encravada (porta de acesso para infecção); suporte hídrico em portador de litíase renal. O objetivo principal do autocuidado apoiado é o indivíduo tornar-se agente transformador da manutenção da sua condição saúde, tornar-se protagonista.

Desta forma, ao agregar os fundamentos da arteterapia ao autocuidado, teremos um autocuidado apoiado qualificado pelo empoderamento onto-antropológico, onde o usuário não trai sua consciência, o que implica em uso com responsabilidade econômica e sanitária do SUS, bem como, em críticas construtivas

⁴¹ PLANIFICASUS: Workshop de Abertura - A Planificação da Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019, p. 23-24.

⁴² PLANIFICASUS, 2019, p. 24.

⁴³ MENDES, 2012, p. 29.

ao modelo de gestão do sistema de saúde vigente. Ele se torna copartícipe do sistema, passa a se ver dentro do sistema e não a partir do sistema.

2.3.4 O cuidado tradicional em saúde dialogando com o cuidado convencional

Com a intencionalidade de aproximar o cuidado da atenção em saúde tradicional ao convencional, flexneriano, e demonstrar que arteterapia é um oásis na condição da saúde humana a pesquisadora realizou revisão sistemática na literatura utilizando esta modalidade da PNPIC.

Neste sentido considerou a saúde como:

[...] um conceito dinâmico, multidimensional, qualitativo e evolutivo, envolvendo potenciais de realização humana em suas esferas fisiológicas, psíquicas e espirituais. O conceito de saúde humana implica o entendimento dos processos e condições que propiciam aos seres humanos, em seus vários níveis de existência e organização (pessoal, familiar e comunitário), atingir certos objetivos, realizações ou ciclos virtuosos de vida embutidos na cultura e nos valores das sociedades e seus vários grupos sociais. A saúde possui, portanto, além das biomédicas, dimensões éticas, sociais e culturais irreduzíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam nas estruturas de poder e distribuição de recursos existentes⁴⁴.

Por ser a vida dinâmica, o conceito de saúde também deve ser dinâmico e amplo que considere a complexidade e multidimensionalidade do ser humano, bem como a intersectorialidade.

Para a revisão sistemática da literatura a pesquisadora instrumentalizou-se das plataformas online com base de dados nacionais e internacionais, com recorte do período compreendido de 2008 a 2019, tais como: Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online – Brazil (SCIELO - Brasil), National Library of Medicine (PubMed), Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line (MEDLINE), Scopus, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Cochrane, Banco de Teses e Dissertações da Capes.

As palavras utilizadas na busca foram arte, arteterapia, autocuidado, espiritualidade, integralidade, medicina integrativa e Política Nacional de Práticas Integrativa e Complementar (PNPIC). Dos 36 trabalhos selecionados, que

⁴⁴ PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma ecologia política dos Riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 82.

apresentaram definições das categorias pesquisadas, nove se destacaram. Identificou-se que as definições abrangem: arte, arteterapia, espiritualidade, integralidade, condição saúde, medicina integrativa (medicina convencional e medicina tradicional); valorização da espiritualidade natural na medicina; utilização de evidências; combinação de antigos sistemas de cura com a biomedicina; valorização da comunicação; consideração da complexidade do ser humano.

Os nove trabalhos escolhidos trataram da embriologia, diagnóstico por imagem, psicoembriologia, psicanálise fetal e arteterapia, desvelando o presente sem perder o passado da matriz existencial do ser humano.

Os dados mostram aumento do número de publicações científicas da área de arteterapia dentro da assistência, com predomínio da modalidade qualitativa em relação à quantitativa. Fato que demonstra vivência clínica de consultórios descritas com rigor teórico-metodológico, nicho de pesquisa ainda não institucionalizado.

Assim, na tentativa de compreender o ser humano na sua complexidade, percebe-se que apesar do método quantitativo, derivado do pensamento cartesiano moderno ser muito utilizado nas pesquisas na área da saúde, não dá conta do objeto, quando se precisa compreender a subjetividade. Neste sentido, a objetividade científica nos coloca, como exigência primeira, uma ética do sujeito do conhecimento e não apenas uma definição de recorte da realidade.

O fechamento do ser humano no finito racional, na massificação cultural, de natureza e de conhecimento fragmentado, mecânico, finito, que se ergueu no pressuposto de que o corpo, res-extensa, é separado da razão, res-cogitans, está superado pela profunda crise de identidade vivenciada pela humanidade passa. As teorias e as tecnologias científicas são úteis, porém são frágeis diante de processos indeterminados da natureza, como um todo complexo e altamente dinâmico nos seus processos de auto-organização.⁴⁵

É desta necessidade que surge a utilização de uma abordagem, que esteja aberta e aceite a desordem e a incerteza, como parte do processo de construção do conhecimento, e que, ao mesmo tempo ofereça segurança e eficácia demonstrável por evidências científicas comprováveis.

As sociedades humanas toleram uma grande porção de desordem; um aspecto dessa desordem é o que chamamos liberdade de criação e invenção, pois toda invenção e toda criação se apresentam inevitavelmente aqui como um desvio de um erro com respeito ao sistema previamente estabelecido.

⁴⁵ DITTRICH, Reis. A arteterapia como uma prática integrativa das políticas em saúde pública. Educação, **Saúde e Meio Ambiente**. Disponível [HTTPS://www6.univali.br/seer/index.php/aemv/article/viewfile/11318/6404](https://www6.univali.br/seer/index.php/aemv/article/viewfile/11318/6404). Acesso em 18 set. 2018. p. 163.

Observa-se como é necessário pensar a complexidade de base de toda realidade vivente⁴⁶.

Para agregar os fundamentos da arteterapia às outras ciências, em especial na saúde, que estão no mecanicismo, quanto ao modelo biomédico, é necessário um método científico centrado na subjetividade do ser humano. Pela necessidade de compreensão dos fenômenos relacionados à complexidade e multidimensionalidade deste, razão pela qual, serve-se da fenomenologia nesta pesquisa.

A priori o pesquisador deve se libertar do paradigma da universalidade, deve renunciar a sua dogmática, assumindo uma atitude de questionamento diante da realidade concreta da singularidade. Deve considerar que o processo de construção do conhecimento ocorre como movimento descontínuo que inclui a complicação, a desordem, a contradição, a dificuldade problemas da organização, não se separando do seu objeto de estudo. Neste movimento o pesquisador deve estar atento às manifestações espontâneas, aos fatos imprevistos, ao acaso, mantendo um estado de surpresa efetiva perante as sugestões do pensamento teórico.⁴⁷

O que se busca compreender é como o conhecimento tradicional pode ajudar o conhecimento convencional a entender o ser humano na integralidade, como unidade (uno), na totalidade, globalidade, mesmo que, “no fundo o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento anterior, destruindo conhecimentos mal estabelecidos, superando o que no próprio espírito, é obstáculo à espiritualização”⁴⁸.

O desafio é epistemológico, porém, a decolonialidade do saber advindo da arteterapia eleva a condição do ser, onde a dignidade humana da pessoa sai do abstrato e se efetiva pela espiritualidade natural na condição humana.

Embora a dignidade seja inerente a condição humana “a dignidade é intrínseca à natureza humana em razão do que é específico de sua natureza: ser espiritual. Essa dignidade é mais do que moral, ética ou psicológica, é constitutiva do ser humano e sua natureza é ontológica”⁴⁹.

De natureza ontológica, a dignidade guarda proximidade com a espiritualidade. “à dignidade é um valor absoluto, não realizado, algo que se tem como

⁴⁶ MORIN, Edgar. **O método**: a natureza da natureza. São Paulo: Mira Sintra Publicações Europa-América, Ltda, 1977. p. 279.

⁴⁷ BACHELARD, Gastón. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 47.

⁴⁸ BACHELARD, 1996, p. 48.

⁴⁹ CORREA, Juan de Dios Vial; GUERRO, Ángel Rodríguez. La Dignidad de la Persona Humana: desde la fecundación hasta su muerte. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 15, n. 1, p. 55-64, 2009.

princípio e como fim e que requer um processo para sua consecução”⁵⁰. Por ser um valor abstrato, não realizado, a dignidade precisa ser materializada, o que ocorre pelos processos criativos vitais cognitivos.

O autoconhecimento está diretamente relacionado à efetivação da dignidade da pessoa humana “devo fazer minha própria realidade pessoal, realizar⁵¹ a mim mesmo em minha verdade mais profunda: na minha dignidade pessoal⁵²”. A tomada de consciência de si, “remete a um projeto de autorrealização e, ainda que, a pessoa tenha um valor absoluto, ela pode frustrar sua realização ao não viver como um ser pessoal”⁵³. Assim, a tomada de consciência é essencial para a efetivação da dignidade na condição humana.

Então, para se autoconhecer a vida precisa acontecer; para a vida acontecer precisa de liberdade.

A liberdade humana, enquanto é constitutivamente abertura e transcendência, torna os indivíduos donos de seu próprio destino, sabendo quem é e de onde vem para obrar de acordo com esse projeto vital que é a verdade mais profunda, a dignidade pessoal⁵⁴

Eis que na liberdade se encontra implícito o processo criativo; a dignidade da pessoa humana está relacionada à liberdade e esta ao autoconhecimento que é sustentado pela espiritualidade natural.

Ao reconhecer que não é tarefa fácil reduzir resistências às pesquisas qualitativas, dentro da academia, em especial no setor saúde, empenhar esforços para entender a complexidade do ser humano é admitir que:

O ato da compreensão humana está associado às raízes mais profundas da vida, que, biologicamente falando, se dinamizam em toda a estrutura molecular e celular que tem em si o fenômeno da cognição como possibilidade para criar, aprender e conhecer na inter-relação com o meio circundante⁵⁵.

A compreensão perpassa todas as instâncias do ser humano, e na construção do conhecimento, múltiplas conexões cognitivas são feitas, que, nas interrelações

⁵⁰ SOARES, Josemar Sidinei Soares; LOCCHI, Maria Chiara. **O PAPEL DO INDIVÍDUO NA CONSTRUÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**. <https://seer.imes.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1118/928>. Acesso em 24 jun. 2017.

⁵¹ CORREA, 2009.

⁵² SOARES, s/d..

⁵³ CORREA, 2009.

⁵⁴ CORREA, 2009.

⁵⁵ DITTRICH, Larissa. **Da necessidade de saúde integral**: uma reflexão a luz dos conhecimentos míticos. Itajaí: UNIVALI, 2018. p. 16.

produzem redes na busca de respostas para ciência e do sentido na aplicabilidade do novo conhecimento para a humanidade.

A dificuldade do enfrentamento destas condições sensíveis diz respeito ao processo da racionalização atuar de forma consciente, ativando mecanismo de defesa. A vantagem da arteterapia está pelo acesso pela intuição, atua diretamente no inconsciente alcançando as emoções. Desta forma, a arteterapia acessa conteúdos puros, autênticos e legítimos dificilmente enfrentados por outras modalidades terapêuticas convencionais.

Em relação à revisão sistemática da literatura, outro aspecto relevante, é que os estudos não reportam se o acesso a arteterapia ocorreu por demanda espontânea ou programada. No entanto, em nenhum momento as produções referem que houve encaminhamento médico. O que pode demonstrar que, órgãos de classe são conservadores em relação a tecnologias inovadoras finas, como por exemplo, a arteterapia. Outro ponto importante poderia considerar que as publicações demonstrem epistemologicamente com robustez a segurança, eficácia e metodologia da modalidade. Em contraponto, as entidades de classe poderiam estar comprometidas com o sistema tendo dificuldade em mudar o foco para população devido ao modelo acadêmico que lhes originou.

Deve-se salientar que a arteterapia é modalidade terapêutica potente, de caráter transformador e libertador da alienação humana pelo empoderamento onto-antropológico. Fato que viabiliza o protagonismo no autocuidado apoiado. Este protagonismo pode desvelar questões sensíveis pertinentes as indústrias do setor saúde, em especial, da área do complexo médico industrial farmacêutico.

Emana a partir dessa constatação a necessidade de estabelecer diálogo entre os órgãos de classe e a academia, pois nos diversas saberes as interações são multilaterais, mesmo que de forma paradoxal.

Para Morin⁵⁶, na complexidade do mundo científico contemporâneo “todas as coisas são ajudadas e ajudantes, todas as coisas são mediatas e imediatas, e todas estão ligadas entre si por um laço que conecta umas às outras, inclusive as mais distanciadas”.

Na tentativa de decolonizar epistemologicamente o saber, a pesquisadora mediante a revisão sistemática da arteterapia relacionou seus dados relevantes à arte,

⁵⁶ MORIN, 1977, p. 274.

saúde e espiritualidade correlacionando-os ao desenvolvimento humano na vida intrauterina.

Nesta pesquisa as evidências científicas da integralidade serão produzidas a partir de referencial de pessoa adulta pela obra de arte dum fazer pictórico espontâneo encontrado na revisão sistemática. O recorte do período recai na vida intrauterina, por dizer respeito à capacidade da arteterapia elaborar memórias do passado no presente viabilizando a integralidade onto-antropológica.

A psicanálise sugere que em algum momento do desenvolvimento intrauterino, o feto pode produzir registros do desenvolvimento emocional primitivo, que podem ser rememorados na vida extrauterina. A embriologia mostra o desenvolvimento humano intrauterino e o ultrassom permite a visualização deste desenvolvimento produzindo imagens do conceito praticamente em tempo real.

Assim, relacionou os achados pictóricos da arteterapia do fazer pictórico espontâneo descrito por Koefender, com a embriologia humana de Moore, o diagnóstico por imagem na modalidade ultrassom no período pré-natal por Cerri, e a psicanálise fetal com aportes em Freud, Jung, Winnicott, Wilhelm e Piontelli e a arteterapia na teoria do corpo criante de Dittrich.

Desta forma, pretende produzir evidências que demonstrem que o conhecimento tradicional pode contribuir com o convencional na compreensão do ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade. Reduzir a carga global da doença diminuindo a morbimortalidade, acrescentando qualidade aos anos de vida. Assim, dentro do olhar dialógico busca abertura de consciência e decolonização do ser, do saber e do poder ao reconhecer a espiritualidade natural e a integralidade na concepção da complexidade e multidimensionalidade no SUS.

2.4 Problema

Para as práticas assistenciais em saúde, tanto em saúde pública como privada é essencial que a tecnologia utilizada seja segura, eficaz, acessível, de qualidade, uso racional, e que, além da recuperação da condição saúde possa fazer a promoção e prevenção desta. Sua aplicabilidade deve contemplar o indivíduo e o coletivo tornando-se ferramenta eficaz para elevação da dignidade humana com transformação social.

O problema está em trazer para o campo da assistência convencional com credibilidade científica e aplicabilidade baseada em evidências, conforme preconiza art. 19-Q, inciso I da Lei 8080/90, modalidade terapêutica advinda do conhecimento convencional institucionalizada recentemente no SUS.

Assim, deseja-se compreender como a assistência tradicional pode contribuir para a efetividade da integralidade do ser humano considerando sua complexidade e multidimensionalidade na assistência tradicional. Outro aspecto relevante é como efetivar a concepção da integralidade nesta lógica no acesso e efetivação do direito à saúde no SUS.

Neste sentido deseja-se dar visibilidade a PNPIC, em especial a arteterapia, aos cuidados convencionais praticados pelo modelo biomédico.

2.5 Objetivos

Geral

Investigar a colaboração da arteterapia como interface entre arte, saúde e espiritualidade para a efetividade da integralidade na concepção da multidimensionalidade e complexidade do ser humano, com aplicabilidade no autocuidado apoiado da condição de saúde dentro do Sistema de Saúde Pública brasileira (SUS).

Específicos

Identificar estilos de pensamento pertinentes a PNPIC relacionadas à arteterapia; apresentar fundamentos filosóficos e psicológicos sobre a arteterapia na modalidade fazer pictórico espontâneo com relação à integralidade na condição saúde; analisar interfaces possíveis entre a condição saúde, arteterapia e a integralidade constitucional e infraconstitucional na Lei orgânica da Saúde (Lei 8080/90); contribuir na lógica da compreensão da integralidade relacionada à humanização dentro da concepção da complexidade do ser humano viabilizada pelo impacto da arteterapia na dignidade da pessoa humana no construto duma sociedade mais solidária.

2.6 Método de compreensão de dados

A pesquisa teórica através de revisão sistemática se delinea metodologicamente a partir da hermenêutica fenomenológica⁵⁷. Como um método filosófico permite o movimento indutivo e dedutivo numa investigação teórica, descobrindo novos conceitos que nascem de novas reflexões na pesquisa.

Maturana e Varela⁵⁸ sustentam que no caminho da construção do entendimento humano sobre algo se tem que considerar que “ tudo o que é dito é dito por alguém”, pois: “ o fato de o conhecer ser a ação daquele que conhece está enraizado no modo mesmo de seu ser vivo, em sua organização “. Assim, esta pesquisa entende hermenêutica como um método que instrumentaliza o olhar da consciência da pesquisadora, para entender e expressar a sua compreensão sobre a sua pergunta de pesquisa, trazendo novas respostas que abrem para novas reflexões e perguntas.

A fenomenologia como uma abordagem filosófica defende que na pesquisa a produção do conhecimento se dá na síntese entre pesquisador e objeto.

O ato da compreensão humana esta profundamente associado às raízes mais profundas da vida, que biologicamente falando, se dinamizam em toda a estrutura molecular e celular do ser humano que tem em si o fenômeno da cognição como possibilidade para criar, aprender e conhecer na inter-relação com o meio circundante.⁵⁹

Desta forma, na produção do conhecimento através do desenvolvimento de uma pesquisa “a complexidade do fenômeno só pode ser compreendida na razão de idéias que não é definitiva, podendo ser reformuladas [...]”⁶⁰.

Diante disso, a compreensão do objeto desta pesquisa seguiu o seguinte processo hermenêutico, segundo Dittrich e Leopardi⁶¹:

- 1 Indutivamente se fez o levantamento dos referenciais teóricos, isto quer dizer, referências em algumas das obras dos autores supracitados como também outros autores .que corroboraram com o tema da pesquisa.

⁵⁷ DITTRICH, 2018, p. 15.

⁵⁸ Maturana, Humberto; Varela, Francisco. **A árvore do conhecimento**. Campinas: Editorial Psy II, 1995. p. 76.

⁵⁹ DITTRICH, Maria Glória. O corpo-criante: a chave para uma hermenêutica da obra de arte. **Fragmentos de cultura**, Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás, v. 14, n. 5, 2014. p.17.

⁶⁰ Desaulniers, Julieta Beatriz Ramos. **Fenômeno**: uma teia complexa de relações. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 81

⁶¹ DITTRICH, Maria Glória; LEOPARDI, Maria Tereza. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. **Discursos fotográficos**, Londrina, v. 1, n. 18, p. 97-117, jan./jun. 2015.

- 2 Intencionalmente (olhar da consciência da pesquisadora sobre o objeto) se escolheu e se organizou dados que colaboraram para as reflexões, com base nas categorias pertinentes ao objeto de pesquisa.
- 3 Perceptivamente a pesquisadora no processo de indução-dedução fez reflexões, problematizações e registros explicativos utilizando categorias conceituais para trazer respostas ao problema da pesquisa. (Impulso da intencionalidade forjada na consciência da pesquisadora para captar e significar, a partir de si, o que os dados teóricos expressam).
- 4 Ao término, se apresentará a compreensão final dos dados teóricos, que remetem as considerações finais na descrição dos resultados alcançados (expressão dos registros da percepção de forma sistemática, ocorridos desde o levantamento de dados e reflexões indutivas dedutivas para a emissão de significados e problematizações possíveis, ampliando o conhecimento sobre o tema de estudo, para descrevê-lo)⁶².

Por derradeiro, deseja contribuir com um modelo de gestão do sistema de saúde pública, agregando o conhecimento tradicional advindo da arteterapia, ao conhecimento convencional, em especial, no fortalecimento do acesso e no autocuidado apoiado.

⁶² O roteiro hermenêutico desta pesquisa foi adaptado da obra de DITTRICH; LEOPARDI, 2015.

3 DA EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE

O capítulo analisa o direito à saúde dentro do aspecto constitucional e infraconstitucional, a partir da Constituição Federal de 1988, a Lei orgânica do SUS (Lei 8080/90) e as Portarias Consolidadas nº 2 e nº 3 do Ministério da Saúde. A ênfase está na efetividade do direito à saúde, na universalidade, acesso, descentralização, integralidade, empoderamento onto-antropológico e autocuidado apoiado.

3.1 Neoconstitucionalismo, democracia e direito social saúde

O Brasil possui como forma de governo a república e como regime de governo a democracia. Assim, consagra no art. 1º da Constituição Federal⁶³ que, “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]” (CF/88, art. 1º), o que significa dizer, que, é síntese histórica de conceitos como o neoconstitucionalismo e a democracia.

Para Lenza⁶⁴ Neoconstitucionalismo significa, em essência, hierarquia entre as normas tanto formal quanto axiológico (valor) e concretização dos direitos fundamentais. Em relação ao conteúdo axiológico convém citar que a Constituição “passa a consagrar valores e opções políticas destacando-se a dignidade humana e os valores fundamentais”⁶⁵.

Dentro do Neoconstitucionalismo, tão importante quanto, a dignidade humana e os valores fundamentais estão o Estado Constitucional de Direito onde a Constituição é o centro do sistema e carrega intensa carga valorativa, bem como, a efetivação dos valores constitucionais e garantia de condições dignas mínimas⁶⁶.

Quanto à democracia, esta se traduz em soberania popular e governo da maioria, como expressa explicitamente o parágrafo único do art.1º da Constituição Federal “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. O artigo distingue titularidade

⁶³ BRASIL, 1988. art. 1º.

⁶⁴ LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 13 ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 16.

⁶⁵ LENZA, 2009, p. 16. “Nossa Constituição Federal é promulgada, escrita, analítica, formal, dogmática, rígida, reduzida, eclética, normativa, principiológica, definitiva ou de duração indefinida para o futuro, autônoma, garantia, dirigente, social e expansiva.” LENZA, 2009, p. 38.

⁶⁶ LENZA, 2009, p. 16.

e exercício do poder. A titularidade do poder emana do povo, e o exercício dá-se por meio dos representantes do povo no Poder Legislativo e Executivo.

No Neoconstitucionalismo, o Estado Constitucional de Direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. O centro de irradiação dos direitos fundamentais que constituiu o núcleo essencial destes direitos está na dignidade da pessoa humana, que também é fundamento da República conforme art. 1º, inciso III da CF/88.

Barroso⁶⁷ ao discorrer sobre os direitos fundamentais inclui neles “a liberdade, isto é, a autonomia da vontade, o direito de cada um eleger seus projetos existenciais”; tão importante quanto, “a igualdade, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis”; traz para a discussão “o mínimo existencial, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo e debate público”.

Dito de outra forma, para que a vida do ser humano se consagre na sua complexidade e multidimensionalidade bio-psico-espiritual, social, política, cultural e ambiental, precisa de liberdade, igualdade e o mínimo existencial.

Na sua discussão sobre direitos fundamentais Barroso é feliz em estabelecer interface com a intersectorialidade. De responsabilidade do Estado, do Direito, da Sociedade e do indivíduo, as ações e estratégias nos diversos setores devem atender as necessidades e competências para proporcionar condições que oportunizem realizações de projetos que valorizem a dignidade da pessoa humana num construto social que visa o bem comum, na busca da equidade⁶⁸.

Ao dizer que, “o direito à saúde é um direito social, assim como o direito à educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância [...]”⁶⁹ (CF/88, no art. 6º) a Constituição Federal protege de forma expressa os direitos sociais, e busca o

⁶⁷ BARROSO, Luís Roberto Barroso. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. 2008. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52582,81042-a+falta+de+efetividade+a+judicializacao+excessiva+Direito+a+saude>>. Acesso em: 10. mar. 2018. p. 10-11.

⁶⁸ Por equidade se entende o direito das pessoas a serem atendidas de acordo com as suas necessidades, sem privilégios ou preconceitos visando entre outros aspectos, reduzir o impacto dos determinantes sociais.

⁶⁹ BRASIL, 1988. art. 6º.

desenvolvimento social e a equidade necessários para a efetivação da dignidade da pessoa humana.

Desta forma, coloca em evidência a interface do setor saúde com os demais setores e salienta a importância destes na condição saúde. Bem como, demonstra que para alcançar a condição de dignidade da pessoa humana, para que a vida aconteça, é preciso ter saúde. Assim, efetivar direitos sociais, fundamentais exigem estratégias bem articuladas que possuem como objetivos principais a vida e a dignidade da pessoa humana.

Nesta linha, a Constituição Federal ao assegurar que, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”⁷⁰ (CF/88, art. 196) define que as políticas públicas sociais e econômicas são estratégias que os agentes políticos utilizarão para efetivação do direito à saúde.

Leal⁷¹ sustenta que, estas políticas públicas sociais e econômicas, possuem “função nuclear de servir como esfera de intermediação entre o sistema jurídico constitucional e infraconstitucional, e o mundo da vida Republicano, Democrático e Social que se pretende instituir no país”.

O pensamento de Leal é relevante, pois, embora o constituinte deixa claro na Constituição que a saúde além de ser um direito é um dever do Estado, e o artigo 196 da Constituição Federal diz que este direito se efetiva pela implementação de políticas sociais e econômicas, certo é, que, também atendem interesses neoliberais.

É neste ponto que Leal, coloca a função nuclear das políticas públicas econômicas e sociais, deixando implícito a subsunção do social em relação ao econômico, ou seja, as políticas governamentais podem mas não devem servir legalmente para outras intencionalidades além das sociais.

Em âmbito geral, as propostas do Banco Mundial para o setor de saúde dos países periféricos, além de pretenderem “ajudar” no processo de estabilização política e econômica desses países e de servirem como instrumento para a “humanização” do Banco, articulam-se com “questões estratégicas” voltadas para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista⁷².

⁷⁰ BRASIL, 1988. art. 196.

⁷¹ LEAL, Rogério Gesta. A quem compete o dever de saúde no direito brasileiro? Esgotamento de um modelo institucional. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 1 p. 50-69 Mar./Jun. 2008.

⁷² RIZZOTTO, 2000, p. 26.

Apesar das ações e estratégias da gestão pública estarem voltadas à concretização material do direito universal à saúde, através do acesso do sistema, que se configura como único em todo país - Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema este financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como de outras fontes⁷³, este direito ainda carece de efetivação. (CF/88, art. 198).

Em tempo, Rizzotto⁷⁴ nos chama atenção da lógica de mercado que pode estar contida em políticas governamentais brasileiras pertinentes ao SUS influenciadas pelo Banco Mundial, “os interesses político/ideológicos e econômicos que tem permeado determinados processos, aparentemente favoráveis à consolidação do SUS, mas que em realidade, modificam substancialmente a configuração original deste Sistema”⁷⁵ podem estar postos para efetivação de contra reforma, pois fragiliza o acesso, a universalidade, a descentralização, e proporcionam a maior participação da saúde suplementar na gestão pública.

Passados 30 anos da promulgação da Constituição Federal ainda não conquistamos a efetivação do direito à saúde. Alguns fatores podem estar contribuindo para isto, obscurecidos pelo discurso da insuficiência do orçamento para atender a demanda. Discurso este, que oculta dificuldades de entendimento e comprometimento dos agentes políticos, bem como, a busca de financiamento em instituições financeiras internacionais, nem sempre tem interesses republicanos, onde ajustes estruturais estão relacionados a condicionalidades. Tais instituições podem possuir intencionalidade de conquistas de mercados em países periféricos para acúmulo do capitalismo financeiro, e redução de direitos sociais.

Após a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, que tratou de forma detalhada dos direitos sociais, em especial da saúde, e a regulamentação da saúde pela Lei Orgânica n. 8080/90⁷⁶ que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, este despertou interesse do Banco Mundial no setor de saúde brasileiro. Interesse em especial no que se refere às responsabilidades do Estado e à gestão pública, ao abrir linhas de crédito neste setor para o Brasil.

⁷³ BRASIL, 1988. art. 198.

⁷⁴ RIZZOTTO. 2000, p. 52.

⁷⁵ RIZZOTTO. 2000, p. 14.

⁷⁶ BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

É muito provável, que esta oferta de crédito, atenda ao Consenso de Washington, condutor da economia, da sociedade e dos Estados Nacionais, regido por políticas neoliberais. Créditos condicionados a “recomendações” das agências multilaterais, entre as quais o Fundo Monetário Internacional, e em especial, ao Banco Mundial, exigem do devedor a contrapartida da efetivação destas “recomendações” como se demonstra em documentos pactuados no governo Fernando Henrique.⁷⁷

Ao viabilizar recursos advindos de contratos e projetos de financiamento via Banco Mundial no setor saúde, o Brasil nos anos 90, através de políticas de governo convergiu interesses de determinados grupos e setores nacionais no setor saúde. Destes processos de negociações emergiram documentos “as recomendações” que conflitam com princípios constitucionais e princípios da Lei Orgânica da Saúde⁷⁸ (Lei 8080/90) levando a repercussões importantes na sociedade, principalmente com reflexos em perdas de direitos sociais no setor saúde.

Os acordos de empréstimos do Banco Mundial para o setor brasileiro de saúde, levados a cabo na última década, teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma *contrarreforma* no e do Sistema Único de Saúde, no sentido de restringir e/ou anular direitos sociais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 70 e 80 e consagrados na Constituição Federal de 1988⁷⁹.

Ou seja, a prestação da saúde não busca pela efetividade, mas está relacionada “através de ações estatais absolutamente vinculadas e comprometidas com os indicadores parametrizantes de mínimo existencial previamente delimitados”, dentro da concepção de Estado Mínimo, e agora seguindo “recomendações” do Banco Mundial que vai se tentar diminuir a tensão entre validade e faticidade que envolve o Estado e a Sociedade Constitucional e o Estado e a Sociedade Real no Brasil⁸⁰. Ao que parece nas limitações da efetivação do direito à saúde se encontra a necessidade de satisfazer ao sistema neoliberal e não a dignidade da população.

Na aplicação do orçamento da saúde, este deve beneficiar o maior número de usuários, priorizando interesses coletivos, otimizando o acesso e a resolutividade, agregando valor a condição saúde e diminuindo o fenômeno da judicialização da saúde.

⁷⁷ RIZZOTTO, 2000, p. 25-26.

⁷⁸ BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

⁷⁹ RIZZOTTO, 2000, p. 26.

⁸⁰ LEAL, 2008.

Ao desfrutar do bem estar social produzido pela condição de saúde, o indivíduo tem condições de assumir o seu protagonismo na tessitura social, como assevera José Cretella Júnior.

Nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político⁸¹.

Neste sentido, a manutenção da condição saúde é fundamental para a sedimentação dos interesses individuais e sociais, no acesso dos valores civilizatórios e políticos para o exercício da cidadania no construto duma sociedade mais justa, igualitária e com equidade.

Apesar de que, a efetividade ao direito à saúde, em sua maior parte ser de responsabilidade dos três Poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário a promoção e implantação através de políticas públicas econômicas e sociais são pertinentes ao Legislativo e Executivo, excepcionalmente ao Judiciário, devendo-se evitar o ativismo judicial.

Ao considerar a saúde um direito público subjetivo (CF/88, art. 5º, XXXV), vista como dimensão do direito fundamental que está diretamente relacionada à dignidade humana, que é fundamento do Estado Democrático de Direito, bem jurídico tutelado e garantido, a Constituição protege o interesse coletivo e individual da condição de saúde, tanto pelo acesso como tratamento visando à cura, a promoção, e a prevenção, assegurando a integridade física, psíquica e espiritual do ser humano.

Razão pela qual, diante da inércia, omissão e interesses que envolvem justificativas para não efetivação do direito à saúde, o judiciário está cada vez mais atuante para garantir este direito social, o que onera o orçamento público e reduz recurso financeiro destinado para atendimento ao coletivo.

A má gestão pública, falta de governança, o equívoco do atual modelo de gestão de atenção à saúde pública centrado na oferta e demanda de serviços e não

⁸¹ CRETELLA JÚNIOR, J. **Comentários à constituição brasileira de 1988**. Vol. 3. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária. 1994. p. 4331.

na população, corrupção e tantos outros são fatores que colaboram para ineficiência dos SUS. Desta forma, ocasionam problemas de acesso como listas e filas de espera que levam a precária prestação da assistência que ocorre em tempo inábil, elevam a carga global da doença e induzem equívocos de leitura da atual situação do SUS. Os interesses neoliberais defendidos por muitos carregam no discurso da inefetividade e ineficiência do SUS para defender a abertura do mercado ao sistema suplementar de saúde.

A Constituição Federal de 1988, considerada a mais cidadã das constituições brasileiras, emana esforços significativos para a efetivação da saúde como direito social intimamente ligado à vida, que é direito fundamental de todos e todas, e determina ao Estado a sua prestação.

No entanto, não podemos esquecer que o Estado é constituído a partir de seres humanos, que muitas vezes, estão comprometidos com outros interesses que não a vida e a dignidade da pessoa humana.

3.2 Dos preceitos constitucionais a efetividade do direito à saúde

O Brasil tem uma Constituição Federal na qual o constituinte dedicou capítulos aos direitos sociais, em especial no setor saúde. Se ocupou também em conceituar saúde e determinar como este direito deve ser efetivado. Como síntese dos preceitos constitucionais pertinentes ao direito à saúde, deu ênfase em quatro aspectos: seguiu o conceito a definição internacional de saúde num conceito ampliado; reformulou o sistema de saúde pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS); atribuiu ao Poder Público a responsabilidade pela regulação, fiscalização, controle e autorizou a iniciativa privada participação na execução; participação da comunidade e da iniciativa privada na manutenção, desenvolvimento e execução do sistema de saúde.

Assim, o direito à saúde é da responsabilidade do Poder Público e da iniciativa privada para a efetivação do atendimento da condição saúde, em termos amplos, considerando inclusive a intersectorialidade. A Lei orgânica da saúde (Lei 8080/90) reforça esta tese, ao regulamentar a saúde em todo o país, tanto na iniciativa pública quanto privada.

Pela participação popular, de forma descentralidade e na territorialidade se formaram os Conselhos Locais de Saúde que colaboram e fiscalizam a tomada de

decisões pertinente às necessidades e qualidade dos serviços prestados nas unidades locais do SUS.

Convém salientar que a garantia do direito à saúde pela Constituição Federal, em 1988, já se encontra incorporado na subjetividade da sociedade brasileira, e se trata da maior conquista do direito à saúde no Brasil.

A operacionalização do direito à saúde no SUS segue os princípios constitucionais e infraconstitucionais (Lei n.8080/90)⁸², bem como, as Portarias Ministeriais consolidadas (PRC) de nº1 à nº6. Em relação às Portarias Consolidadas, a PRC nº1⁸³ consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. A PRC nº2⁸⁴ consolida as normas sobre as políticas nacionais do SUS. A PRC nº3⁸⁵ consolida as normas sobre as redes temáticas do SUS. A PRC nº4⁸⁶ consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do SUS. A PRC nº5⁸⁷ consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS. E por último, a PRC nº6⁸⁸ consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

Dentre deste vale destacar o acesso universal que é a garantia legal que qualquer pessoa tem direito de ser assistida em sua condição saúde pelo SUS. A integralidade como princípio legal preconiza a garantia ao usuário de uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de atenção a de Saúde. A integralidade também

⁸² BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

⁸³ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 1**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

⁸⁴ BRASIL, 2017a.

⁸⁵ BRASIL, 2017b.

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 4**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

⁸⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 5**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

⁸⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não apenas em recorte de ações programáticas ou doenças. A descentralização resulta na municipalização ao deslocar o poder do nível central para as instâncias subnacionais possibilitando maior autonomia e responsabilização sanitária e econômica. Ao mesmo tempo permite a população conhecer melhor a gestão, estratégias e participar e fiscalizar ações que contemplem as necessidades da população local.

O arcabouço legal da operacionalização do SUS fortalece as estratégias e ações de participação popular na efetivação do direito à saúde. O que desagradava antigos ideais neoliberais que mantêm interesse no setor saúde, porém com novas estratégias, “não como imposição externa, mas por confluência de interesses dos governos de plantão, de empresários e de pesquisadores destes países que comungam da mesma perspectiva ideológica”⁸⁹.

A partir da Constituição Federal, a transferência do poder de decisão e implementação de políticas municipais de saúde através da descentralização, “promoveu atualização das estratégias do Banco Mundial deslocando o foco do governo federal para as esferas estaduais”⁹⁰. Na mesma linha de pensamento, Lindelow⁹¹ afirma que “o Banco Mundial, ciente de seu papel acompanha de perto a trajetória do SUS e tem apoiado projetos de desenvolvimento em quase todos os estados brasileiros”.

A participação popular é determinante para qualidade do cuidado ofertado no SUS. Cuidado este que deve acrescentar valor e empoderar o indivíduo para o protagonismo de sua condição de saúde, para o exercício da cidadania, e não permitir que através do discurso da equidade agentes políticos lhe capturem a subjetividade e subtraem ou anulem direitos sociais constitucionalmente garantidos.

⁸⁹ RIZZOTTO, 2000, p. 271-272.

⁹⁰ RIZZOTTO, 2000, p. 272.

⁹¹ LINDELOW, M. A marca do SUS. **The World Bank**, 20 dez. 2013. Notícias. Disponível em: <Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study> >. Acesso em: 13 jun. 2017.
» <http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study>. Acesso em 20 out. 2018.

3.3 Efetividade do direito à saúde: o direito a saúde como direito fundamental

As Constituições brasileiras anteriores se ocuparam quanto à questão da saúde, mais em questões de fixar competências legislativas e administrativas. O constituinte na Constituição de 1988 se preocupou a conferir a maior importância à saúde, tratando-a como direito social-fundamental, alinhando o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos.

As declarações internacionais foram fundamentais para o reconhecimento dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade internacional passou a questionar as condições humanas e a necessidade de garantia efetiva dos direitos humanos. Os Estados-nações sentiram-se na responsabilidade de atribuir sentido concreto aos direitos sociais. O início desse movimento se deu pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948.

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle⁹².

No Brasil, a influência das declarações de direitos atingiu seu auge com a promulgação da Constituição Federal de 1988, cujo texto apresenta diversos dispositivos que tratam expressamente da saúde, tendo sido reservada, ainda, uma seção específica sobre o tema dentro do capítulo destinado à Seguridade Social.

O art. 6º informa que a saúde é um direito social. No artigo 7º há dois incisos tratando da saúde: o IV, que determina que o salário-mínimo deverá ser capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e sua família, inclusive a saúde, entre outras, e o XXII, que impõe a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. De acordo com o art. 23, inc. II, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competência comum para cuidar da saúde. Pelo artigo 24, inc. XII, a União, os Estados e o Distrito Federal possuem competência concorrente para legislar sobre a defesa da saúde. Ressalte-se que os Municípios, por força do art. 30, inc. I, também podem legislar sobre a saúde, já que se trata de assunto de inegável interesse local, até porque a execução dos serviços de saúde, no atual estágio, está, em grande parte, municipalizada. O art. 30, inc. VII confere aos Municípios a competência

⁹² NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/A> Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo .XXV. Acesso em 12 de jun. 2017.

para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população⁹³.

Não satisfeito em relação à responsabilidade dos entes federados na efetivação dos direitos sociais, em especial do setor saúde, o legislador promoveu mudanças pontuais do texto constitucional por emenda constitucional ressaltando as responsabilidades na prestação e efetivação do direito à saúde a população no SUS.

Por força da Emenda Constitucional 29, de 13/9/2000, foi acrescentada a alínea “e” ao inc. VII do art. 34, possibilitando a intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal no caso de não ser aplicado o mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. A mesma Emenda Constitucional, modificando o inc. III do art. 35 previu a possibilidade de intervenção dos Estados nos Municípios, na hipótese de não ser aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. Ressalvou-se, ainda, por força da EC 29/00, que a vinculação de receitas de impostos não se aplica à destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde (art. 167, inc. IV). De acordo com o artigo 196, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O artigo 197 reconheceu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por intermédio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Ressalve-se que o art. 129, inc. II, atribui ao Ministério Público a função de zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública executados com vistas a atender aos direitos garantidos na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia, o que denota a preocupação do constituinte em dar efetividade ao direito à saúde, já que o considerou expressamente como um serviço de relevância pública.⁹⁴

O constituinte enfatizou fortemente nos artigos 198 e seguintes da Constituição Federal a estruturação, organização e atribuições do SUS na busca da efetivação da saúde não apenas como direito social, mas como direito fundamental considerando a vida e dignidade da pessoa humana como centro de irradiação do Estado Democrático de Direito.

O art. 198 formulou a estrutura geral do sistema único de saúde, considerando-o uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) participação da comunidade. Esse sistema será financiado com recursos da

⁹³ SILVA, Leny Pereira. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublica/Saúde/anexo/DIREITO_A_SAUDE. Acesso em: 21 jan. 2018.

⁹⁴ SILVA, s/d.

seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (§1º), ficando previstos recursos mínimos a serem aplicados, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde (§§ 2º e 3º). Pelo art. 199, foi facultada à iniciativa privada a assistência à saúde, podendo as instituições privadas participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§1º), vedando a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (§2º), bem como a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (§3º). No artigo 200, exaustivamente, foi feita a enumeração das atribuições do sistema único de saúde, a saber: a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; d) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; e) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; f) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; g) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.⁹⁵

O constituinte se ateve também em incluir a assistência à saúde em programas da educação no ensino fundamental, responsabilizou a família, a sociedade, entidades não-governamentais e o Estado assegurar a condição saúde da criança e adolescente, aplicação de percentual de recursos públicos na assistência materno-fetal.

O art. 208, inc. VII incluiu a assistência à saúde entre os programas destinados a suplementar a educação no ensino fundamental. No artigo 220, §3º, inc. II, há a previsão da possibilidade de, por meio de lei federal, ser restringida a propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente. O art. 227 determinou que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, entre outros, o direito à saúde. A participação de entidades não governamentais na promoção de programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, determinando ainda a aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil ficou estabelecido no §1º⁹⁶.

Como cuidou da criança e adolescente, o constituinte não se esqueceu dos combatentes da 2ª Guerra Mundial e seus dependentes, nem da intersetorialidade e do mínimo existencial para vida com qualidade e dignidade.

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias também possui algumas regras tratando da saúde, como a do art. 53, inc. IV, que assegurou aos ex-

⁹⁵ SILVA, s/d.

⁹⁶ SILVA, s/d.

combatentes da 2ª Guerra Mundial e seus dependentes a assistência médica e hospitalar gratuita, e outras regras que, em geral,

preveem percentuais mínimos de alocação de recursos para o setor de saúde (art. 55, 77 e outros) ou tratam do Fundo de Combate à Erradicação da Pobreza, criado pela Emenda Constitucional n. 31, de 14/12/2000, que tem como objetivo viabilizar a todos os brasileiros acesso a níveis dignos de subsistência, cujos recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social voltados para melhoria da qualidade de vida.⁹⁷

Em 2016, veio à estagnação e talvez a demonstração da subserviência ao capital e despreparo de lidar de forma autônoma com questões internas, indexando modelo de gestão da saúde pública equivocado ao discurso da falta do recurso econômico, limitando gastos por vinte exercícios financeiros, o que decreta o retrocesso, a redução e perda de direitos sociais a população.

A Emenda Constitucional nº 95 de 2016 alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros. No Novo Regime Fiscal foi definido um limite para as despesas primárias equivalente ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. Assim, ao definir a limitação do crescimento da despesa pública à inflação, a EC nº 95 de 2016 implica que, no longo prazo, o gasto será reduzido em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), supondo um crescimento do IPCA inferior à variação do PIB. No caso da saúde, diz-se que o “teto” é, na verdade, um “piso”, pois não há impedimento para que o gasto com ações de saúde (ao contrário do gasto global do governo federal) cresça acima da inflação. Na prática, entretanto, devido à rigidez e inércia das despesas, especialmente as previdenciárias, não há como garantir o cumprimento do teto sem que os gastos com saúde também tenham sua evolução limitada à inflação⁹⁸.

Eis que diante deste descalabro da restrição econômica financeira do setor saúde, se encontra na Constituição Federal caminho para ampliação do acesso, autocuidado apoiado e empoderamento onto-antropológico que fortalece o exercício da cidadania dos agentes prestadores e usuários do SUS.

art. 215 da CF/88 reconhece que o Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais, apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais, dentro destas encontramos os saberes populares, como se encontra no § 1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes

⁹⁷ SILVA, s/d.

⁹⁸ SILVA, s/d.

do processo civilizatório, o que equivale a dizer que, o Estado respeitará o conhecimento popular.⁹⁹

Desta forma, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural, visando a garantir a integralidade na atenção à saúde.

A Constituição Federal fortalece o Estado Democrático de Direito ao colocar a dignidade da pessoa humana como fundamento da República (art. 1º, III), garantir o direito à saúde protegendo a vida (art. 5º, caput, CF/88) assegurar a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, CF/88) é viabilizar para que o ser humano se realize.

Como se demonstra, muitas são as normas constitucionais que tem na intencionalidade do constituinte, inclusive o derivado dar plena efetividade às ações, estratégias e programas no setor saúde para garantir o direito à saúde da população brasileira em prol da cidadania.

Neste sentido, ao tomarmos a saúde como elemento de cidadania, como refere o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, podemos definir que o Direito à Saúde é um Direito Humano essencial, relativo à essência; que constitui a essência na natureza do ser do sujeito, absolutamente necessário, indispensável, um dos Direitos mais importantes, por estar relacionado ao núcleo da vida, que permite vivenciar a vida com dignidade, dignidade esta positivada na nossa Constituição de 1988 como direito fundamental umbilicalmente ligado ao direito social saúde¹⁰⁰.

Deste modo, a efetividade do direito à saúde, através das políticas públicas sociais e econômicas é de relevância social fundamental, pois um Estado eficiente e verdadeiramente humano é aquele que presta, executa e regula concretamente suas atividades em especial as sociais.

Todos estes aportes legais possuem, em maior ou menor grau, eficácia jurídica e podem servir de suporte para fundamentar ações judiciais ou decisões em que se pleiteia o do direito à saúde. No entanto, esforços devem ser empenhados na cobrança e fiscalização a partir de quem é titular do poder, o povo, aos seus representados no exercício do poder para que os gestores atuem de forma a ser a via judicial exceção. As conquistas ocorrem por lutas sociais, e no setor saúde não é diferente no Brasil, bem como a fiscalização e o exercício do poder é realizado por

⁹⁹ SILVA, s/d.

¹⁰⁰ SILVA, s/d.

seres humanos e estes devem estar comprometidos com a vida e a dignidade humana da pessoa muito mais, do que com o sistema.

3.4 Das competências e suas repartições e a lei orgânica do SUS (lei 8080/90)

O poder que a Constituição Brasileira confere a um ente para que este possa elaborar leis sobre determinados assuntos, do ponto de vista federativo, atribuiu competência concorrente para

Legislar sobre proteção e defesa da saúde à União, aos Estados e aos Municípios (CF/88, art. 24, XII, e 30, II). As normas gerais são de competência da União (art. 24, § 1º); aos Estados cabe complementar a legislação federal (art. 24, § 2º); e aos Municípios, legislam sobre os assuntos de interesse local, podendo igualmente complementar a legislação federal e a estadual, no que couber (art. 30, I e II). No que tange ao aspecto administrativo (i.e., à possibilidade de formular e executar políticas públicas de saúde), a Constituição atribuiu competência comum à União, aos Estados e aos Municípios (art. 23, II).^{101, 102}

Os três entes federados podem formular e executar políticas públicas sociais e econômicas, e a eles se impõe a cooperação para o equilíbrio e desenvolvimento social nacional.

Os três entes que compõem a federação brasileira podem formular e executar políticas de saúde¹⁰³. Como todas as esferas de governo são competentes, impõe-se que haja cooperação entre elas, tendo em vista o “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (CF/88, art. 23, parágrafo único). A atribuição de competência comum não significa, a superposição entre a atuação dos entes federados.¹⁰⁴

Logo após a entrada em vigor da Constituição Federal, em setembro de 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, texto bastante denso e extenso, pois regulamenta toda e qualquer atividade de saúde no Brasil, tanto no âmbito público como privado. (Lei nº 8.080/90). Assim, a lei regula as ações e serviços de saúde, estabelece a estrutura e o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento, em todo o território nacional.

¹⁰¹ BARROSO, 2008, p. 16-17.

¹⁰² BRASIL, 1988.

¹⁰³ No âmbito da União, a direção do SUS ficará a cargo do Ministério da Saúde; nos Estados e no Distrito Federal, das Secretarias de Saúde ou de órgãos equivalentes; na esfera dos Municípios, da Secretaria de Saúde local ou de qualquer entidade correspondente (Lei nº 8.080/90, art. 9º).

¹⁰⁴ BARROSO, 2008, p. 16-17.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta, com gestão centrada na oferta. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar¹⁰⁵.

Entre as principais atribuições do SUS, conforme art. 2º § 1º da Lei 8080/90 está a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. A respectiva lei traz explicitamente no art. 3º a intersectorialidade ao dizer que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. O parágrafo único deste artigo nos dá a intencionalidade destas ações “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”. Este artigo traz as inter-relações da condição saúde com os determinantes e condicionantes sócias^{106, 107}

A Lei nº 8.080/90, além de estruturar o SUS e de fixar suas atribuições, estabelece os princípios pelos quais sua atuação deve se orientar, dentre os quais destacamos a universalidade¹⁰⁸, a integralidade¹⁰⁹; a autonomia, a igualdade da assistência à saúde, a participação popular; e o da subsidiariedade e da descentralização (municipalização), que procura atribuir prioritariamente a responsabilidade aos Municípios na execução das políticas de saúde em geral (Lei 8080/90, art. 7º, I,II,III,IV,VIII e IX).^{110, 111}

A Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) procurou ainda definir o que cabe a cada um dos entes federativos na matéria. Entre estas vale citar que o art. 16, XIII atribui à direção nacional do SUS, a competência de “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” devendo conforme art. 16, XV “promover a

¹⁰⁵ Possibilidade de atuação de empresas privadas que podem vender serviços ao SUS, contanto que a Administração Direta não os tenha ou não possa ofertá-los em quantidade suficiente para a população pela qual é responsável.

¹⁰⁶ BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

¹⁰⁷ BARROSO, 2008, p. 15-16.

¹⁰⁸ Garante a todas as pessoas o acesso às ações e serviços de saúde disponíveis.

¹⁰⁹ Entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema

¹¹⁰ BARROSO, 2008, p. 16.

¹¹¹ BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal”.^{112,113}

No art. 17, incisos I e III, atribui à direção estadual do SUS, as competências de “promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar supletivamente ações e serviços de saúde”.¹¹⁴

Por fim, à direção municipal do SUS, conforme art. 18, I e III, incumbe planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Convém salientar que em decorrência do princípio da descentralização administrativa do SUS, Estados e União executam políticas sanitárias de modo supletivo, suprimindo eventuais ausências dos Municípios. Como supra descrito, a distribuição de competências promovida pela Constituição e pela Lei nº 8.080/90 orienta-se pelas noções de subsidiariedade e de municipalização.

A mesma lei disciplina através do art. 31 a participação dos três entes no financiamento do sistema e articulação entre os entes para a administração econômica do sistema, “o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, [...], tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias”.

Da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde, o art. 19-Q disciplina “a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, [...], são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS”.

O art. 19-Q, inciso I, desta lei, informa que o Estado brasileiro optou, expressamente, pela saúde baseada em evidências “as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso”. Devido a isto, as práticas assistências ofertadas no SUS devem contemplar tratamento condigno de acordo com o atual estágio da ciência médica.

¹¹² BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

¹¹³ BARROSO, 2008, p. 16.

¹¹⁴ BRASIL, Lei nº 8.080, 1990.

4 SUS INTEGRATIVO E COMPLEMENTAR, DILEMAS, PROBLEMAS E DESAFIOS: PNPIC, ARTETERAPIA, ESPIRITUALIDADE E INTEGRALIDADE

O capítulo se dedica à arteterapia como modalidade terapêutica no cuidado da vida pela arte: espiritualidade natural, integralidade, autoconhecimento, auto-integração, auto-organização, autonomia, liberdade transformadora, empoderamento onto-antropológico, condição saúde e autocuidado apoiado. Utiliza o Modelo da Pirâmide de Risco para destacar a importância do autocuidado apoiado na redução da carga global da doença e demonstra como a PNPIC contribui para ampliação do acesso e o autocuidado apoiado no SUS.

4.1 Do estilo de pensamento da modernidade e colonialidade para mudança de paradigma na saúde

Os sistemas de saúde estão em crise ao redor do mundo, acometendo em maior em menor grau todos os países. Estes sistemas se estruturam em cima do pensamento eurocêntrico da modernidade.

A modernidade foi à idade do eurocentrismo, ou seja, da hegemonia europeia sobre o resto do mundo à custa de relações de poder advindas do controle das formas de produção econômica (trabalho e recursos naturais), de construção do conhecimento (ciência como única forma legítima de saber) e da essencialização e hierarquização das identidades subjetivas (raça e gênero como elementos centrais de negação de humanidade)¹¹⁵.

Para Quijano¹¹⁶ a “colonialidade global é estruturada de forma triangular nas interfaces do poder, saber e ser. Por colonialidade compreende-se a continuidade de um padrão de poder articulado em representações binárias e hierárquicas de construção de sentido”.

Embora o colonialismo tenha praticamente chegado ao fim, persiste a colonialidade do pensamento que marca as relações de poder contemporâneo formando novas subjetividades, que ocupam muitas vezes, locais estratégicos na organização do Estado.

¹¹⁵ QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: Colección Sur Sur, 2005. p.115.

¹¹⁶ QUIJANO, 2005, p. 117.

Basicamente o controle da economia afirma o poder, é quem controla e vivencia o discurso sobre o que são as melhores e mais corretas visões de mundo e sobre quem é capaz de denominar. Isso pressupõe uma ideia de superioridade de um grupo que tem em comum certa identidade sobre outro, considerado inferior, pois desafia, com seu modo de ser e estar no mundo, o padrão de excelência ditado por quem tem poder de definir o certo e o errado de acordo com seus próprios interesses.¹¹⁷

Qualquer estrutura, instituição, organização ou sistema pode ser colonizado; basta operar de forma a perpetuar o conjunto de ideias que dá sustentação ao exercício do poder de matriz colonial.

Em geral, a mídia, a universidade, a Medicina e o Direito estão colonizados. Digo “estão”, porque poderiam não estar. Mas aqui nos interessa basicamente a Medicina, ou melhor, a “colonialidade do poder no órgão de classe médica” como processo de resistência, apropriação e manutenção da hegemonia no controle do conhecimento e porque não dizer do mercado com cerceamento das competências laborativas complementares e integrativas.

O estilo de pensamento moderno, ainda mantém a subsunção do sul global a colonialidade. Sua lógica dual que reduz o fechamento do ser humano no finito racional, na massificação cultural, de natureza e de conhecimento fragmentado, mecânico, se ergueu no pressuposto de que o corpo, res-extensa, é separado da razão, *res-cogitans*, está superado pela profunda crise de identidade vivenciada pela humanidade na atualidade.

Negar a pluralidade e o valor de formas diferenciadas de saber e ser ao se relacionar com o mundo, mantendo excluído e estigmatizado o diferente, produzindo seu ocultamento é negar identidade cultural.

Este é o contexto que a PNPIC enfrenta na atualidade no SUS. Como fato confirmativo desta situação está a entrevista do médico Dráuzio Varela, formador de opinião e assíduo frequentador da mídia, ao confundir conceitos em relação às práticas alternativas, complementares e integrativas desprestigia a PNPIC:

Não tenho nada contra a aromaterapia, nem contra as constelações familiares ou a arteterapia. [...] Nenhuma dessas terapias demonstrou eficácia clínica em estudos científicos. Oferecê-las pelo sistema público significa contratar novos profissionais, arranjar-lhes espaço físico e organizar a burocracia para que possam trabalhar. Ou seja, vamos desviar os minguados recursos da Saúde para estratégias que nada contribuem para enfrentarmos

¹¹⁷ QUIJANO, 2005, p. 117.

os problemas de uma população que envelhece sedentária, obesa, hipertensa, com diabetes e doenças reumatológicas¹¹⁸.

Manter a colonialização do ser, do poder e do saber faz parte deste processo de secundarização das práticas integrativas e complementares de cuidado e cura no campo da saúde. Comportamento que interessa a determinados grupos, de classe, integrantes do poder estatal e inclusive órgãos econômicos externos.

O século XX através da anulação da cultura europeia causou o colapso moral da Europa abriu a porta para uma nova consciência. As culturas globais se afirmaram propriamente e clamaram por seu respeito e sua contribuição para os processos de emancipação intelectual. **A globalização colaborou para a constituição de uma sociedade global com consciência que lhe corresponde, consciência cosmopolita¹¹⁹. (grifo nosso).**

Estes eventos desejam invisibilizar o conhecimento tradicional, conhecimento enraizado na cultura dos povos de tradição milenar, no qual a PNPIC busca sua fonte. No Brasil, o sistema de saúde pública necessita de modelo de gestão que conduza a transição do modelo fragmentado para o modelo integrativo, e que esteja centrada na população. Neste aspecto a PNPIC contribui, pois suas modalidades, em especial a arteterapia, compreendem o ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade.

Restrepo corrobora Quijano ao dizer que:

[...] se puede afirmar que con la noción de colonialidad del saber se pretende resaltar la dimensión epistémica de la colonialidad del poder; se refiere al efecto de subalternización, folclorización o invisibilización de una multiplicidad de conocimientos que no responden a las modalidades de producción de ‘conocimiento occidental’ asociadas a la ciencia convencional y al discurso experto¹²⁰..

[...] podemos afirmar que la colonialidad del ser refiere a la dimensión ontológica de la colonialidad del poder, esto es, la experiencia vivida del sistema mundo moderno/colonial en el que se inferioriza deshumanizando total o parcialmente a determinadas poblaciones, apareciendo otras como la expresión misma de la humanidad¹²¹.

Ao constatar que a colonialidade do saber está relacionada à dimensão epistemológica, e a colonialidade do ser à dimensão ontológica do poder, pode-se inferir a dificuldade de produzir conhecimento anti-hegemônico que seja libertador da

¹¹⁸ VARELLA, Drauzio. **Folha de São Paulo**. Caderno Ilustrada, C6. 18 Mar. 2018.

¹¹⁹ BRAGATO, Fernanda Frizzo: **A diversidade cultural negada pela modernidade**. <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/5255-fernanda-bragato-1> Acesso em 21 jan. 2018.

¹²⁰ RESTREPO, E.; ROJAS, A. **Inflexión decolonial**: fuentes, conceptos y cuestionamientos. Popayán: Samava, 2010. p. 136

¹²¹ RESTREPO; ROJAS, 2010, p. 156.

alienação do estilo de pensamento inscrito na matriz existencial do ser humano pela modernidade.

Em promover a produção do conhecimento no giro decolonial há promoção de mudança cultural da compreensão da condição de saúde. O que quer dizer, resgatar identidades perdidas e ampliar consciências, desvelando novas relações subjetivas pela atribuição de valor ao cuidado e a vida.

Entendemos a consciência humana como um campo vibracional transformador, fruto da evolução da vida na sua complexidade emergente, que dá uma estrutura e organização ontobiopsico-social para a pessoa estabelecer amplas relações consigo mesmo, com o outro, com a natureza e com a transcendência. A consciência se caracteriza por ser um estado ou campo de energias sutis, atemporal, onipresente, inefável, antecipatório, ilimitada, expansiva, podendo ser pessoal e coletiva. Transcende a individualidade no momento que se percebe a si mesma e se expande até incluir o entorno circundante, tanto humano como natural e cósmico¹²².

O ser humano vive sua condição saúde com base na atuação da força vital de sua consciência, que indica a totalidade da perspectiva direta e indireta, interna e externa de sua forma de ser e agir no mundo, buscando se transcender nos seus limites e possibilidades. A consciência em saúde constrói-se no espaço e no tempo simultaneamente, como se fora uma contínua extensão do movimento da vida.

É na e pela consciência que o ser humano impacta os determinantes sociais proximais da saúde, que estão relacionados aos comportamentos e estilo de vida. Os reflexos destes são sentidos nos determinantes sociais intermediários e distais. Esta dinâmica se fundamenta na complexidade da auto-organização da consciência através de mudanças estruturais e organizacionais das inter-relações para o bem pensar e agir em prol da humanidade.

As teorias e as tecnologias científicas são úteis, porém são frágeis diante de processos indeterminados da natureza, como um todo complexo e altamente dinâmico como a vida, nos seus processos de auto-organização. O empoderamento onto-

¹²² Carta da Consciência, UNIVALI, 2011. Participam da elaboração desta Carta da Consciência: Maria Glória Dittrich (UNIVALI) Brasil, Coordenadora e impulsionadora da iniciativa ocorrida no **Encontro de Trabalho de Cooperação Ibero Americano, promovido pela Universidade do Vale do Itajaí**, em parceria no Projecto de Cooperação Ibero Americano – PCI-AECID 2011, conjuntamente com Maria Antonia Pujol (UB) Espanha, Saturnino de la Torre (UB), Espanha, os docentes da UNIVALI, Brasil: Maria Tereza Leopardi, Elisete Navas Sanches Próspero, Pedro Antonio Giraldi, Heloisa Beatriz Machado, Yolanda Flores e Silva, Eleide Margareth Pereira Farhat, Maria Denise Mesadri Giorgi, Cleide Jussara Pareja, Josiane Almeida Prado, Mara Cristina Bins; e alunos: Karla Simoni Espíndola, Marli Koefender; Zalias A. Vicente. Participaram do apoio técnico no Encontro as professoras: Maria Izabel Col, Jorge Rebelo, Ionice Maria Amaral, Elizandra Faria de Andrade, Rita de Cássia Teixeira Rangel, Marise Ramos (UNIVALI) Brasil.

antropológico é abertura de consciência, e esta, reorganiza estilo de pensamento que pode revelar outras maneiras de entender o ser humano, principalmente na sua subjetividade. Todos os esforços neste sentido são válidos.

É nesta perspectiva que, ao buscar do conhecimento tradicional a arteterapia e agregá-la ao conhecimento convencional (biomédico), se deseja contribuir na construção de saber baseado em evidência científica. Desta forma, relaciona-se a arteterapia ao diagnóstico por imagem modalidade ultrassom no pré-natal, a psicanálise fetal, o que é desafiador e possível pela decolonização da consciência da pesquisadora pela integralidade através do empoderamento onto-antropológico proporcionado pela arteterapia.

4.2 Arteterapia – da psiquiatria a transdisciplinaridade no cuidado à vida.

Desde as civilizações primordiais até o mundo contemporâneo a arte tem sido expressão contundente do poder da criatividade humana no mundo. Estimulado pelas necessidades a satisfazer, no desafio das tarefas diárias, o ser humano cria soluções, transforma a natureza e se transforma com ela, descobre e acrescenta novas dimensões a sua existência e ao seu poder criador – transformador *no* e *do* seu ser mundo descobrindo razões para transformar sua vida ao longo de sua existência.

Vários cientistas se sentiram desafiados e emanaram esforços para compreender o poder da arte como terapia¹²³. Assim à luz da teoria psicanalítica nascente, no início do século XX Freud se interessou pela arte e postulou que o inconsciente se manifesta através de imagens, que escapam da censura da mente, que transmitem significados mais diretamente do que as palavras. Observou que o artista pode simbolizar concretamente o inconsciente na produção artística, retratando conteúdo do psiquismo que, para ele, é uma forma de catarse.

Jung¹²⁴ no século passado utilizou a arte, como tratamento, em nível de consultório onde priorizava a expressão artística a verbal, pela autenticidade do conteúdo revelado como componente de cura. Durante o atendimento solicitava aos seus pacientes que utilizassem a expressão artística de forma espontânea, retratando imagens de sentimentos, de sonhos, de diferentes eventos ligados a emoções e conflitos. Seus estudos lhe permitiram afirmar que a criatividade tem função psíquica

¹²³ Texto adaptado do disponibilizado pela UBAAT. <https://www.ubaatbrasil.com/>. Acesso 21.06.2017.

¹²⁴ JUNG, Carl G. **A dinâmica do inconsciente**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998. p. 27.

natural, estruturante, pois muda a energia psíquica do objeto, que se transforma. Para ele, tanto a atividade plástica e a criatividade, são funções psíquicas inatas que contribuem com a evolução da personalidade e com a estruturação do pensamento. Para ele, pela arte ocorre a simbolização do inconsciente individual e do coletivo.

Estes renomados psicanalistas concordam que o inconsciente pode ser acessado concretamente, e simbolizado pela expressão artística. Jung vai mais além, ao dizer que a criatividade tem função psíquica natural, estruturante, pois muda a energia psíquica do objeto, que se transforma e promove desenvolvimento psíquico.

Dentro da Psiquiatria além de Freud e Jung muitos profissionais contribuíram epistemologicamente demonstrando os benefícios da expressão artística, utilizando a arte como terapia (arteterapia).

No Brasil podemos destacar Osório César e Nise da Silveira. Osório César, trabalhou com arte no hospital do Juqueri (Franco da Rocha, SP), em 1923, onde utilizou a influência da psicanálise freudiana da qual mantinha proximidade, pela socialização de suas experiências com Freud. Contribuiu para o desenvolvimento e aplicabilidade da arte como terapia com obras como “A arte primitiva nos alienados”, “Contribuição para o estudo do simbolismo místico nos alienados”, “Sobre dois casos de estereotipia gráfica com simbolismo sexual” e “A expressão artística nos alienados”, e muitos outros de seus escritos se perderam.

Nise da Silveira inovou na humanização do tratamento de indivíduos do universo da psiquiatria que se encontravam institucionalizados na década de 1940. Insatisfeita com a metodologia de tratamento psiquiátrico incluiu oficinas de arte no Centro Psiquiátrico D. Pedro II. Foi pela arte, via expressão espontânea, que conheceu as dores e melhorou as condições de vida de seus pacientes. Contribuiu significativamente em 1952, na construção do Museu do inconsciente no Rio de Janeiro.

Porém, a arteterapia transcendeu os estudos do universo psiquiátrico por dar mais importância ao processo criativo do que ao produto final. Ao priorizar a observação do comportamento durante a expressão criativa sem a necessidade de verbalização, com ênfase na relação transferencial descobriu que:

A linguagem artística apresenta uma semiologia própria, pois comunica além que a linguagem falada ou escrita, trata da comunicação das emoções, do inconsciente, da ordem do indizível. Faz emergir de maneira espontânea conteúdos psicológicos inconscientes que estavam latentes ou que não encontravam uma forma de comunicação de maneira tão precisa, visto que a

linguagem escrita ou falada muitas vezes não dá conta do que se tenta exprimir. O resultado deste processo proporciona o alívio de sintomas, mas o trabalha os conteúdos psíquicos subjacentes represados, encontrando oportunidade de ressignificação através de novas (re)leituras da realidade e da mudança de perspectiva¹²⁵.

Nesta lógica é utilizada com grupos e famílias, na comunicação com crianças, por ajudar no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo, destacando-se pelo pioneirismo Hanna Yaka Kitkowska em Maryland, Edith Kramer, Margaret Naumburg, Françoise Douto.

Outras teorias mais recentes vêm fundamentando a área, tais como a Gestalt de Perls, o Psicodrama de Moreno, as linhas humanista, sistêmica e transpessoal. No entanto, considerável avanço na produção do conhecimento na arteterapia surgiu com a teoria do corpo criante de Dittrich.

Dittrich¹²⁶ nos traz a teoria do corpo criante onde descreve sua experiência como arteterapeuta na unidade da APAE de Brusque. Ao relatar caso de sucesso ao qual oportunizou vivência criativa, pela expressão artística, em paciente que apresentava severas limitações biopsíquicas em sua vida. Que através das vivências do processo criativo proporcionado pela arteterapia, alcançou o empoderamento ontológico melhorou sua condição de saúde, obteve a inclusão no mercado laboral e tornou sua vida autossustentável.

Sua teoria se denomina de corpo criante, utiliza a fenomenologia e epistemologicamente traz conhecimento produzido dialogicamente com abertura de consciência e compreensão do ser humano na complexidade e multidimensionalidade.

Por corpo-criante¹²⁷ se quer entender um todo vivo, dinâmico, inter-relacionado nas suas partes com capacidade de se autocriar, que implica a sua autonomia de se fazer constantemente, causando mudanças contínuas em si e fora de si, para a preservação da própria vida. Explicitando: o homem, um corpo que cria, é um todo vivo. Ele é orgânico, pois tem em si uma auto-organização vital inteligente, sustentada por um princípio fundante – a energia criadora, que detém a vida que se impregna desde as suas micropartículas elementares, atravessando os seus átomos, suas moléculas, suas células, seus ossos seus músculos, até a sua macro constituição corporal total.¹²⁸

¹²⁵ PHILIPPINI, 1998, p. 26-27.

¹²⁶ DITTRICH, 2010, p. 126.

¹²⁷ DITTRICH, 2010, p. 246-247.

¹²⁸ DITTRICH, Maria Glória. **Natureza e criatividade**: o ensino da arte pictórica. Itajaí: Univali, 2001. p. 81.

A teoria do corpo criante, considera o corpo criante como o próprio corpo do indivíduo, que é corpo complexo, e na sua complexidade elabora memórias do passado em construções simbólicas do presente que influenciam o pensar e o agir. Ao elaborar as memórias do passado, promove mudanças da estrutura e organização da matriz existencial, que atualiza suas ações no mundo. Nesta teoria, o indivíduo é o sujeito e agente do seu processo de transformação: a intervenção é no e pelo próprio sujeito, evento que leva ao empoderamento onto-antropológico.

4.2 Arcabouço legal - PNPIC e arteterapia

No Brasil, a utilização da arte como terapia iniciou no universo psiquiátrico se expandiu para outros setores da saúde, porém, ainda carece de valorização política e social o que colabora para a dificuldade de implementação.

Ao mesmo tempo, em que, grupos hegemônicos de interesses contrários consideram as tecnologias leves, de baixa densidade tecnológica e alegam a falta de equipes multiprofissionais qualificadas para aplicabilidade. Em tempo, deve-se considerar que equivocadamente discursam sobre o impacto dos gastos em saúde que esta modalidade teria.

No entanto, esta situação mudou quando integrantes da sociedade civil se organizaram, e através de suas lutas de classe, conquistaram espaço dentro das instituições acadêmicas de graduação e pós-graduação no campo da arteterapia. Ao produzir conhecimento científico e demonstrar aplicabilidade com impacto social transformador na assistência privada, sensibilizaram pessoas estratégicas do setor público.

Mediante a redemocratização política e reforma sanitária ampliaram suas reivindicações, dentro da dignidade da pessoa humana na busca da assistência universal e integral da condição saúde, na visão da complexidade e multidimensionalidade do ser humano.

Com o advento da constitucionalização do direito à saúde, em 1988, e logo após a homologação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90), o Brasil através de Políticas Públicas no setor de saúde amplia o acesso, e fortalece a Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesta lógica instituiu a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). A Política Nacional de Promoção à Saúde possui como valores fundantes a

solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito à diversidade, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social, conforme art. 3, I à VIII da PRT MS/GM 2446/2014¹²⁹.

Nos seus princípios se destacam a equidade, participação social, autonomia, empoderamento, a intersetorialidade, intrasetorialidade, a sustentabilidade e a territorialidade na menção do art. 4, I à IX da PRT MS/MG 2446/2014.

Dentro deste contexto surge a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC¹³⁰) que, iniciou-se por recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), despertando interesse dos entes governamentais e associações nacionais de práticas integrativas e complementares, as quais sensibilizaram o Ministro da Saúde.

Diante disto, o Ministério da Saúde instituiu grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Primária de Saúde e Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde com a participação de representantes das secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e associações brasileiras de práticas integrativas e complementares¹³¹.

Destes esforços resultou proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares em fevereiro de 2005. Por valorizar e respeitar saberes advindos da cultura dos povos com bons resultados na condição saúde, 5.560 municípios brasileiros adeptos do cuidado tradicional contribuíram por agregar este conhecimento ao convencional. Com este apoio a proposta da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS se aperfeiçoou no modelo atual¹³².

Eis que, em final de fevereiro de 2006 ocorreu à aprovação do documento com a redação final pelo Conselho Nacional de Saúde denominando-se Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Este

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Redefine a política nacional de promoção da saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 15 nov. 2017.

¹³⁰ BRASIL. **Portaria n 971**, de 03 de maio de 2006. Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2006. Acesso em 10 fev. 2017.

¹³¹ BRASIL, 2017a.

¹³² BRASIL, 2017a.

documento foi publicado na forma de Portaria Ministerial nº 971, de 3 de maio de 2006, consta no Anexo XXV da Portaria Consolidada nº 2¹³³.

Ao incorporar e implementar a PNPIC no SUS, a perspectiva da prevenção, da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, com cuidado continuado, humanizado e integral em saúde ganha horizonte ampliado, garante cuidado com qualidade, eficácia, eficiência e segurança; estimula alternativas inovadoras e socialmente contributivas para um melhor viver.

Em especial, a modalidade arteterapia¹³⁴ encontra-se institucionalizada no SUS pela Portaria Consolidada nº 2, no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV que recepciona Portaria Ministerial nº 849/2017. A modalidade está remunerada por sessão no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) conforme código 01.01.05.006-2¹³⁵.

Legalizada e implementada pela PNPIC a modalidade arteterapia traz o conhecimento tradicional da arte como terapia, para o campo convencional de cuidado da condição de saúde humana e proporciona possibilidade de empoderamento onto-antropológico.

Cuidado este na concepção da complexidade do ser humano (soma, psique e espiritualidade) integral dentro de proposta dialógica, que acessa a espiritualidade pela criatividade, promove o autoconhecimento, proporciona o empoderamento onto-antropológico e viabiliza o protagonismo no autocuidado apoiado da condição saúde e da vida.

A arteterapia amplia o acesso do SUS, possibilita prática individual e coletiva, pelo empoderamento onto-psicológico revela sua potência transformadora que impacta favoravelmente a condição humana.

Porém, apesar de todas as vantagens e benefícios, na revisão do processo de institucionalização da PNPIC não se encontra o parecer técnico de avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, conforme exigido pela Lei 8080/90. Fato passível de saneamento devido segurança

¹³³ BRASIL, 2017a.

¹³⁴ BRASIL, **Portaria n 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2017. Acesso em 10 fev. 2017

¹³⁵ Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em 21 de mar. 2019.

demonstrada em estudos baseados em evidências relacionados a terapia mente-corpo.

4.3 Da elegibilidade da arteterapia na indicação clínica

A aplicabilidade da arteterapia compreende todas as fases do ciclo vital. Qualquer indivíduo é elegível para terapia pela arte. Para produção da arte com fins terapêuticos não precisa de habilidades, pois a estética é irrelevante. Pela abertura de seus canais sensoriais escolhe o material de acordo com seu estilo criativo preferido. Com este material fará sua expressão criativa. O efeito da arteterapia se dará na matriz existencial, através da vivencia criativa do corpo criante (próprio corpo do indivíduo) em prol da vida alcançando a harmonia e a cura. Ao atualizar sua matriz existencial se autoconhece, sabe melhor o que quer, escolhe suas vivências em conformidade com sua existência.

4.4 Arteterapia: da formação ao exercício profissional no Brasil

O Ministério do Trabalho reconheceu a arteterapia como categoria profissional, em janeiro de 2013, concedendo-lhe a Classificação Brasileira de Ocupações¹³⁶ - Arteterapia (CBO) n.2263-10, permitindo sua atividade como prática integrativa e complementar na área da saúde em espaço privado, e posteriormente pela PNPIC em espaço público.

Realizam atendimento terapêutico em pacientes, clientes e praticantes utilizando programas, métodos e técnicas específicas de arteterapia. Atuam na orientação de pacientes, clientes, praticantes, familiares e cuidadores. Desenvolvem programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida. Exercem atividades técnico-científicas através da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos. ”

Esta categoria profissional exige formação em nível superior ou pós-graduação e compõem-se de profissionais advindos de diversas áreas dos saberes.

¹³⁶ A Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos de uniformização pretendida pela Classificação Brasileira de Ocupações são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho. Já a regulamentação da profissão, diferentemente da CBO é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, por meio de seus Deputados e Senadores, e levada à sanção do Presidente da República. <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em 21 de mar. 2019.

Razão pela qual, há preocupação no alinhamento conceitual, em especial da eticidade. Devido ao processo criativo incidir na matriz existencial a arteterapia apresenta potencialidades, que transformam para a autonomia e empoderamento alcançando a dignidade da pessoa humana levando o indivíduo ao protagonismo do ser e agir no mundo.

Aqui se sublinha o cuidado com o profissional arteterapêutico, pois se a arteterapia for utilizada de maneira equivocada pode sim, ter efeito negativo sobre a vida da pessoa. Estes profissionais devem estar adstritos à exigência ética, compromisso com o altruísmo, qualidade do conhecimento e confiabilidade dos serviços prestados. Arteterapia é modalidade terapêutica altamente potente e transformadora, alcançando resultados de forma rápida e sustentada.

No Brasil, a formação acadêmica segue as normas do Ministério da Educação e da União Brasileira de Associações de Arteterapia (UBAAT). A UBAAT potencializa esforços pelo reconhecimento da arteterapia e manutenção da qualidade na formação dos profissionais com princípios e práticas do paradigma integrativo nas instituições de ensino e pesquisa. Desde a sua criação, e até o momento, tem contribuído com muita produção científica e obtido a adesão de novas instituições.

Uma de suas propostas fundamentais é garantir suporte social e cultural, difundindo informações, ideias, e valores. Aumentar a representatividade pelas instituições que desejam desenvolver a modalidade. Servir de referencial para expansão do cuidado integral, contribuir para as mudanças necessárias do cuidado da condição em saúde.

Assim, seus membros compreendem que a arteterapia reafirma a importante relação entre cuidando e cuidador, com foco na pessoa e na sua integralidade, sustentada por evidências científicas que levam ao cuidado qualificado e cura.

Neste ideal, seu Conselho Diretor aprovou a resolução nº 001/2013, que dispõe sobre o currículo mínimo de formação na graduação e pós-graduação. Estabelece critérios para o reconhecimento e credenciamento dos cursos de Arteterapia.

Em nível estadual e nacional, as Associações de Arteterapia contribuem na fiscalização das atividades profissionais, quanto na produção científica. Devido à arteterapia integrar práticas de cuidado relacional que podemos chamar de corpo mente espiritual ou ganho-ganha, as funções regulatórias e fiscalizatórias servem de proteção ao arteterapeuta e ao usuário do sistema SUS.

Convém ressaltar aqui, o autocuidado do arteterapeuta, pois ao atualizar-se na presença do outro, precisa ser agente de sua autocura, evitando carrear à sua matriz existencial afetos e emoções que não lhe pertencem, atingindo sua subjetividade.

Assim devidamente regulamentado, o arteterapeuta pode exercer suas atividades laborais tanto na saúde pública quanto na suplementar.

4.5 Integralidade: categoria polissêmica

Embora a integralidade tenha muitos significados, nesta pesquisa a empregaremos em dois sentidos diferentes. Inicialmente a integralidade será considerada como está consagrada em princípio constitucional e infraconstitucional pertinente ao direito à saúde conforme conceitua o art. 7º, inciso II da Lei Orgânica do SUS “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Esta definição legal da integralidade embora abrangente e articulada em rede possua fragilidade por estar centrada no sistema e não no usuário.

Então, buscamos conceito de integralidade que transmita a plenitude do indivíduo incluindo sua subjetividade. Aparentemente há dificuldade de compreensão do ser humano na sua constituição dentro da complexidade e multidimensionalidade, onde, o entendimento espiritual, ontológico, apresenta fragilidade e resistência, por habitualmente estar relacionado a religiosidade, fé ou no empirismo.

Assim, pelo giro decolonial do ser e do saber demonstraremos a integralidade que contempla a espiritualidade. A arte demonstra isto desde tempos imemoráveis, pois é pelo processo criativo que a espiritualidade se materializa na expressão simbólica.

Com raiz na concepção da complexidade do ser humano como pessoa constitutivamente multidimensional, de etiologia ontológica (espiritual) e antropológica (soma e psique), o conceito de integralidade traz a subjetividade para discussão principal. O que se dá em oposição ao discurso hegemônico do modelo flexneriano, que considera o indivíduo fragmentado e reduzido ao dualismo cartesiano, onde a subjetividade é invisibilizada.

Com as contribuições de Frankel¹³⁷, Dittrich¹³⁸, e Boff¹³⁹, defenderemos a integralidade dentro da complexidade e multidimensionalidade do ser humano, na busca da sua unidade, proporcionada pela sua espiritualidade natural.

No entendimento de Frankl¹⁴⁰, o ser humano é tridimensional (soma, psique e espiritual) com ênfase ontológica onde está a dimensão espiritual, noética; e antropológica nas dimensões somáticas e psíquicas, que registram os adventos biológicos e expressam os impulsos, as emoções, onde a biologia interage com a subjetividade. As três dimensões (soma, psique e espiritual) seriam ontologicamente diversas, porém antropológicamente inseparáveis, sendo a espiritual a dimensão superior, a qual torna uno o ser humano. Seria na porção mais profunda desta, o lócus fundamental, gênese constante, *dynamis* da vida. Um dos caminhos de acesso desta seria a criatividade, vivenciada pelo processo criativo. Vivência que viabilizaria a emergência da percepção do ser da pessoa humana sobre si, e para além de si (empoderamento). Potência que remete à descoberta do sentido de vida. Desta forma, a dimensão espiritual através de sua vivência, ativa a potência em ato e atualiza as ações do indivíduo no mundo, transformando sua vida.

Dittrich, na sua teoria do corpo criante sustenta que a integralidade se refere à compreensão da pessoa humana como microcosmos, complexa, que está dentro do macrocosmo que corresponde à natureza universal, e com esta interage no sentido de manter a homeostasia. Sustenta que, o ser humano possui corpo complexo, e na sua complexidade elabora memórias do passado em construções simbólicas do presente pela mudança estrutural e reorganização da matriz existencial. Estas mudanças influenciam o pensar e o agir, do indivíduo que é sujeito e agente do seu processo terapêutico. Sustenta que este ser é energia vital criadora - como matriz universal – energia cósmica quântica - geradora vital de toda a estrutura e organização do corpo-criante. Energia matricial que atravessa e sustenta o seu pensar, o seu sentir e o seu agir consigo mesmo, com o outro, com a natureza e com a transcendência (empoderamento).

¹³⁷ FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo: Sinodal, 1987. p. 62.

¹³⁸ DITTRICH, Maria Glória. **Arte e criatividade** – espiritualidade e cura. Blumenau: Nova Letra, 2010. p. 63.

¹³⁹ BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. p. 66.

¹⁴⁰ FRANKL, 1989, p. 58.

A esta energia, nomina de amor-criante¹⁴¹, que, potencializa e atualiza a capacidade criativa humana para a gênese de ser no mundo, na qual a espiritualidade é o elo da coesão com o soma e psique. É esta energia, matriz geradora abissal, que promove a organização da estrutura, onde se encontra o pulsar da vida, que atualizada a ação do indivíduo no mundo da vida. Desta coesão surge o ser humano uno, que leva a percepção da consciência de ser no mundo como presença de si, estabelecendo inter-relações para consigo, com o outro, com a cultura, com a natureza, tornando-o a responsável pela sua ação no mundo como protagonista ao longo da sua existência. Ao mesmo tempo que encontra sentido em sua existência.

Na lógica de Dittrich¹⁴², o corpo, a psique e o espírito são inseparáveis, fazem parte de um todo vivo e sagrado, o corpo-criante, que é a própria pessoa, unidade complexa que se manifesta como expressão legítima da gênese permanente da vida. Que o ser humano uno emerge da harmonização das dimensões espiritual (fenômenos espirituais) somática (fenômenos biológicos) e psíquica (fenômenos psicológicos). Essa harmonia é sustentada pela dimensão espiritual. É ela que, ao organizar a estrutura, impulsiona os processos biológicos e psicológicos que se manifestam no pensar e agir com criatividade diante das adversidades, desafios, fragilidades e potencialidades da vida, que trazem sentido do porquê ser no mundo.

Dittrich¹⁴³, ao relembrar Tillich, diz que “o homem na sua natureza onto-anropológica é um ser criativo, racional-espiritual”. Desta forma, “o homem é um ser de cultura que expressa sua criatividade como um fluir da seiva divina que brota das profundezas do seu ser e perpassa o seu pensar e o seu agir no mundo” (sua existência).

Assim, espiritualidade é energia vital criadora, instância unificadora e mantenedora do ser humano, com impacto direto na qualidade das inter-relações. É facilitadora e catalizadora, é fomentadora do autoconhecimento, da autonomia e empoderamento, é expressão da vivência cultural que reflete diretamente no construto social.

O autoconhecimento objetiva uma práxis que conceba o sujeito como co-construtor e protagonista de sua vida, conhecedor das relações

¹⁴¹ DITTRICH, 2010, p.162.

¹⁴² DITTRICH, M. G. O corpo-criante: a chave para uma hermenêutica da obra de arte. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás, v. 14, n. 5, 2004.

intersubjetivas nas quais transita e criador de novos espaços e tempos originais (tanto quanto ser quem origina como quem os cria), instâncias benéficas para o potencial de saúde¹⁴⁴.

Boff¹⁴⁵ ao perceber a profundidade do mundo e de todas as coisas, bem como, a nossa própria, constitui aquilo que chamamos de espiritual, dimensão fundante da criatividade do ser humano para dar significado às suas percepções no ato de aprender a aprender a ser no mundo, sendo ela necessária inclusive para o caminho da paz:

Desta paz espiritual a humanidade precisa com urgência. Ela é a fonte secreta que alimenta a paz cotidiana em todas as suas formas. Ela irrompe de dentro, irradia em todas as direções, qualifica as relações e toca o coração íntimo das pessoas de boa vontade. Essa paz é feita de reverência, de respeito, de tolerância, de compreensão benevolente das limitações dos outros e da acolhida do Mistério do mundo. Ela alimenta o amor, o cuidado, a vontade de acolher e de ser acolhido, de compreender e ser compreendido, de perdoar e de ser perdoado¹⁴⁶.

A importância da espiritualidade para os três autores é fundante para a manutenção da unidade do ser humano, bem como ao empoderamento onto-antropológico. É importante constatar nas palavras de Boff, que ao facilitar às inter-relações a espiritualidade é caminho para paz social.

Neste sentido está a lógica da integralidade da concepção decolonial do ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade. Facilmente percebe-se a importância da espiritualidade natural na efetivação da integralidade, e como esta se torna facilitadora das inter-relações nas múltiplas interfaces, não apenas no setor saúde, mas também na intersetorialidade. Onde produz mudanças estruturais com novas organizações que atuam nos condicionantes e determinantes sociais.

Em tempos atuais, onde os conflitos armados se multiplicam, convém lembrar o papel da espiritualidade na integralidade do ser humano, rememorando a guerra da independência da Índia, onde os indianos lutaram contra os ingleses.

Os indianos fortalecidos em sua espiritualidade por Ghandi, não sucumbiam diante dos ferimentos produzidos por projéteis do exército inglês. Diante deste fato, os ingleses desenvolveram projéteis diferenciados chamados de dum, em homenagem a Ilha de Dum onde ocorreu o confronto.

¹⁴⁴ RESIN, 2006, p. 28.

¹⁴⁵ BOFF, 2001, p. 10.

¹⁴⁶ BOFF, 2001, p. 80.

Projéteis de maior calibre e com maior velocidade que possuíam maior poder de parada, sendo utilizados para defesa para impedirem a reação do oponente. [...] projéteis deformáveis [...] porque os indianos, fortalecidos espiritualmente por Ghandi, exigiam vários disparos até serem brecados.¹⁴⁷

Esta capacidade de resistir à morte foi atribuída a "diferenças individuais físicas e psicoespirituais que interferiram no índice de incapacitações das munições analisadas"¹⁴⁸ entre os ingleses e indianos.

Ao considerar as diferenças individuais (físicas e psicoespirituais) acima descritas num contexto de guerra, torna-se muito fácil a compreensão de como a espiritualidade que promove a integralidade é essencial na manutenção da vida.

Em síntese, a integralidade compreendida desta forma, forjada através da espiritualidade, demonstra a unidade do ser humano, que adquire o seu autoconhecimento e empoderamento onto-antropológico, liberta sua subjetividade da captura biopolítica e da alienação. Constitui sua vida de forma autêntica e legítima do seu ser no mundo, alcança a liberdade transformadora, para protagonismo sustentado de sua vida.

Alcançado o empoderamento onto-antropológico, conforme a teoria hilemórfica de Aristóteles, o em si, por si, fora de si e no para si dançam suavemente no movimento de auto fazer-se continuamente, que é autopoiesis, num processo crítico e reflexivo sustentando o ser como presença no mundo e modificando a realidade vivenciada.

A integralidade neste novo paradigma, vivenciada pela criatividade, proporcionada pela arteterapia pode ser aplicada a modelo de gestão em atenção à saúde centrado na população e que valorize o autocuidado apoiado no SUS.

¹⁴⁷ BITTAR, Neusa. **Medicina Legal e Noções de Criminalística**. 5 ed. São Paulo: Editora Juspodivm. 2016. p. 28.

¹⁴⁸ BITTAR, 2016, p. 28.

5 A CAMINHO DO NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES DA EMBRIOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA, PSICOEMBRIOLOGIA, DA PSICANÁLISE FETAL E DA ARTETERAPIA

O presente capítulo sistematiza os achados relevantes à embriologia, sonoanatomia pré-natal, psicoembriologia e psicanálise fetal, e os relaciona a arteterapia no sentido de demonstrar evidências científicas de que a arteterapia é prática terapêutica integrativa altamente potente capaz de acessar e ressignificar registros mnêmicos na matriz existencial. Para tanto, utiliza com referência em pessoa adulta um fazer pictórico espontâneo e busca na vida intrauterina deste os registros mnêmicos. Inicia com as etapas do desenvolvimento embriológico.

5.1 Etapas de desenvolvimento embriológico

Para compreender as etapas de desenvolvimento embriológico, destaca-se o controle do desenvolvimento embrionário e a cronologia do desenvolvimento pré-natal humano da terceira semana até o termo.

5.1.1 Controle do desenvolvimento embrionário

O desenvolvimento humano, segundo Moore¹⁴⁹, resulta de informações genéticas contidas nos cromossomas e da interação coordenada destes com fatores ambientais. As interações teciduais, proliferações e migrações celulares que orientados por diversos mecanismos promovem a diferenciação e garantem o desenvolvimento sincrônico embrionário. Apesar da semelhança e relativa simplicidade dos processos morfogenéticos o padrão de cada sistema é de desenvolvimento é específico e regulado: “o desenvolvimento embrionário é, essencialmente, um processo de crescimento e de aumento crescente da complexidade estrutural e funcional”¹⁵⁰. O crescimento é produzido por mitoses celulares e matrizes extracelulares, enquanto a complexidade é alcançada através da morfogênese e da diferenciação.

¹⁴⁹ MOORE, Keith et al. **Embriologia Básica**. 9 ed. São Paulo: Elsevier, 2016, p. 52.

¹⁵⁰ MOORE, et al., 2016, p. 68.

Células pluripotentes formam os tecidos bem iniciais dos embriões; isto é, sob diferentes circunstâncias são capazes de seguir uma ou mais vias de desenvolvimento. Este amplo potencial de desenvolvimento torna-se progressivamente mais restrito quando os tecidos adquirem as características especializadas, necessária para aumentar **sua sofisticação estrutural e funcional**. Tal restrição pressupõe que as **escolhas devam ser feitas** para atingir a diversificação tecidual. Atualmente a maioria das evidências indica que estas escolhas são determinadas não em consequência da linhagem celular, mas como uma **resposta a indicações do ambiente circundante**, incluindo os tecidos adjacentes. Por isso, a precisão e coordenação arquiteturais que frequentemente são necessárias para função normal de um órgão parecem ser alcançados através da interação de suas partes constituintes durante o desenvolvimento¹⁵¹ (grifo nosso).

Interações teciduais, movimentos morfogenéticos e outros mecanismos são responsáveis pelas mudanças nas associações teciduais, fundamentais para as interações indutivas entre os tecidos. O fato de um tecido poder influenciar a via de desenvolvimento adotada por outro tecido pressupõe a passagem de um sinal entre os dois interagentes

[...]O mecanismo de transferência do sinal parece variar de acordo com os tecidos específicos envolvidos. Em alguns casos, o sinal parece ser uma molécula difusível que passa do tecido indutor para o tecido que reage. Em outros, a mensagem parece ser mediada através de uma matriz extracelular não difusível secretada pelo tecido indutor e com a qual o tecido que reage entra em contato. Ainda em outros casos, o sinal parece requerer a ocorrência de contato físico entre os tecidos indutor e o que responde¹⁵².

De qualquer forma, na transferência intercelular, o sinal em forma de mensagem intracelular influencia geneticamente a resposta da atividade celular.

Para serem competentes em responder a um estímulo indutor, as células do sistema que reage devem expressar receptores apropriados para a molécula sinal indutora específica, os componentes de um sinal intracelular particular de via de transdução e fatores de transcrição que mediarão a resposta particular. Evidências experimentais sugerem que a aquisição de competência pelo tecido que responde é, com frequência, dependente de suas interações prévias com outros tecidos¹⁵³.

O processo de crescimento e a complexidade estrutural e funcional crescente, mediada por interações teciduais, movimentos morfogenéticos e outros mecanismos, tais como os de transferência de sinal de que carregam mensagem intracelular determinante de resposta da atividade celular necessitam de interações para que

¹⁵¹ MOORE, 2016, p. 67.

¹⁵² MOORE, 2016, p. 69.

¹⁵³ MOORE, 2016, p. 69.

ocorra o desenvolvimento humano. Aqui fica claro que inclusive no desenvolvimento embrionário o ser humano é um ser de inter-relações com o meio.

5.1.2 Cronologia do desenvolvimento pré-natal humano da terceira semana até o termo

A cronologia do desenvolvimento pré-natal humano será demonstrada da terceira semana, conforme a Figura 4, até o termo da gestação sob a forma de figura didática e bem elucidativa da obra de Moore¹⁵⁴.

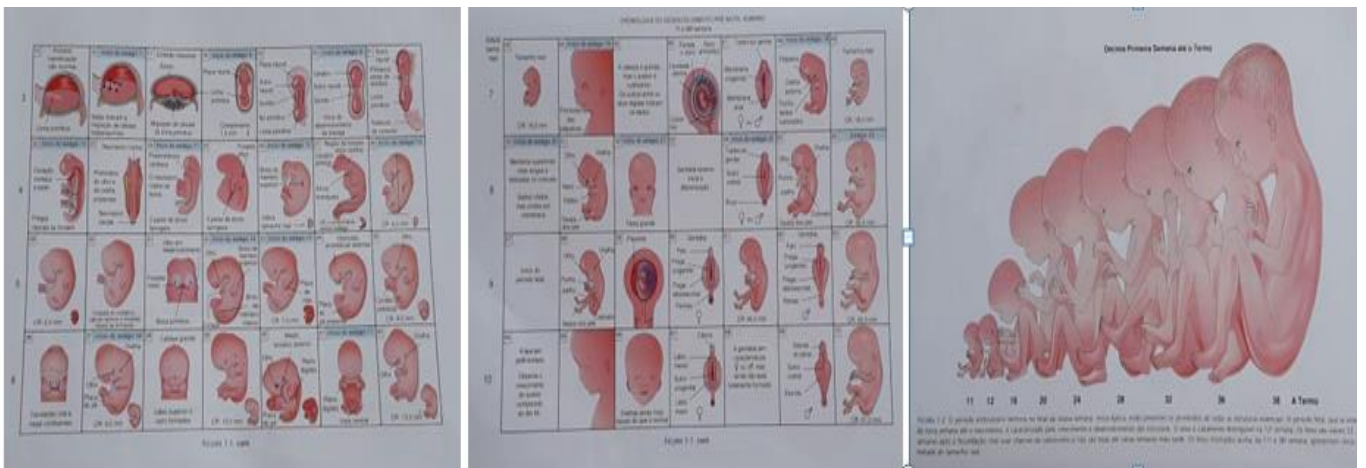


Figura 4 - Cronologia do desenvolvimento pré-natal humano

Fonte: Moore¹⁵⁵

Salientamos que para esta pesquisa interessa nesta cronologia do desenvolvimento humano a morfologia e o comprimento crânio caudal dos embriões e fetos. Estes serão relacionados à sonoanatomia para datar a idade gestacional, e posteriormente às figuras humanas na arteterapia encontradas no fazer pictórico espontâneo selecionado da revisão sistemática.

5.2 Ultrassonografia pré-natal

Para a pesquisa, é importante compreender a escolha da modalidade ultrassom em medicina fetal e a cronologia da sonoanatomia.

5.2.1 A escolha da modalidade ultrassom em medicina fetal

¹⁵⁴ MOORE, 2016, p. 3-6.

¹⁵⁵ MOORE, 2016, p. 3-5.

A escolha do método se deve pela semelhança que a sonoanatomia guarda com a embriologia humana e por estar em alto desenvolvimento tecnológico na atualidade, oferecendo imagens de boa qualidade e com precisão quando relacionadas ao desenvolvimento as fases da vida intrauterina.

A ultrassonografia ¹⁵⁶ é uma importante modalidade de diagnóstico por imagem. O contínuo desenvolvimento tecnológico transformou esta modalidade em instrumento poderoso na investigação médica dirigida, em especial na obstetrícia, permitindo melhor entendimento da vida intrauterina.

Utiliza a interação das propriedades físicas do som com os tecidos humanos, ou seja, a partir da transmissão das ondas sonoras ultrassônicas longitudinais pelo meio, para obtenção das imagens permitindo a visualização, estudo e movimento de estruturas anatômicas praticamente em tempo real. As imagens ultrassonográficas são formadas por ecos de curta duração, denominadas bidimensionais, que em especial nos interessam por estarem no mesmo plano da obra de arte produzida a partir da arteterapia.

A compreensão dos achados ultrassonográficos durante o pré-natal exige o conhecimento das modificações morfológicas que ocorrem após a fecundação até o nascimento, ou seja, na cronologia do desenvolvimento humano intrauterino. Durante o pré-natal temos duas fases, a embrionária que vai do zigoto até a nona semana, e a fetal da nona semana até o nascimento. A idade gestacional é determinada pela correlação da biometria a tabelas previamente elaboradas que levam em consideração fatores antropométricos de determinada população.

5.2.2 Cronologia da sonoanatomia

A morfologia ultrassonográfica embrionária e fetal guarda relação direta com a morfologia da embriologia de Moore. A apresentação e posição fetal é relevante não apenas para a via do parto, mas na atualidade, para a psicoembriologia e psicanálise fetal. A precisão da idade fetal apresenta pequena variável, podendo o erro ser de três dias no período embrionário e de sete no período fetal. Segundo Cerri ¹⁵⁷, os movimentos são detectados a partir de sete semanas de idade gestacional. Durante

¹⁵⁶ CERRI, Giovanni Guido; CHAMMAS, Maria Cristina. **Ultrassonografia - Abdominal - 2 ed.** São Paulo: Revinter, 2002. p. 41.

¹⁵⁷ CERRI, Giovanni Guido; PASTORE, Ayrton Roberto. **Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia.** 2 ed. São Paulo: Revinter, 2002. p. 22.

o desenvolvimento na unidade do tempo se tornam mais refinados. Assim com doze semanas o feto pode movimentar todas as articulações; quatorze semanas levanta as duas mãos juntas, e com dezenove semanas ensaia passos. Possui variedade de comportamento como bocejo, caretas, deglutição, respiração, espreguiçamento. Com vinte e oito semanas visualiza-se a sucção. Aos quatro meses de gestação adquire reflexos essenciais, como movimentar pálpebras, piscar, franzir a testa. Com cinco meses de gestação já se orienta em recuos ou aproximação ao toque, por exemplo, durante exame de ultrassom.

Ao que tudo indica o feto utiliza estes movimentos como linguagem gestual primitiva. É daí que vem o interesse da psicoembriologia e psicanálise fetal, que em 1997, a psicanalista Alexandra Piontelli¹⁵⁸ estudou através da mobilidade fetal o psiquismo pré-natal.

5.3 Psicoembriologia e psicanálise fetal e os registros mnêmicos

A Psicoembriologia e Psicanálise fetal têm por objetivo estudar o comportamento e desenvolvimento, tanto evolutivo como psico-afetivo-emocional-espiritual do indivíduo, no período anterior ao seu nascimento. Interessa a ela também, a capacidade que o ser humano tem de armazenar vivências intrauterinas por registros existenciais. Estas áreas do conhecimento são pouco conhecidas devido às dificuldades epistemológicas e metodológicas, além do alto custo financeiro.

Quando se fala em Psicologia e Psiquismo pré-natal refere-se, por um lado, à existência de vida mental no feto, e por outro, à existência de registros de experiências pré-natais, tanto traumáticas como não traumáticas na mente do bebê, criança e/ou pessoa adulta¹⁵⁹.

Estes registros segundo a literatura dominante seriam determinados por evento afetivo e emocional vivenciado pelo conceito e registrados no exato momento da vivencia. Estas inscrições são memórias que farão parte do conteúdo do inconsciente ao longo da vida e podem ou não exercer influência sobre a personalidade, conduta e comportamento do indivíduo no decorrer de sua vida.

¹⁵⁸ PIONTELLI, Alexandra. Psicanalista utilizou pela primeira vez a modalidade ultrassom pré-natal na prática observacional e psicanalítico fetal. Seu pioneirismo se mantém, pois, além do alto custo financeiro para adquirir equipamento de ultrassom médico, necessita de conhecimento específico e ambiente adequado para reproduzir o método utilizado por ela. Por esta razão sua obra constitui-se como única referência neste campo.

¹⁵⁹ WILHEIM, Joana. Psiquismo pré-natal e perinatal. In: CARON, N. (Org). **A relação pais-bebê: da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 135-177, 2000. p. 136.

[...] O conhecimento da psicologia pré-natal é importante tanto para a psicologia evolutiva como para a psicanálise, cujo objeto primordial de estudo é o inconsciente. Com efeito, se considerarmos que todos os fatos ocorridos com o ser antes de ele nascer: a) recebem registro mnêmico, b) que este registro fica guardado apenas no plano do inconsciente, c) que todas as vivências pelas quais passa o ser no período pré-natal farão parte de sua bagagem inconsciente, exercendo influência tanto sobre a sua personalidade pós-natal como sobre a sua conduta e o seu comportamento, e d) que o estudo do inconsciente é o objeto por excelência da psicanálise, conclui-se que o estudo da psicologia pré-natal é de importância fundamental para ela [...].¹⁶⁰

Registros estes, que quando acessados são ressignificados e atualizam comportamentos ao longo da existência. Aí reside grande o interesse e importância terapêutica da psicanálise, pois além de aliviar os sintomas trata pela etiologia o fator determinante destes, e ressignifica o evento desencadeante.

O estágio pré-natal da vida representa uma oportunidade sem par para a prevenção primária de problemas psicológicos, emocionais e físicos que aparecem no desenrolar da vida. É nessa fase que se pode lançar mão de procedimentos preventivos para diminuir a taxa de nascimentos prematuros, morbidade e mortalidade perinatal, assim como de distúrbios psicológicos.¹⁶¹

O período da vida intrauterina é de impacto na condição da saúde, pois contempla a gênese da vida, compreende o maior desenvolvimento do ser humano em menor tempo. Neste período se inscrevem registros no inconsciente, que exercem influência na vida pós-natal. Parece haver um determinismo intrínseco no ser humano, passível de ser observado desde a vida intrauterina que se mantém na extrauterina.

A literatura aponta que, mesmo antes do nascimento, o ser humano é dotado de sentimentos, traços de memória e algum nível de consciência, ou seja, funções superiores como categorização perceptiva, memória e aprendizagem.

Freud teorizou a respeito da continuidade da vida intrauterina em relação à extrauterina: “há uma continuidade muito maior entre a primeira infância e a vida intrauterina do que a impressionante cesura do ato do nascimento nos permite supor¹⁶²”, e continua dizendo [...] é razoável supor que este feto, ou mesmo o embrião tenha uma mente que algum dia possa ser descrita como muito inteligente”.

A relevância da Psicoembriologia segundo Zenidarci¹⁶³ está na descoberta de nova fase do desenvolvimento psíquico do indivíduo, eu ele denomina fase

¹⁶⁰ WILHEIM, Joana. **O que é psicologia pré-natal**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 18.

¹⁶¹ WILHEIM, 2002, p. 27.

¹⁶² FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: **Freud**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v 2. Rio de Janeiro. 1996. Imago (trabalho original publicado em 1895[1950]). P. 162.

¹⁶³ ZENIDARCI, A. Psicoembriologia. Um desafio precoce. **Revista psique: ciência & vida**, 60,2010. P.

umbilical, esta antecede a fase oral de Freud, e seria a primeira fase psíquica do indivíduo, e na suposição de que ocorram registros desta fase inscritos no inconsciente individual.

Os primórdios da vida psíquica de longo tempo interessam a Psicanálise. No entanto, o grande número de estudos se ocupa em entender como se estabelecem os vínculos de afeto do binômio mãe bebê.

Silva¹⁶⁴ ao descrever sobre as primeiras relações materno-fetais diz que foi pela fenomenologia na psicanálise fetal que Winnicott se destacou pela inovação em suas pesquisas e passa a estudar os reflexos da vida pré e pós-natal no psiquismo humano na teoria psicanalítica.

Na verdade, Winnicott trouxe para o cerne da teoria psicanalítica aspectos fenomenológicos até então impensáveis para compreender o desenvolvimento humano a partir da relação materno-infantil, da ideia de paradoxo, do conceito de self, da transicionalidade e principalmente das relações de objetos. Winnicott trouxe, com a sua dialética teórica, contribuições não só para a compreensão da relação mãe-bebê, como também para a relação analista-paciente, muitas dessas, sob forma de paradoxos insolúveis¹⁶⁵.

Continua dizendo que Winnicott contribui muito para a compreensão e aplicabilidade da psicanálise fetal quando associou a fenomenologia as suas práticas clínicas e demonstrou que o vínculo mãe bebê se constrói desde a vida intrauterina.

Se há algum conceito que pode ser colocado no núcleo da revisão psicanalítica proposta por Winnicott, ele certamente diz respeito ao paradoxo essencial no início da vida humana e centrado eminentemente na provisão do cuidado ambiental, tão necessário ao desenvolvimento de todo indivíduo a partir do nascimento. Esse paradoxo foi denominado por Winnicott de processo maturacional ou emocional e não começa com o nascimento, e sim com as primeiras relações, as mais primitivas que toda mãe e todo bebê vão estabelecer, ainda no ventre materno¹⁶⁶.

Winnicott, segundo Silva, demonstra que não é apenas na fisicalidade dos corpos que se encontra o desenvolvimento saudável, também no desenvolvimento emocional primitivo “o desenvolvimento saudável do bebê não é uma questão da fisicalidade dos corpos, e sim uma questão do desenvolvimento emocional primitivo”

167

44-53.

¹⁶⁴ SILVA, Sergio Gomes da. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, p. 31-54, 2016. p. 31.

¹⁶⁵ SILVA, 2016, p. 31.

¹⁶⁶ SILVA, 2016, p. 31.

¹⁶⁷ WINNICOTT. D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.133.

Como já dito, alguma forma do desenvolvimento emocional primitivo deixa registros ou inscrições de vivências afetivas e ou emocionais da vida intrauterina no inconsciente. Estes podem ser rememorados trazendo à tona conteúdos ricos, complexos, variados, muitas vezes ainda não conscientizados. Efeitos destes conteúdos ressoam no tempo e espaço da vida extrauterina como ecos de um passado distante, dando a este, uma continuidade no presente. Por vezes de difícil decodificação, mas de importância para construção de uma vida saudável.

Freud¹⁶⁸ chamou estes registros de traços mnêmicos ou mnésicos e para ele designam algumas vivências que ficam inscritas na memória como um traço, uma marca, porém, sem registro consciente.

Winnicott chamou estes registros de memória corporal, e mostra que do ponto de vista do bebê nada lhe passa despercebido, por menor que seja. Embora seus estudos tivessem foco no binômio materno fetal seus resultados apontam na busca das peculiaridades e individualidades do feto já na sua vida intrauterina.

A psicanálise, do ponto de vista da teoria do desenvolvimento maturacional ou emocional, preocupa-se com o ser humano desde a concepção, e como tal prossegue na sua investigação através da vida intrauterina, do nascimento, verificando como o feto se transforma em uma criança viva que alcança a maturidade na adolescência, ocupando o seu lugar no mundo na idade adulta, até chegar à velhice e à morte¹⁶⁹.

Durante seu trabalho na clínica Winnicott obteve evidências trazidas pelo processo terapêutico de seus pacientes, que lhe permitiram afirmar que as memórias pertencem a momentos anteriores ao nascimento, e podem influenciar o viver na vida extrauterina.

A experiência clínica psicanalítica, sobretudo com sujeitos regredidos, forneceu a maior parte das evidências de que ele necessitava para ter certeza de que essas memórias pertencem a um momento anterior ao nascimento, pois nada daquilo que um ser humano vivencia, mesmo em útero, é desperdiçado. Winnicott¹⁷⁰

Suas considerações clínicas foram corroboradas pelos relatos dos seus pacientes ao associarem nas suas descrições terapêuticas sintomas pertinentes a vivências do ambiente intrauterino tais como:

Virar-se, cair, sensações que dizem respeito à passagem do meio líquido para o território seco, mudanças de temperatura, suprimento de oxigênio e

¹⁶⁸ FREUD, 1996, p. 33.

¹⁶⁹ WINNICOTT, 1990, p. 51.

¹⁷⁰ WINNICOTT, 1990, p. 77.

do alimento através do cordão umbilical, capacidade de se alimentar ao seio ou pelo próprio esforço de obter alimento, respiração, propriocepção corporal, etc.¹⁷¹

Estes relatos quando relacionados à motivação atual da necessidade de terapia faziam muito sentido dando significado aos problemas atuais. Possibilitaram avanços terapêuticos incríveis, inclusive com reflexos positivos na relação cuidando cuidador.

Os registros, traços mnêmicos ou mnésicos ou memória corporal são autênticos, legítimos e exclusivos, mostram que já existe um ser humano capaz de reter vivências, acumular memórias positivas ou negativas e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas, mesmo antes do nascimento. Estes registros dizem respeito a instância mais profunda do ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade (espiritual/ontológico).

A continuidade entre os registros de memórias corporais originados na vida intrauterina se refere de alguma forma a identificação ao “começo da criança” enquanto “ser”, como um recém-chegado ao mundo, de modo a experienciar a “continuidade da existência” da vida intrauterina. Para Winnicott o que importa é que o sentido de continuidade da existência, que já está presente desde o útero, seja preservado nas condições ambientais na vida extrauterina¹⁷².

Wilhelm, psicanalista que contribuiu muito com a psicoembriologia e psicanálise fetal nas últimas décadas, pela sua prática analítica tem se ocupado em pesquisar vestígios de inscrições na mente humana de vivências traumáticas pré-natais. Seus estudos contribuíram com três importantes teses. Em sua primeira tese ela sustenta que:

No fundo das nossas mentes está depositada uma matriz básica que contém os *imprints* – feitos por meio de uma memória celular – de todo o processo de nossa experiência biológica, desde a formação de cada uma das nossas duas células básicas germinativas – espermatozoide e óvulo – até o momento de nosso nascimento.[...] tudo que ocorre com o ser, desde os primórdios de sua existência biológica [...] tem registro, e que este registro, feito por meio de uma memória celular, está guardado nos nossos arquivos de memória, uma espécie de banco de dados inconsciente [...]¹⁷³.

Sustenta que a vivência de todo o processo biológico, desde a concepção, pode ser registrado na mente, por memória celular. Que estes registros se depositam

¹⁷¹ WINNICOTT, 1990, p. 64.

¹⁷² SILVA, 2016, p. 54.

¹⁷³ WILHEIM, 2002, p. 24.

numa matriz básica que os armazena de forma inconsciente, como se fosse um banco de dados.

Na sua segunda tese reflete sobre a ativação destes registros inconscientes e produção de comportamentos ao longo da existência.

Esta matriz básica fornece a matéria prima para a produção das nossas *phantasias* inconscientes que irão se manifestar no decorrer das nossas vidas toda vez que um fato da realidade atual esbarrar num destes registros básicos. Neste momento, o que está contido neste “corpúsculo” de memória evocado na matriz básica, irá aflorar e se instalar no nosso espaço mental com todo o colorido afetivo-emocional pertencente a esta primeira experiência original que está sendo evocada. Assim será para as emoções básicas de angústia, inveja, ciúme e para os sentimentos de rejeição, exclusão, abandono, desamparo, miséria, privação; mas também para os de adoção e de acolhida – só para mencionar alguns. Assim podemos considerar que estas emoções são *phantasias* – memórias emocionais, evocações, transferências¹⁷⁴.(grifo nosso).

Algum evento relacionado muito provavelmente com afeto e emoções pode ativar estes registros da matriz basal. Quando ativados reproduzem as matizes do colorido afetivo emocional que o inscreveu. Este entendimento é muito importante para conduzir a abordagem clínica e efetivar a terapia na autocura, pois ao acessar o registro este é ressignificado. Este cuidado em facilitar para que o indivíduo seja o agente de sua terapia o leva ao protagonismo da sua condição de saúde, pela integralidade do cuidado na complexidade só ser humano. O que equivale a dizer, que se religa a sua gênese, energia primordial.

Sua terceira tese diz respeito às representações psíquicas dos registros.

Assim, *phantasias* são memórias. Elas correspondem às representações psíquicas dos *imprints* de nossas impressões sensoriais iniciais [elementos beta] que estão inscritas, matizadas pelo colorido afetivo-emocional daquilo que estava sendo experimentado no exato momento em que o fato original estava acontecendo. O fato – registrado pela memória celular – ocorria em um momento em que a mente não tinha ainda condições para “saber” a seu respeito. O seu armazenamento pode ter sofrido distorções, superposições ou deformações. Mas o colorido básico se mantém¹⁷⁵.

Os registros mnêmicos se inscrevem por afeto e ou emoções e seu momento de inscrição é passível de determinação, pois todo o processo biológico, desde a concepção, pode ser registrado na mente, por memória celular. Ao datar o momento da inscrição e correlacionar a morfologia humana podemos chegar à idade gestacional

¹⁷⁴ WILHEIM, 2002, p. 24.

¹⁷⁵ WILHEIM, 2002, p. 24-25.

da inscrição do registro. Ao ressignificar o registro podemos chegar ao evento afetivo emocional que o determinou.

Das suas três teses, esta certamente fornece o suporte epistemológico para compreender que às memórias correspondem representações das impressões sensoriais primordiais matizadas pelo colorido afetivo emocional daquilo que estava sendo experimentado no exato momento em que o fato original estava acontecendo.

Ao longo do tempo, o armazenamento pode ter sofrido distorções, superposições ou deformações, mas o colorido básico se mantém. Pode-se assim dizer que, este colorido dos registros na matriz básica está no ser do sujeito, na sua profundidade espiritual, ontológica.

Esta compreensão do conhecimento na complexidade e multidimensionalidade do ser humano encontra aplicabilidade imediata na clínica no dia a dia e leva ao autoconhecimento do indivíduo tornando-o protagonista da sua condição de saúde e agente de autocura. Ao tomar consciência de si empodera-se onto-antropologicamente abre sua consciência para si e além de si. Vivenciar processo terapêutico nesta profundidade é vivenciar a integralidade do ser humano, é entrar em contato com sua energia primordial, vital criadora.

A compreensão destes eventos é fundante para elevar os cuidados na saúde pública, em especial na rede materno fetal (rede cegonha). Comportamentos sociais negativos que desvelam a exclusão, o sentimento de não pertencimento pode estar relacionado a vivências não agradáveis na vida intrauterina.

[...] Os sentimentos negativos de abandono, desamparo, pessimismo, desesperança, desconfiança têm suas raízes fincadas na experiência pré-natal. Lembre-se de que, desde as primeiras situações da vida biológica, houve experiência de rechaço fisiológico e rejeição imunológica, que também receberam *imprints*, deixando marcas negativas. A partir destas, no decorrer da vida, são emitidos sinais negativos do tipo: "não sou desejado", "não sou querido", "não sou aceito", "não sou acolhido", "não pertença", reproduzindo, em outro nível, a angústia sentida pelo ser por ocasião do primeiro registro pré-natal [...].¹⁷⁶

Eventos pré-natais podem influenciar condutas pós-natais, determinando padrões onto-antropológicos de ações e comportamentos atuais que interferem na condição de saúde e nos demais setores da intersectorialidade.

Novas perspectivas se abrem ao considerar o ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade, pois ao que tudo indica a vida do ser humano,

¹⁷⁶ WILHEIM, 2002, p. 60-61.

inclusive intrauterina seja inteligente, sensível, ponte que se estende para a vida extrauterina.

Se considerarmos que todos os fatos que ocorrem no período pré-natal recebem registro mnêmico; que esse registro se dá e fica guardado apenas no nível do inconsciente; que todas as vivências pelas quais passa o ser no período pré-natal irão fazer parte de sua bagagem inconsciente, exercendo influência tanto sobre a personalidade pós-natal como sobre sua conduta e seu comportamento; e sendo o inconsciente o objeto por excelência da Psicanálise, conclui-se que o estudo do psiquismo pré-natal é de importância fundamental para esse campo de conhecimento.¹⁷⁷

Entender o ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade é considerar que “há evidência que a história de cada ser humano se inicia a partir do nascimento de cada célula germinativa que traz em si registros feitos por meio de memórias bioquímicas”¹⁷⁸. Desta forma, os eventos que ocorrem na vida intrauterina são fundantes para o bem viver tanto na condição de saúde quando nos demais setores da intersectorialidade.

Possuir tecnologia segura para acessar a partir da vida extrauterina eventos marcantes da vida intrauterina inscritos na matriz existencial e que, quando ativados ou rememorados atualizam ações para o bem da vida, é utilizar seu potencial criativo, vital cognitivo para promoção, prevenção, recuperação e autocura na sua condição de saúde.

5.4 Contribuição do ultrassom na compreensão do psiquismo fetal

O método de ultrassom pré-natal pode ser associado à psicanálise fetal, possibilitando a compreensão do psiquismo fetal.

5.4.1 Vida intrauterina com reflexos na vida pós-uterina

O avanço tecnológico na medicina, em especial o método diagnóstico por imagem na modalidade ultrassom e sua utilização na obstetrícia, despertou o interesse da comunidade científica de outras áreas assistenciais, entre elas a psicanálise. Convém salientar que os estudos psicanalíticos intrauterinos levam em conta o binômio materno fetal e suas inter-relações com o meio ambiente no qual está

¹⁷⁷ WILHEIM, 2000, p.136

¹⁷⁸ GOLFETO, J. H. Psiquismo pré e perinatal. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n.2, p. 307-323. 1993. p. 305.

imerso, bem como fatores externos pertinentes, porém há nítida individualidade na intencionalidade fetal.

A psicanalista Alessandra Piontelli¹⁷⁹ associou o método de ultrassom pré-natal à psicanálise fetal, desta forma elevou os exames de imagem de avaliação orgânica para estudos observacionais pelo método de Ester Bick¹⁸⁰.

Realizou seus estudos na Clínica Tavistock em Londres e sua temática versou sobre o comportamento fetal, etologia e psicanálise. Seus objetivos foram produzir conhecimentos a respeito das interações do feto com o meio intra e extrauterino; a influência materna no desenvolvimento físico e emocional do feto; a existência de uma continuidade entre a vida intra e extrauterina, no que diz respeito às características de personalidade do feto; na reflexão sobre o caráter preventivo do estudo do psiquismo fetal e na importância da intervenção precoce.

Sua amostra constitui-se de onze fetos (três gestações simples e quatro gemelares heterozigóticas) os quais eram avaliados de cinco a seis vezes por mês, durante a vida fetal, ou seja, da décima semana em diante até o nascimento. Após o nascimento manteve as observações destes recém-nascidos por quatro anos. O seu trabalho é considerado um dos pilares para a compreensão do psiquismo humano no período pré-natal, e suas contribuições reforçam a singularidade fetal.

Através das manifestações somáticas e motoras do feto a psicanalista buscou inferir um funcionamento mental, uma vez que os movimentos fetais representam um meio de comunicação com o ambiente.

[...] O que chamava minha atenção nessa ocasião (durante um ano observei semanalmente várias gestações) era a riqueza e a complexidade dos movimentos que se podiam observar desde os estágios mais iniciais. Muito antes das mães poderem perceber qualquer desses movimentos, os seus bebês eram capazes de sugar, espreguiçar, coçar, bocejar, esfregar as mãos e os pés. Também me surpreendeu, nesses estágios iniciais, a liberdade de movimentos que cada feto era capaz de desfrutar no líquido amniótico. Com o pleno impacto da força da gravidade no nascimento, essa liberdade deixa

¹⁷⁹ PIONTELLI, Alessandra. **De feto a criança** – um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

¹⁸⁰ O método de observação de bebês (O.B) criado por Esther Bick em Londres no ano de 1948 visa prover experiência prática com bebês. O método propõe que um observador acompanhe o desenvolvimento de um bebê em seu meio familiar até a idade de um ou dois anos, de preferência a partir das últimas semanas da gravidez ou logo depois de seu nascimento. As observações são realizadas semanalmente na casa do bebê, em horários previamente combinados. O setting específico da Observação de Bebês, fundamental para o trabalho, é constituído pela regularidade dos horários, pela frequência das observações e pela atitude de não interferência do observador. O processo de observação é ainda acompanhado por um seminário semanal com um grupo de observadores. Nesse seminário são discutidos os relatórios de observação, elaborados em narrativa escrita, o mais pormenorizada possível.

de existir, pelo menos por algum tempo, e, nesse sentido, um bebê torna-se um ser muito mais impotente do que era antes [...].¹⁸¹

Sugere que através dos movimentos o feto já seja um indivíduo com preferências e até personalidade própria, e que estes movimentos sejam decorrentes das atribuições das características pessoais e personalidade individual. “quando o comportamento se repete em cada observação, vai-se adquirindo gradualmente a convicção de que o comportamento tem uma consistência e um significado que precisam ser entendidos”¹⁸².

Para ela, cada feto apresenta uma maneira única de se comportar e de agir, o que fica mais evidente em gestações gemelares heterozigotas nos quais os gêmeos diferem em suas identidades individuais.

[...] À medida que minha experiência se desenvolvia, ficava cada vez mais impactada pela individualidade dos movimentos de cada feto, pelas suas posturas e reações preferidas. Não podia mais considerar os fetos observados por mim como não sendo pessoas, uma vez que cada um deles parecia já como sendo um indivíduo com personalidade própria, preferências e reações. Cada feto também parecia relacionar-se de formas diferentes com o seu próprio ambiente e os vários componentes que faziam parte dele [...].¹⁸³

Mesmo considerando que suas observações levam em conta o binômio materno fetal sua atenção se volta para individualidade fetal, valoriza o comportamento materno como fator de desenvolvimento emocional do feto, mas valora o desenvolvimento fetal pelas suas capacidades a partir da sua energia primordial.

O feto não é um ser passivo que se desenvolve em absoluto isolamento e silêncio, mas interage com o meio intra e extrauterino através de seus movimentos, o ambiente no útero não é estático ou homogêneo, ao contrário, ele muda continuamente durante a gestação e cada feto habita um ambiente único, sujeito a diferentes e singulares experiências e estimulações.

A observação fetal no seu ambiente mostra que as interações são únicas e autênticas, “cada feto parecia relacionar-se de formas diferentes com seu próprio ambiente e os vários componentes que fazem parte dele”.¹⁸⁴

Em suas minuciosas observações a psicanalista sugere a existência de continuidade em aspectos da vida pré e pós-natal. Cada feto tinha maneiras

¹⁸¹ PIONTELLI, 1995, p. 23.

¹⁸² PIONTELLI, 1995, p. 23-24.

¹⁸³ PIONTELLI, 1995, p. 23.

¹⁸⁴ PIONTELLI, 1995, p. 23.

características de comportamento que, de até certo ponto e de alguma forma continuaram na vida pós-natal, mesmo após alterações bruscas provocadas pelo nascimento e pela natureza do novo meio ambiente.

[...] O que meus achados sugerem é que a interação entre inato e adquirido começa muito mais cedo do que habitualmente se considera, e de que certas experiências pré-natais podem ter efeito emocional profundo sobre a criança, especialmente se tais acontecimentos são reforçados pelas experiências pós-natais [...] O modo como cada criança reagiu ao nascimento pareceu consistente com as tendências individuais já bem definidas com o seu passado¹⁸⁵.

Isso sugere que as vivências intrauterinas permanecem registradas em memórias latentes, quando ativadas podem exercer efeito sobre a psique da vida extrauterina, tanto no aspecto da vida saudável ou patológico “há uma ligação sutil de continuidade comportamental e psicológica se estendendo do feto ao bebê e do bebê a criança”.¹⁸⁶ Estas memórias latentes, embora esquecidas, são revividas inconscientemente na vida pós-natal.

Meus achados, tanto para crianças que observei antes e depois do nascimento, como para aquelas que tratei psicanaliticamente, sugerem que, embora pareça pouco provável que as crianças se “lembrem” de suas experiências dentro do ventre e de seus nascimentos, tais experiências são constantemente revividas e relembradas a medida que eles crescem e se desenvolvem.¹⁸⁷

Neste sentido, encontra indícios de vivências do estágio fetal na vida extrauterina. Assim, ao que tudo indica os mecanismos de controle não conseguem reprimir ou controlar os registros inscritos na matriz basal durante a vida intrauterina. Os mecanismos conscientes não os conseguem reprimir ou controlar. Ao se manifestar trazem as matizes do colorido das emoções na potência dos eventos que os inscreveram na matriz basal (existencial) do ser humano.

[...] pareciam no mínimo, incapazes de “reprimir” ou “esquecer” algumas das sensações a este pertencentes, e este fato parece ter prejudicado o seu movimento para frente em direção a vida. A maioria destas crianças parecia de fato, estar presa a uma reedição fatídica de um passado incongruente.¹⁸⁸

Assim, percebe-se que estas memórias embora latentes não sejam inertes, influenciam no comportamento do ser humano ao longo da sua existência provando que o inato e o adquirido convivem e se misturam “dentro do útero, no entanto, o feto

¹⁸⁵ PIONTELLI, 1995, p. 15.

¹⁸⁶ PIONTELLI, 1995, p. 35.

¹⁸⁷ PIONTELLI, 1995, p. 37-38.

¹⁸⁸ PIONTELLI, 1995, p. 48.

está sujeito a uma quase constante e variada estimulação e, por conseguinte, o inato e o adquirido estão de fato se misturando todo o tempo desde o início”¹⁸⁹. Mesmo que o inato seja ao longo da vida extrauterina modificado, distorcido e confundido com vivências posteriores

Na atualidade reconhece-se que os fatos ocorridos na vida intrauterina influenciam no desenvolvimento bioevolutivo e psicoafetivo do indivíduo, pois se entende que o feto é possuidor de sensações, percepções, sensibilidade e traços rudimentares de personalidade.

Sem dúvida que a utilização da ultrassonografiana psicanálise fetal inaugurou nova fase de descobertas do psiquismo humano, pois através dos movimentos e reações fetais foi possível conhecer informações a respeito das funções sensoriais, funções cerebrais e identificar traços iniciais de personalidade, prevendo futuros comportamentos do bebê.

Do estudo de Piontelli as considerações mais importantes podem ser assim sintetizadas: os recém-nascidos continuam a apresentar as mesmas características individuais observadas na vida fetal; que os padrões de conduta e de comportamento dos fetos aparecem muito cedo na vida intrauterina (estudou apenas a fase fetal), tanto em gestações singulares, como nas gemelares heterozigóticas; nos gêmeos, cada um dos irmãos apresenta um padrão de comportamento próprio, singular e bem definido, e o padrão de interação entre eles aparece ainda intraútero, com características próprias, que nortearam os comportamentos na vida pós-natal; existe uma intencionalidade nos gestos e movimentos.

Os estudos de Piontelli corroboram com as teses de grandes nomes da psicanálise como Freud, Winnicott, Wilhelm sobre as memórias em relação ao psiquismo pré-natal, ampliaram e fundamentaram conceitos psicológicos e psicanalíticos em relação às características individuais e diferenças de personalidade evidentes e marcantes desde o período fetal manifestando-se com as mesmas peculiaridades da vida pré-natal na pós-natal.

5.5 Arteterapia e o processo criativo: tomando o exemplo do fazer pictórico espontâneo

¹⁸⁹ PIONTELLI, 1995, p. 49.

Em criar pela arte, o ser humano liga sua dimensão vertical a profundidade espiritual buscando a transcendência, e sua dimensão horizontal a abertura do seu ser até a abertura de sua consciência no seu agir e fazer no mundo, diante de suas vivências socioculturais.

O fazer pictórico espontâneo estabelece comunicação a partir de vivência criativa de ligação orgânica através de imagens que desvelam autenticidade da verdade desvelada pela arte. Estas imagens são símbolos, sendo culturais quanto a forma e terapêuticos quanto ao conteúdo. Nesta comunicação a mediação da imagem é para “tornar a ver” nova dimensão do ser, com o desejo de retornar a harmonia original. A imagem, uma vez nascida, cria conceitos que ressoam incondicionalmente e repercutem numa fala original do indivíduo acerca de si e do mundo em que vive.

O nascimento da imagem está naquele “princípio” em que somente o verbo era e estava – não como abandono, mas como pura presença. Ganha forma e textura quando se manifesta aos olhos através da criação da imagem, ato por si também de encarnação. Uma vez nascida e saída destas condições, é, na verdade, para este lugar anterior ao verbo enunciado que deseja retornar a imagem¹⁹⁰.

Ao inserir o elemento subjetivo e objetivo, na vivência é auto-organização e na recepção é terapêutico e teológico. Desta forma, a comunicação que a imagem estabelece é revelação, pois o símbolo demonstra a partir da estrutura do sujeito o “caráter existencial e transcendente da imagem”, na consciência de sentido, cujas implicações são universais, à medida que tocam em questões últimas da vida, encontrando sua interface com a teologia. Assim, estabelece relação científica com um objeto cultural – não para superar a ciência com a revelação, mas para fazer ciência sob a expectativa de revelação.

O caminho criativo em Arteterapia tem o propósito de concretizar, dar forma e materialidade ao que é intangível, difuso, desconhecido ou reprimido. Sonhos, conflitos, desejos, afetos, energia psíquica que é bloqueada e precisa liberar-se e fluir, ganhar concretude e poder plasmar e configurar símbolos, que, assim, cumprem sua função de comunicar, estruturar, transformar e transcender¹⁹¹.

¹⁹⁰ MARÇAL, Joe. POR UMA TEOLOGIA DA IMAGEM EM MOVIMENTO uma troca de olhar com o cinema a partir da obra de Andrei A.Tarkovski, no horizonte da teologia de Paul Tillich. p104-105.

¹⁹¹ PHILIPPINI, s/d.

Para Dittrich, o entendimento mais aprofundado sobre as dimensões constitutivas do ser humano, tanto do ponto de vista de fundamentos filosóficos, psicológicos, educacionais remete a mudanças estruturais dentro duma organização.

a estrutura e a organização do ser humano, como ser complexo por ser vida e ter vida, possuem a dinâmica da auto-organização de processos vitais e cognitivos que sustentam a dinâmica de comunicação nos seus níveis biológico, psíquico, espiritual, sociocultural e ambiental.¹⁹²

Há um determinismo intrínseco, onde a ação é determinada pelas mudanças da estrutura, e esta, de alguma forma é determinante como indutor da autopoiese na complexidade e multidimensionalidade humana.

Nesta arquitetura orgânica existe um sistema operacional complexo, de intenso movimento, para que, como um todo complexo vivo, inteligente e sensível, conserve-se e interaja num processo de **constante auto fazer-se** diante das perturbações do meio¹⁹³.

Este auto fazer-se, ou seja, a produção e produto de si mesmo é autopoietico. Dittrich continua dizendo que a

Potência de ser emerge da estrutura biopsicoespiritual e esta se forja diariamente na maneira de ser do humano nas relações consigo, com o outro, com a natureza, com o universo, com Deus, Fundamento Último do seu Ser, ou seja, nas inter-relações com o meio. O meio é parte do real, onde se vivem relacionamentos que são expressões vivas do poder de ação das capacidades (potência para ser) e realizações (produção de atos para a inserção no social, tendo em vista a realização do ser criativo, reflexivo e crítico do humano). Que se expressam em realidade pensada e vivida na percepção, que pode ser compreendida em diversos níveis¹⁹⁴.

Desta forma, poderíamos parafrasear Jung e dizer que o ser humano constitui uma unidade vital autônoma e completa em si mesma, e as imagens que integram a psique são uma estrutura riquíssima de sentido, as quais pela arte podem ascender. Torna-la consciente é reconhecer-se e ressignificar-se diante de si, do outro, da natureza e da transcendência.

No gesto, durante o processo criativo, estariam contidos elementos capazes de harmonizar as forças centrípetas (de preservação, conservação e integração) e as centrífugas (de exclusão, eliminação e marginalização). Forças essas sintomáticas dos modos tradicionais de organização social e figuradas nos ritos mágicos de incorporação, entendida como supressão do diferente. Abre-se uma passagem em

¹⁹² DITTRICH, 2010, p. 63.

¹⁹³ DITTRICH, 2010, p. 63.

¹⁹⁴ DITTRICH, 2010, p. 65.

direção à experiência maior de um modo de vida original, primitivo e, portanto, espiritual¹⁹⁵.

É através do processo criativo, que a arteterapia, o cuidado da vida pela arte, utiliza o fenômeno da criatividade intrínseca humana, atributo onto-bio-psico-espiritual, expressa processos da existência, que tem seus registros mnêmicos inscritos na matriz existencial (energética vital criadora, energia primordial), do tempo primordial, relacionado à instância ontológica do ser humano.

Desta forma, o ser humano se auto-organiza em todo o seu ser biopsicoespiritual, social, cultural e ambiental, pois entra em contato com sua energia primordial que o leva a transcendência e desvela a força transformadora da criatividade, da gênese: o ser humano é uma contínua criação. Entendido assim, a obra de arte não representa, ela é; tem comunicação própria a partir da pureza do primitivo onde se encontra o espiritual.

O aprofundamento deste processo pessoal utilizando a arte espontânea como terapia, ocorre por meio da criação-reflexão-criação. As emoções, os sentimentos e as imaginações fluem com mais naturalidade. O pensamento torna-se mais claro. As ações de afetividade são mais espontâneas e autênticas. O ser humano sabe melhor o que quer e gosta, emergindo da obra de arte, sinal de esperança para encontrar força biopsicoespiritual para enfrentar as adversidades da vida, como oportunidades para a descoberta de poder ser por si mesmo, o que indica superação, desenvolvimento, descoberta de sentido para viver. Contínua ativação de potencialidades para enfrentar as adversidades, elabora a subjetividade e a objetividade da criação humana.

Assim, a vida se consagra expressão sublime de criatividade e espiritualidade em um corpo-criante, ser humano, que diante de suas emoções descobre o que fazer para viver melhor e com significado.

Desta forma, a arteterapia é modalidade terapêutica forjadora de significação de vida, oportuniza o reconhecimento legítimo de sua maneira de ser no mundo, e esta lhe confere a tomada de consciência sobre a sua criatividade como processo de poder ser e aprender para descobrir novas formas de viver. Defende Bergson¹⁹⁶: “a

¹⁹⁵ DITTRICH, 2018, p. 26.

¹⁹⁶ BERGSON, Henry. **La energía espiritual**. Madrid: Espasa-Calpe, S.A, 1982. p. 54. Em construções simbólicas do presente, que ao serem simbolizadas liberam os nós energéticos, no processo da criação-reflexão-criação, e permitem flexibilizar e harmonizar a dinâmica da potência em ato, atualizando as ações do Ser humano no mundo.

experiência nos mostra que a vida da alma, ou se preferires a vida da consciência, está unida à vida do corpo, e existe solidariedade entre ambas, nada mais.”

Se pudéssemos representar esta dinâmica, poderíamos utilizar o círculo com as palavras, na intenção de dizer que o ser humano possui em si o eterno recomeço, o movimento da vida, sopro de sua existência, e que pode a todo o momento se ressignificar se autodirecionando ao sagrado que está em si, a sua energia primordial, ao seu criador, a sua transcendência, conforme a Figura 5.

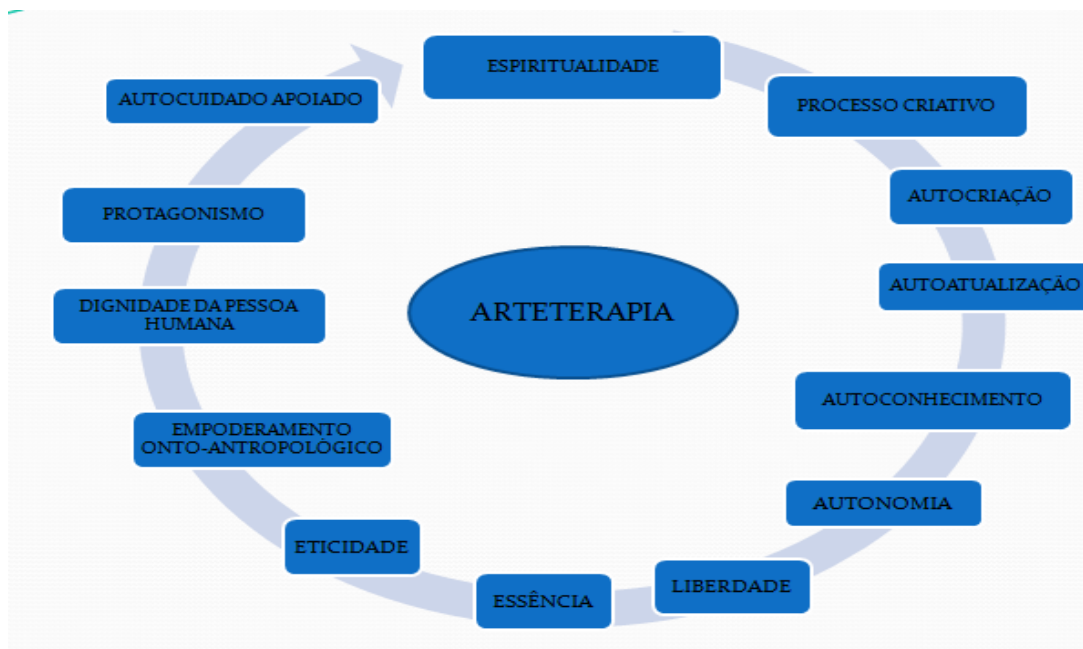


Figura 5 – Arteterapia

Fonte: a autora

5.6 Arteterapia: ponte entre espiritual, o biológico e o psíquico

Durante a revisão sistemática, despertou especial interesse um fazer pictórico espontâneo que se encontra no anexo I da obra de Koefender, intitulada arteterapia como estratégia na sustentação do fato de interesse jurídico no processo penal, conforme Figura 6.



Figura 6 - Fazer pictórico espontâneo

Fonte KOEFENDER¹⁹⁷

A partir desta pintura que representa a junção das regras da natureza e da cultura, reconstituiremos a busca pelos registros mnêmicos da vida intrauterina a partir do referencial em pessoa adulta. Para tanto, definimos como estes registros mnêmicos imagens de figuras humanas do período embrionário e fetal, compreendendo assim, todo o período da vida intrauterina. Os registros mnêmicos reúnem a energia psíquica e a forma. A energia é o movimento interno inconsciente e a forma aquilo que é expresso na arte e se torna consciente (a figura do humano completa).

Ao encontrá-los teremos a confirmação de que a pessoa que realizou o processo criativo entrou em contato com seu tempo primordial elaborando memórias do passado, inscritas no tempo forte de sua criação, tempo da vida intrauterina.

Após verificar a existência destes, relacionaremos eles a embriologia e sonoanatomia pré-natal, que nos permitirão datar o momento da sua inscrição na matriz basal (existencial) do ser humano. Para datá-los utilizaremos a idade gestacional ecográfica em semanas. Desta forma, teremos o momento, quase exato da inscrição dos registros mnêmicos. Em outras palavras, naquele momento, algum evento afetivo emocional inscreveu estes registros mnêmicos na matriz existencial, e que permanecem até o momento do fazer pictórico espontâneo, desvelado pela imagem, num símbolo forte, que remete a energia primordial.

Ao longo do tempo, o armazenamento pode ter sofrido distorções, superposições ou deformações, mas os registros permanecem na matriz básica que

¹⁹⁷ KOEFENDER, M. **Arteterapia como estratégia na sustentação do fato de interesse jurídico no processo penal**. Monografia em Direito, Anexo I. Univali, Itajaí, 2013. p. 96.

está no ser do sujeito, na sua profundidade espiritual, ontológica. Posteriormente relacionaremos os registros mnêmicos a psicoembriologia e psicanálise fetal que nos auxiliarão a compreender a dimensão e profundidade que o cuidado através da arteterapia pode proporcionar na condição da saúde, bem como na intersectorialidade.

Estabelecido o registro mnêmico e o momento do evento significativo que o determinou, teremos oportunidade de oferecer referencialidade para o autor da obra de arte pensar a sua situação existencial atual, e reconhecer-se e ressignificar-se diante de si, do outro, da natureza e da transcendência. É nesta ação que se desvela a integralidade do ser humano, na complexidade e multidimensionalidade, onde assume sua dimensão onto-antropológica.

A arteterapia, por ter a faculdade de ser caminho para alcançar os registros mnêmicos, demonstra sua potencialidade para efetivar a unificação onto-antropológica do ser humano. Comparando as imagens oriundas da arteterapia através do fazer pictórico espontâneo com a morfologia humana na vida intrauterina descrita pela embriologia e sonoanatomia, selecionamos algumas que, pela sua riqueza de detalhes, são facilmente identificadas por pessoas sem habilidades técnicas no setor saúde, conforme a Figura 7.



Figura 7 - Fazer pictórico espontâneo com a morfologia humana na vida intrauterina

Fonte: KOEFENDER¹⁹⁸

Posteriormente relacionamos a morfologia das imagens das figuras humanas a embriologia e sonoanatomia. Pela sonoanatomia empregamos a biometria e

¹⁹⁸ KOEFENDER, 2013, p. 96.

determinamos a idade gestacional, momento da vivência intrauterina que determinou a inscrição do registro mnêmico na matriz existencial, conforme a Figura 8.

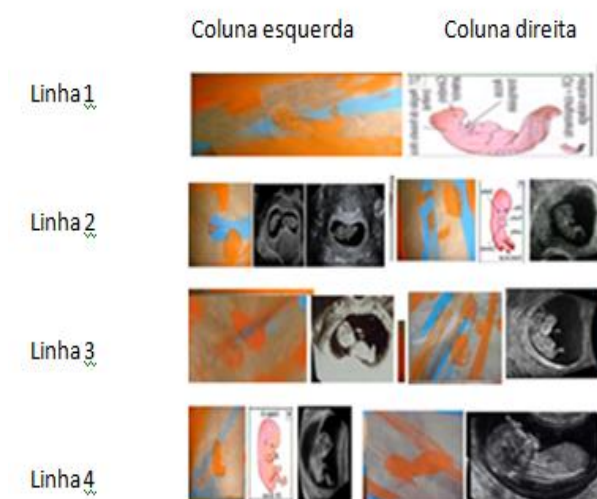


Figura 8 - Morfologia das imagens das figuras humanas a embriologia e sonoanatomia

Fonte: KOEFENDER¹⁹⁹; MOORE²⁰⁰; CERRI²⁰¹

- 1 Iniciando a sistematização da linha superior em direção inferior, a primeira imagem chama atenção pela precocidade da vida, com idade gestacional de quatro semanas. Ou seja, com apenas quatro semanas de vida o ser humano tem capacidade de produzir registro mnêmico na sua matriz existencial. O que quer dizer, que, muito precocemente consegue se comunicar simbolicamente. Neste período a tecnologia mais apurada dos equipamentos de ultrassom tem dificuldade de demonstrar o embrião, utilizando-se de outros dados, como saco gestacional e vesícula vitelina para definir a idade gestacional. Enquanto o fazer pictórico espontâneo trouxe a figura deste embrião rico em detalhes quando comparado à embriologia, conforme a Figura 9.

¹⁹⁹ KOEFENDER, 2013, p. 96.

²⁰⁰ MOORE, 2016, p. 1-3.

²⁰¹ CERRI; PASTORE, 2002, p. 22.

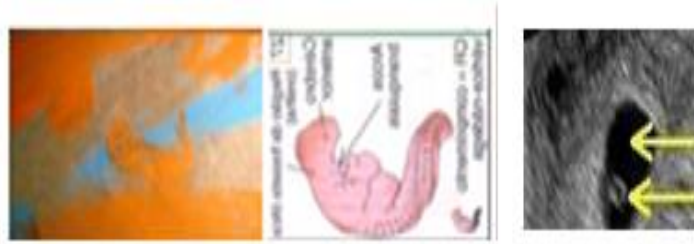


Figura 9 - Embrião
 Fonte: KOEFENDER²⁰²; MOORE²⁰³; CERRI²⁰⁴

Mostra que já existe um ser humano capaz de reter vivências, acumular memórias positivas ou negativas com apenas quatro semanas. Bem como, mostra que do ponto de vista do bebê nada lhe passa despercebido, por menor que seja. Outro aspecto importante diz respeito ao que a psicanálise fetal diz, que, não é apenas na fisicalidade dos corpos que se encontra o desenvolvimento saudável, pois neste caso, com a melhor tecnologia a ciência biomédica não consegue demonstrar um corpo, apesar de estar em desenvolvimento.

Novamente fica evidente a potencialidade da arteterapia como caminho para acessar registro mnêmico, e inclusive datar o período de sua inscrição com precisão maior, que a melhor tecnologia de ultrassom disponível na atualidade.

- 2 Na imagem seguinte, que corresponde à coluna da esquerda da segunda linha, temos a transição do período embrionário para fetal, correspondendo à idade gestacional de 9-10 semanas. Este é um período relevante a fase embrionária é o período de formação do ser humano. No final da nona semana, quando já formado, passa a chamar-se de feto, onde os eventos mais importantes dizem respeito ao crescimento, conforme Figura 10.

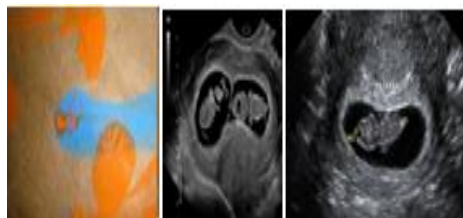


Figura 10 - Período embrionário para fetal
 Fonte: KOEFENDER²⁰⁵; MOORE²⁰⁶; CERRI²⁰⁷

²⁰² KOEFENDER, 2013, p. 96.

²⁰³ MOORE, 2016, p.1-3.

²⁰⁴ CERRI; PASTORE, 2002, p. 22.

²⁰⁵ KOEFENDER, 2013, p. 96.

²⁰⁶ MOORE, 2016, p.1-3.

²⁰⁷ CERRI; PASTORE, 2002, p. 22.

- 3 Na terceira linha temos imagem fetal que aparece delineada na ausência da cor, conforme a Figura 11, e corresponde à idade gestacional de aproximadamente 11 semanas. Este fenômeno pode demonstrar período crítico de vivência intrauterino com risco de não ser.

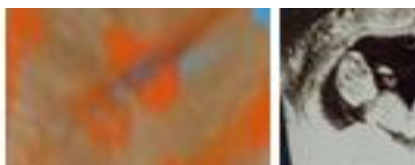


Figura 11 - Imagem fetal na ausência de cor

Fonte: KOEFENDER²⁰⁸; CERRI²⁰⁹

Nas imagens seguintes, Figuras 12 e 13, da coluna à direita da segunda linha, e da coluna à direita da terceira linha temos fetos com idade gestacional aproximada de 11-12 e 13-14 semanas. Apresentam muita semelhança das formas do fazer pictórico espontâneo em relação à morfologia da embriologia e sonoanatomia. Por estarem em maior quantidade e com idades próximas, podemos questionar se neste período ocorreram mais eventos determinantes dos registros mnêmicos ou se neste período, fetal precoce, o feto é mais suscetível. Outro aspecto importante é o preenchimento das figuras humanas, o que pode estar relacionado à superação do evento anterior.



Figura 12 - Fetos 11/12 semanas

Fonte: KOEFENDER²¹⁰

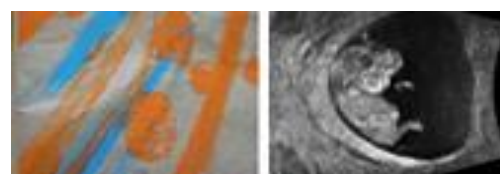


Figura 13 - Fetos 12/13 semanas

Fonte: KOEFENDER²¹¹; CERRI²¹²

Neste período podemos relacionar aos registros mnêmicos a posição e situação fetal, conforme estudos de Piontelli. Correlação esta pode avançar no entendimento da dificuldade do momento da vivência atual. Por exemplo, o virar na vida intrauterina relacionado com a psicanálise fetal ao cair, ao perder-se de si; o

²⁰⁸ KOEFENDER, 2013, p. 96

²⁰⁹ CERRI; PASTORE, 2002, p. 22.

²¹⁰ KOEFENDER, 2013, p. 96.

²¹¹ KOEFENDER, 2013, p. 96.

²¹² CERRI; PASTORE, 2002, p. 22.

segurar o cordão umbilical com a insegurança, com distúrbios alimentares e respiratórios (oxigênio e alimento).

4 Na última linha, na coluna da esquerda, temos imagem de fetos com 15 e 20 semanas, conforme Figura 14.

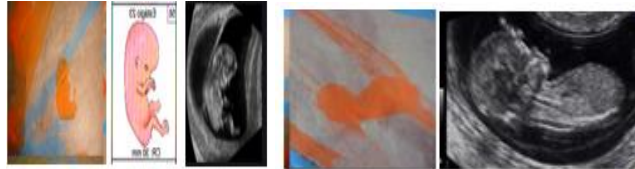


Figura 14 - Fetos 14 e 20 semanas

Fonte: KOEFENDER²¹³

Ao demonstrar a linha do tempo das inscrições dos registros mnêmicos pela idade gestacional das figuras humanas surge grande avanço baseado em evidências de relevância científica. Indiscutivelmente, as formas das figuras humanas produzidas no fazer pictórico espontâneo, guardam semelhança morfológica com o desenvolvimento embriológico e a sonoanatomia. A correlação destas a luz da psicoembriologia e psicanálise fetal demonstram o alcance e potencial terapêutico da arteterapia, no cuidado da condição de saúde na complexidade do ser humano. Por atuar na matriz existencial facultada ao ser humano viver sua espiritualidade natural, sua integralidade onto-antropológica.

Desta forma, a arteterapia ao mesmo tempo em que mostra o caos e desordem indica caminho pela criatividade para lidar com estados de não integração e ou desintegração, reestruturando a organização da matriz existencial

Ao que parece, estes registros estão numa instância mais profunda do que esperava a psicanálise, na porção espiritual do ser humano, e conforme demonstrado pelos estudos Piontelli comprovam a existência de um psiquismo pré-natal que se evidencia por um “[...] continuam antes e depois do nascimento”²¹⁴. A arteterapia confirma Piontelli, por encontrar os registros mnêmicos da vida intrauterina numa referência do fazer pictórico espontâneo de uma pessoa adulta. Confirma também Freud, Jung e Wilhelm em relação à existência destes registros mnemônicos como bagagem do inconsciente. A arteterapia abre uma passagem em direção à experiência maior de um modo de vida original, primitivo e, portanto, espiritual.

²¹³ KOEFENDER, 2013, p. 96.

²¹⁴ PIONTELLI, 1995, p. 73.

Não se pretende com isso uma representação objetiva do mundo da subjetividade, mas um despertar para possibilidade de que, na construção de sentido há uma continuidade das vivências pós-natais em relação com as pré-natais, e que o entendimento destas seja facilitador no enfrentamento das vulnerabilidades, adversidades e potencialidades do ser humano, protagonista da sua existência.

Ao demonstrar os registros e o tempo de inscrição destes na matriz existencial, a arteterapia comprova por evidências científicas as teses da psicoembriologia e psicanálise fetal. No entanto, as supera em potência terapêutica por acessar registros embrionários e fetais precoces, períodos em que por suposto, ainda não eram considerados por estas modalidades terapêuticas. Visto que, os estudos de Piontelli dizem respeito apenas à vida fetal.

Ao mesmo tempo em que a arteterapia revela os registros mnêmicos, dá a terapia a quem os produziu. Ou seja, é modalidade de terapia que atua no ser, na matriz existencial, no pulsar da vida. Isto quer dizer, que a arteterapia é primordial provando ser caminho forjador de significações de vida, que oportuniza ao ser humano o reconhecimento legítimo de sua maneira de ser no mundo, e lhe confere a tomada de consciência sobre a sua criatividade como processo de poder ser e aprender para descobrir novas formas de viver.

Em síntese, a arteterapia é integrativa e curativa, atua na integralidade do ser humano, pois acessa pela criatividade o tempo primordial, tempo forte da gênese do ser do sujeito, que liga sua dimensão vertical a profundidade espiritual, na busca da transcendência. Elabora memórias do passado ligadas a situação existencial atual com efeitos nas dimensões pessoal, transpessoal, social, cultural e ecológica onde se dinamizam os processos de poder ser no mundo.

6 DO ATUAL MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE AO MODELO INTEGRAL DE MENDES (MACC)

O capítulo se dedica a demonstrar como o Sistema de Saúde Pública (SUS) pode fazer a transição do modelo atual fragmentado e de gestão centrada no sistema para o modelo integral de Mendes acrescido dos aportes teóricos da arteterapia que colocam em evidência a integralidade através da espiritualidade natural do ser humano. Para a aplicabilidade da espiritualidade natural humana como tecnologia fina, surge proposta de modelo de atenção à saúde, pelo empoderamento onto-antropológico no protagonismo do autocuidado apoiado e gestão do modelo de saúde em base populacional.

6.1 Da crise do atual modelo de gestão de saúde do SUS ao modelo de saúde integral e gestão centrada em base populacional e no autocuidado apoiado

Os sistemas de atenção à saúde²¹⁵ estão em crise em muitos países. Crise que é determinada, segundo Mendes, por fatores históricos, técnicos e culturais, que e refletem o desencontro entre o sistema de gestão de atenção à saúde e a situação epidemiológica atual: “Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, carregam consigo um caráter de transformação política e social que deve guardar coerência com a situação de saúde”. Mendes

A falta dessa coerência é um dos determinantes da crise do SUS. Essa crise é fruto do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos).²¹⁶

²¹⁵ Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002b).

²¹⁶ PLANIFICASUS, 2019, p. 34.

No Brasil não é diferente, a saúde pública que está organizada em sistema único denominado Sistema Único de Saúde (SUS) também se encontra em crise e revela problemas de oferta e demanda, bem como, incoerência entre a situação de saúde e a resposta social do sistema de atenção. O SUS como sistema de saúde está em constante construção, possui muitos desafios que precisam ser enfrentados, tanto de ordem financeira, operacional, estrutural, de gestão ou mesmo de política. Pôr a vida ser movimento constante, os ganhos obtidos em saúde não são permanentes nem cumulativos, porém necessários de proteção, pois envolvem direitos fundamentais constitucionalmente tutelados. Disto se conclui que um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas e suas condições de saúde e não apenas cuidar de doentes e de doenças.

A fragilidade do modelo atual do SUS com atendimento centrado na doença e gestão na oferta e demanda de serviços e procedimentos não atende a necessidade de saúde da população e leva à busca individualizada da satisfação da necessidade do cuidado da condição saúde à judicialização. A judicialização é outro fenômeno que agrava a gestão da saúde por aplicar recurso econômico na resolução de caso único por determinação judicial ao invés de financiar políticas públicas sociais e econômicas de interesse coletivo.

Os problemas e dilemas da gestão do SUS são muitos, alguns explícitos e outros implícitos. Ao que parece os implícitos não desvelam sua intencionalidade neoliberal, e se instrumentalizam dos explícitos para sustentar discurso centrado nos direitos humanos, quando na realidade se trata de mercado a conquistar. Porém ao que parece, o maior equívoco está em não acompanhar as transformações que a vida do ser humano sofre no setor saúde.

O Brasil vive, nesse início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas²¹⁷.

O modelo de gestão²¹⁸ vigente é vertical, forma fragmentada voltado para responder principalmente às condições agudas de forma episódica e reativa, possui

²¹⁷ PLANIFICASUS, 2019, p. 33

²¹⁸ O modelo de gestão na oferta que se pratica no Sistema Único de Saúde (SUS), que é o modelo da gestão da oferta, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias, pois tem seu foco na oferta de serviços, e não nas necessidades da população usuária. Isso acontece porque o modelo da gestão de oferta tem preocupação fundamental com a organização dos serviços de

desequilíbrio entre a oferta e demanda, enfrenta problemas de acesso e produz filas com longo tempo de espera. Este modelo diverge do que a população espera para suprir suas necessidades da efetivação do direito à saúde.

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecê-la, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso.²¹⁹

Em síntese, deve haver sintonia entre a situação de saúde da população e a forma como se estrutura o sistema de atenção à saúde para responder, socialmente, a essa situação singular²²⁰.

Na perspectiva de colaborar para efetivação do direito a saúde na integralidade do ser humano, na concepção da complexidade e multidimensionalidade deste, a pesquisadora propõe modelo de cuidado em saúde que agrega o valor advindo da modalidade terapêutica tradicional arteterapia (ao considerar corpo, psique e espiritualidade) as modalidades convencionais (biomecânicas).

Este modelo de justaposição de saberes está em expansão em todo o mundo por diversos fatores. Entre eles podemos destacar a crise do sistema vigente que é fragmentado, da longevidade populacional, da prevalência das doenças crônicas, da tomada de consciência sobre as limitações da medicina tradicional, das restrições político econômicas no setor saúde, etc.

A história da condição da saúde é, desde tempos imemoriais, uma história da produção de significados sobre a natureza, as funções e as estruturas do corpo humano, as relações corpo-mente-espírito, bem como sobre a pessoa na sua complexidade, multidimensionalidade e suas inter-relações sociais, políticas, culturais e ambientais.

Ao propor modelo de gestão da atenção em saúde que utilize o fundamento epistemológico da arteterapia que leva ao empoderamento onto-antropológico, a pesquisadora toma como exemplo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto por Mendes, e a ele deseja agregar valor.

Opta por este modelo pela coerência com que o autor se posiciona em relação à reforma do SUS, em especial pela metáfora da casinha, e por ser de gestão de base

saúde, focando nas instituições prestadoras, e não nas pessoas usuárias.

²¹⁹ MENDES, 2015, p. 74.

²²⁰ MENDES, 2015, p. 81.

populacional, o que revela princípio democrático. O valor agregado ao Modelo de Mendes estaria no autocuidado apoiado e no acesso. Pessoas empoderadas sabem o que querem para si, e podem ajudar a viabilizar melhores condições para que o outro possa escolher. Além do mais, pela expansão de consciência podem participar e fiscalizar as decisões político administrativas exigindo que estas se pratiquem com eticidade, vivenciando a cidadania.

Gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências²²¹

A modalidade arteterapia pode ser fundante em todas as linhas de cuidados, pois é prática transdisciplinar integrativa e complementar que resgata a integralidade da pessoa através da espiritualidade levando ao autoconhecimento e empoderamento onto-antropológico. Eleva a autoestima, organiza a autoimagem, controla a impulsividade, libera os nós energéticos, gera equilíbrio biofísico-psíquico, além disso, auxilia no autocuidado apoiado e protagonismo com eticidade, dando sentido a existência do indivíduo.

Desta forma, a aplicação dos fundamentos da arteterapia que levam ao empoderamento onto-antropológico podem contribuir em todos os aspectos dos macroprocessos e microprocessos da gestão do cuidado à saúde no SUS, bem como na intersectorialidade.

Na sua condição de saúde, o ser humano está convocado a autocriar-se, ou seja, a auto-organizar-se de maneira constante, a encontrar harmonia, equilíbrio no seu ser, frente a todas as adversidades do meio interno ou externo. Quanto mais o ser humano cria, mais ele se abre para o outro e expande o seu ser no mundo; logo, amplia a sua capacidade com significantes em si e fora de si, o que propicia o exercício da alteridade e altruísmo.

É interessante salientar que a metáfora da casinha da construção social da Atenção Primária à Saúde proposta na reforma do SUS por Mendes, traz a plataforma para a aplicabilidade dos conhecimentos da arteterapia. Esta metáfora remete ao retorno a verdadeira casa: ao seu Eu, a sua centralidade, ao seu enraizamento, tanto

²²¹ MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em 17.out.2019. p. 21.

do ser humano, quanto da gestão do sistema que se propõe ao cuidado centrado na população. Sistema que tem o compromisso com a efetividade do direito social saúde, que está intimamente relacionado ao direito fundamental da vida e com a dignidade do ser humano pessoa. Esta é a linha de cuidado que a arteterapia se propõe a dignidade da pessoa humana: empoderamento onto-antropológico. Empoderamento que, os ingleses conheceram durante a guerra contra os indianos obrigando-os a produzir projéteis mais potentes a fim de parar os indianos empoderados onto-antropologicamente.

No processo da construção social da Atenção Primária à Saúde de Mendes, a metáfora da construção da casa trata das reorganizações e mudanças dos macro e microprocessos da Atenção Primária a Saúde (APS). Vale salientar que a APS é a porta de acesso do indivíduo, da família, da comunidade no cuidado das suas condições crônicas da condição saúde. Atenção esta regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica via Portaria nº 2.488/gm/MS. Mendes propõe a construção da casinha desta forma:

Primeiro, constrói-se um alicerce, que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais, e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce, edificam-se as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela. As mudanças nos processos organizativos nas unidades envolvem a organização dos macro e microprocessos básicos, que devem ser exaustivamente referidos durante todos os momentos pedagógicos, técnicos e políticos. Os macroprocessos básicos dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população. Representam o alicerce, as paredes, a laje, o telhado, as janelas e a porta, necessitando serem construídos com solidez, para que a casa da APS, não corra o risco de ruir. Por fim, os microprocessos básicos são relacionados à qualidade e à segurança da atenção²²².

Na construção da casinha os macros e microprocessos da atenção ficam representados em bases de sustentação estratégica colocadas na estrutura duma casa. A cada estrutura da casa ele atribuiu uma cor, o que demonstra que este autor está trabalhando a reforma na profundidade do sistema. É nesta composição que a metáfora da casinha, conforme a Figura 15, traz implícito espaço para os fundamentos epistemológicos da arteterapia que levam ao empoderamento onto-antropológico.

²²² PLANIFICASUS, 2019, p. 34.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

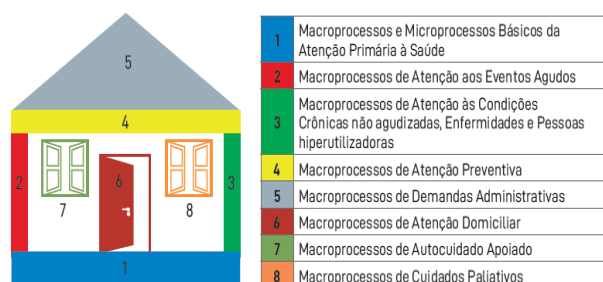


Figura 6. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

Figura 15 - Metáfora da casinha

Fonte: PlanificaSUS²²³

Os micro e macroprocessos são constituídos de várias tecnologias como descritas na Figura 16:

Quadro 1. Os macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde.

<p>Macroprocessos básicos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Territorialização • Cadastro das famílias • Classificação de riscos familiares • Diagnóstico local • Estratificação de risco das condições crônicas • Programação e monitoramento por estratos de riscos • Agenda • Contratualização <p>Microprocessos básicos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Acolhimento e preparo • Vacinação • Curativo • Farmácia • Coleta de exames • Procedimentos terapêuticos • Higienização e esterilização • Gerenciamento de resíduos <p>Macroprocessos de atenção aos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Classificação de risco • Atendimento aos eventos agudos de menor gravidade (verde e azul) • Primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade (amarelo, laranja e vermelho) e encaminhamento, se necessário, para pronto atendimento ou pronto-socorro <p>Macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento das condições crônicas prioritárias • Estratificação de riscos • Elaboração e monitoramento dos planos de cuidado • Autocuidado apoiado • Gestão de caso • Novos formatos da clínica: atenção contínua e atenção compartilhada a grupo • Matriciamento entre especialistas e generalistas • Educação permanente dos profissionais de saúde • Educação em saúde: grupos operativos e educação popular e mapa de recursos comunitários • Abordagem das pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades 	<p>Macroprocessos de atenção preventiva relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de atividade física • Programa de reeducação alimentar • Programa de controle do tabagismo • Programa de controle do álcool e outras drogas • Programas de rastreamento • Vacinação • Controle das arboviroses • Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária <p>Macroprocessos de demandas administrativas:</p> <p>Assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames e relatórios periciais</p> <p>Gestão da unidade: registro sanitário, CNES, segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário</p> <p>Macroprocessos de atenção domiciliar:</p> <p>Visita domiciliar</p> <p>Atendimento domiciliar</p> <p>Internação domiciliar</p> <p>Macroprocessos de autocuidado apoiado:</p> <p>Ações educacionais e intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e o aumento da confiança do usuário no gerenciamento da própria situação de saúde</p> <p>Plano de autocuidado apoiado</p> <p>Macroprocessos de cuidados paliativos:</p> <p>Abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, à prevenção e alívio do sofrimento, à prevenção de agravos e incapacidades, e à promoção da independência e autonomia</p> <p>Ações de suporte familiar</p> <p>Mobilização da rede social de suporte</p>
--	---

Figura 16 – Micro e macroprocessos

Fonte: PlanificaSUS²²⁴

Por ser tecnologia fina proativa no campo do sutil, que atualiza o ser, o fazer e o agir no mundo, a aplicabilidade dos fundamentos do empoderamento ontológico alcança todos os processos da construção social da Atenção Primária da Saúde. Isto quer dizer que é fundante de nova realidade social, pois atua como

²²³ PLANIFICASUS, 2019, p. 34.

²²⁴ PLANIFICASUS, 2019, p. 35-36.

mudança cultural por abertura de consciência tanto de quem atua no sistema ou utiliza o sistema de saúde centrado na gestão populacional, e que é integrativo.

6.2 Da efetivação da integralidade no SUS através do empoderamento onto-antropológico

A efetivação da integralidade no SUS passa pelo acesso, pela universalidade e autocuidado apoiado com protagonismo da condição de saúde sustentado pelo empoderamento pessoal. Considerando que o empoderamento registra-se no *em si* quando cria objetivamente estratégias para aplicar a ação. No *por si*, quando começa a pensar crítica e reflexivamente sobre uma ação. No *fora de si*, quando aplica sua estratégia tendo em vista a transformação da realidade e no *para si*, quando se realiza frente aos resultados alcançados, que são referência para novas criações no contexto da atuação.

Este movimento é um método para entender os processos do pensar e agir, que, no existencialismo fenomenológico se aplica para entender a capacidade de pensamento e de ação do ser humano no mundo, buscando seu desenvolvimento multidimensional nas relações consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com a transcendência.

Dito isto, constata-se que a busca de significado, o sentido da vida e a liberdade do querer, são primordiais para vivenciar o empoderamento do indivíduo diante de situações adversas da existência.

Relembrando que, soma, psique e espiritualidade são dimensões inseparáveis, fazendo parte de um todo vivo, sagrado, o corpo-criante do ser humano, unidade complexa que se manifesta como expressão legítima da gênese permanente da vida. Dela emerge o poder de ser, harmoniza as dimensões espiritual (fenômenos espirituais), somática (fenômenos biológicos) e psíquica (fenômenos psicológicos) atualizando as potências em ações no mundo.

Convém salientar que o autocuidado apoiado no empoderamento onto-antropológico não está na ação imediata do cuidado normatizado pelo Estado na forma político social do Sistema Único de Saúde. Este autocuidado emerge da construção pessoal-coletiva-criativa-crítica-reflexiva que vai além de normas que vêm *de fora* através da organização política social da sociedade. Este autocuidado acontece no meio social a partir e na interioridade de cada um. Ou seja, é a vivência

criativa dum processo de autoconhecimento sustentado na complexidade e multidimensionalidade do ser humano.

Eis aí, uma perspectiva de que, ao ampliar a consciência individual possa fazê-lo no coletivo, e assim, quem sabe, ter reflexos no inconsciente individual e coletivo no decorrer do tempo, que pode favorecer a condição humana com respeito e valorização da vida.

Trazer o empoderamento pessoal na abordagem da integralidade é relevante, pois o conhecimento se torna transformador quando atinge a profundidade do ser da pessoa humana, e esta atualiza suas ações no mundo, transformando a si e ao meio, a sociedade em que vive.

Vale ressaltar que o indivíduo não está separado da sociedade, que é o *lócus* de vivências de cidadania. No entanto, tudo indica que muitos protagonistas sociais veem a sociedade civil organizada política e socialmente como estrutura separada de sua pessoa humana e determinante dela. Quando, o que o empoderamento onto-antropológico demonstra é que, o indivíduo transforma o seu meio a partir do seu protagonismo com eticidade. Isto é corroborado por Frankl²²⁵, que afirma que, quando o ser humano percebe o determinante de sua existência fora dele, ele não se reconhece como pessoa de profundidade espiritual que busca em cada ação um sentido de vida, uma razão profunda que o alimenta para poder ser mais e melhor, para si e para o outro.

Percebe-se que a efetividade da integralidade no SUS na condição da saúde, passa pelo empoderamento onto-antropológico dos agentes envolvidos na prestação e utilização dos serviços da saúde. É neste aspecto que, pode estar o grande desafio para efetivação da integralidade no sistema de saúde pública brasileiro, visto que, vários profissionais multiplicadores não atingiram o empoderamento e veem seu determinante de existência fora de si, e da organização política social da sociedade.

Em relação à identidade profissional, esta se constrói a partir da significação pessoal e social da profissão; da revisão constante dos significados da profissão; da revisão das tradições, da reafirmação de práticas consagradas científica e culturalmente que permanecem significativas.

A versatilidade da atuação do ser humano no mercado de trabalho tem sido alvo de reflexões diante das inovações tecnológicas, bem como, os critérios de

²²⁵ FRANKL, 1989, p. 62.

inclusão político, econômico e social nas relações de poder. Nesta lógica, a participação no mercado de trabalho exige do indivíduo que este desempenha seu labor e acrescente valor à vida através da cidadania e atender interesses da dignidade humana na construção dum mundo melhor.

6.3 Do empoderamento onto-antropológico ao protagonismo da condição de saúde no autocuidado apoiado

O empoderamento onto-antropológico reflete proativamente no autocuidado apoiado que reduz a carga global da condição saúde, o que quer dizer, reduz a perda de anos de vida pela redução da morbimortalidade. O autocuidado apoiado potencializado pelo empoderamento onto-antropológico pode ser facilmente aplicado na atenção ao cuidado das diversas condições de saúde, tanto nas agudas quanto nas crônicas.

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas. Uma premissa do autocuidado apoiado é que as pessoas querem viver mais e mais saudavelmente mesmo que, nem sempre, façam o melhor para elas ou consigam fazer as mudanças recomendadas pela equipe de saúde. A principal razão para essa brecha entre o querer e o fazer está no fato de que as pessoas encontram barreiras que não conseguem ultrapassar para se tornarem mais saudáveis. Algumas barreiras são práticas, como falta de tempo ou de dinheiro para mudar a alimentação, e outras são emocionais e de atitude²²⁶.

O autocuidado apoiado é uma tecnologia de projeto colaborativo, modelo de melhoria que promove mudança cultural, e se potencializado pelo empoderamento onto-antropológico atua como facilitador no enfrentamento das barreiras.

Se considerarmos isoladamente o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), o autocuidado é determinante no cuidado a saúde em 70-80% das pessoas com condições simples (base da pirâmide), e em 20-35% de condições complexa (nível intermediário), os dois níveis totalizam de 85-95% das pessoas da população que necessitam de cuidados da condição saúde, que podem ser beneficiadas na sua condição de saúde pelo autocuidado apoiado potencializado. Ou seja, o alcance é de 85-95% das pessoas que necessitam de cuidados na sua condição de saúde, o que

²²⁶ PLANIFICASUS, 2019, p. 15

é expressivo em todos os aspectos relacionados à gestão da saúde pública brasileira. Então, se aplicarmos os fundamentos do empoderamento onto-antropológico da arteterapia neste autocuidado elevamos sua qualidade e sustentabilidade com efeito na promoção, prevenção, recuperação e cura da condição de saúde do indivíduo.

Ao considerarmos o Modelo de Mendes (MACC) que tomou como referência os Modelos de Atenção Crônica (Chronic Care Model - CCM), conforme a Figura 17, da Pirâmide de Risco (MPR) e o de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (DSS), ao propor o MACC, percebeu as fragilidades e singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS) trabalhando através do seu modelo para corrigi-las ou minimizá-las.

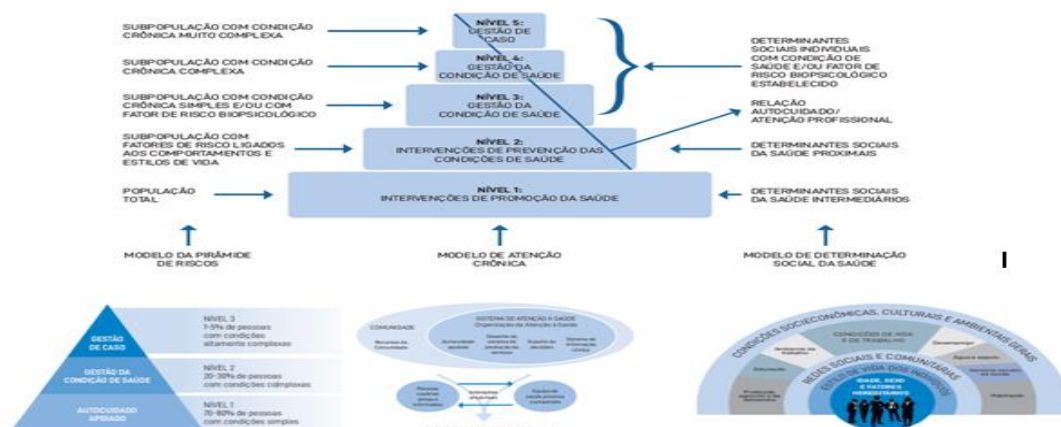


Figura 17 – Modelos de Atenção Crônica

Fonte: MENDES²²⁷

Mendes recomenda que a leitura do MACC deve ser lido por colunas e integrado da esquerda para direita, estando às intervenções na coluna do meio.

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de DSS, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. [...]. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica. O lado esquerdo da figura 4 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS: no nível 1, está a população total e na qual se intervirá em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários; no nível 2, estão subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais); no nível 3,

²²⁷ PLANIFICASUS, 2019, p. 26.

as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; no nível 4, pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e no nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O lado direito da Figura 4 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde, em razão dos determinantes sociais da saúde. O meio da Figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/às subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias²²⁸.

Propõe intervenções que estariam distribuídas com enfoque por níveis, como por exemplo, a promoção da saúde estaria no nível 1, a prevenção no nível 2, os níveis 3, 4, e 5 estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos – a camada central do modelo de DSS.

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR, **que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais.** Assim, no nível 3, operar-se principalmente por intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por equipe da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional; e, neste nível, necessita-se de atenção cooperativa dos generalistas da Atenção Primária à Saúde e dos especialistas²²⁹(grifo nosso).

No nível 5, estão as condições crônicas complexas que demandam “à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão também relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde, convocando tecnologia específica de gestão da clínica: a gestão de caso. Há, aqui, alta concentração de cuidado profissional”²³⁰.

Convém salientar aqui, que o modelo de Mendes se perfila as recomendações pela Organização Mundial da Saúde, em 2008, em relação ao acesso e universalidade, sistema de saúde centrado nas pessoas, na governança e nas políticas públicas.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a

²²⁸ WORKSHOP DE ABERTURA • a planificação da atenção à saúde p.26 Texto adaptado de Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde: Oficina 4 – organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conass, 2017.

²²⁹ WORKSHOP DE ABERTURA, 2017, p. 27.

²³⁰ PLANIFICASUS, 2019, p. 29.

justiça social e para o fim da exclusão social movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e das preferências das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários. As reformas na liderança devem procurar superar, de um lado, um estilo de gestão centralizado, de tipo comando-controle, e, de outro, uma destituição regulatória do Estado, construindo uma nova liderança inclusiva, participativa e negociadora, requerida pela complexidade dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. As reformas nas políticas públicas devem articular a APS com a saúde pública e desenvolver uma integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais²³¹

O Modelo de Mendes (MACC) contempla as propostas da Organização Mundial da Saúde e vai além, de forma muito inteligente, pela metáfora da casinha reestrutura todos os macroprocessos e microprocessos da APS e coloca em rede poliárquica as redes temáticas de cuidados.

Convém salientar, que, os fundamentos epistemológicos do Modelo de Mendes (MACC) estão sendo implementados no SUS nas 27 unidades da federação através do projeto PlanificaSUS, da qual esta pesquisadora é facilitadora.

6.4 Proposta de modelo de atenção na saúde com empoderamento onto-antropológico (MAEO)

Com a intencionalidade de incorporar os fundamentos do empoderamento onto-antropológico advindos da arteterapia no modelo de gestão da saúde pública propomos modelo de atenção em saúde que inclua nas linhas guias²³² estes fundamentos.

No modelo proposto pelo empoderamento onto-antropológico, tomamos como referência o Modelo de Mendes (MACC) e agregamos valor a este pelos fundamentos onto-antropológicos do empoderamento.

O empoderamento onto-antropológico pelo autoconhecimento leva ao protagonismo da sua existência, que reflete no autocuidado apoiado e no acesso, pois o indivíduo sabe melhor o que quer. O protagonismo do indivíduo é reflexo da harmonização do seu ser, e suas ações no mundo pela eticidade que impacta sua

²³¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d.

²³² **LINHA-GUIA:** normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS). São desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, sendo realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, feitas em todos os pontos de atenção de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

condição de saúde promovendo mudança cultural autossustentada produzida por abertura de consciência.

Se aplicarmos os fundamentos do empoderamento onto-antropológico da arteterapia neste autocuidado elevamos sua qualidade e sustentabilidade com efeito na promoção, prevenção, recuperação e cura da condição de saúde do indivíduo num percentual de 85-95% da população que necessita de cuidados na condição de saúde. Isto é relevante não apenas no autocuidado apoiado e acesso, mas em toda intersetorialidade.

Ao aplicarmos os fundamentos do emponderamento onto-antropológico na coluna direita do Modelo de Mendes (MACC), estes incidem no Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (DSS), assim, impactamos e modificamos positivamente os determinantes individuais (proximais), pois ao atuar na matriz da existência, a arteterapia acessa registros inscritos desconhecidos ou não conscientizados e os ressignifica. Ao significá-los muda comportamentos, e estes, impactam proativamente nas decisões da vida, que passam a ser escolhas comprometidas com a eticidade do bem viver agregando valor para consigo, com o outro, com a natureza e com o universo. Os determinantes proximais impactam os determinantes intermediários e distais, que atuam na intersetorialidade, que reflete no coletivo produzindo coesão social e valorizando a cidadania.

Na coluna do meio do Modelo de Mendes (MACC) estão às intervenções que, quando promovidas por pessoas empoderadas onto-antropologicamente estão comprometidas com a eticidade e protagonismo eleva a dignidade da pessoa humana nos mais variados aspectos considerando os macro e microprocessos da atenção da gestão em saúde na efetivação do o direito à saúde. No aspecto do autocuidado apoiado as ações que o envolvem pelo empoderamento ontoantropológico são planejadas para acolher o ser humano na sua complexidade e multidimensionalidade.

Assim, pelo empoderamento onto-antropológico se implementa a nova concepção de integralidade dentro da complexidade e multidimensionalidade do ser humano no setor saúde. Valoriza conhecimento já consagrado e agrega valor ao Modelo Integrativo de Mendes (MACC) que está em implementação como reforma do Sistema Único de Saúde.

6.5 Operacionalização do modelo de atenção na saúde com empoderamento onto-antropológico (MAEO) no SUS

O Modelo de Atenção na Saúde com Empoderamento Onto-Antropológico (MAEO) no SUS poderá ser operacionalizado da mesma forma que o projeto do PlanificaSUS²³³. Ou seja, uma etapa preparatória e por etapas operacionais com ciclos de *workshops*, oficinas tutoriais; oficinas de modalidade terapêutica arteterapia utilizando o processo criativo com diferentes materiais, como fazer pictórico espontâneo, roda de leitura, roda de conversa, dança, bibliodrama, argila, reciclados e outras formas de expressão; da etapa controle e cursos curtos.

O público-alvo serão os profissionais dos serviços e usuários do SUS, além de profissionais de atividades administrativas afins, bem como o primeiro escalão da gestão da municipalidade, iniciando pela linha de cuidado definida como prioritária, que será a materno-infantil (rede cegonha²³⁴). Esta rede temática é relevante, pois, o empoderamento onto-antropológico neste período da vida pode ser determinante para vida extrauterina.

Os *workshops* compreendem os momentos de alinhamento teórico, que produz a homogeneização do nível do conhecimento que abordam os conceitos centrais dos fundamentos do empoderamento onto-antropológico advindo da modalidade arteterapia. Durante os acontecimentos dos *workshops* serão utilizados trabalhos em grupo com o coletivo disposto em círculos, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatizações, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas. Os temas abordados nos *workshops* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais.

Nas oficinas tutoriais, acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria iniciando nos serviços da Rede Cegonha e se diversificando posteriormente para as demais redes temáticas como se preconiza na Portaria Consolidada n.3.

²³³ PLANIFICASUS, 2019. O projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) via PROADI-SUS, executado pela SBIBAE, tem como objetivo geral implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A SBIBAE é o executante do projeto, solicitado pelo CONASS e é acompanhado e monitorado pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. A operacionalização do modelo de atenção na saúde com empoderamento onto-antropológico (MAEO) no SUS possui texto adaptado da operacionalização do PlanificaSUS.

²³⁴ BRASIL, 2017b.

É um “fazer e apreender junto”, ajudando o profissional em suas funções e responsabilidades, na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude, e empoderamento onto-antropológico para que este se veja dentro do sistema e não olhando para o sistema.

Além dos *workshops* e tutorias, será utilizada a estratégia de cursos curtos, que abordarão o conhecimento de temas específicos e/ou proverão treinamento de habilidades relativas a processos pertinentes para a organização dos macroprocessos. Os temas dos cursos serão: fundamentos filosóficos e psicológicos da arteterapia, o processo criativo, o autoconhecimento, o empoderamento onto-antropológico, o protagonismo, o autocuidado apoiado, a ética no cuidado.

Será disponibilizado material didático pela Equipe Multidisciplinar de Condução do Modelo de Atenção na Saúde com Empoderamento Onto-Antropológico (MAEO) no SUS, sendo a execução de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de cada região ou do Município sede. Os cursos deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes de toda a rede de atenção em saúde, da estratégia da saúde da família e da atenção ambulatorial especializada.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais que acrescentem valor ao cuidado e as vivências do cuidando e cuidador.

Da mesma forma como o PlanificaSUS baseia-se no princípio da andragogia, que utiliza práticas de problematização, que proporcionam ação reflexiva dos participantes. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Além dos eixos de ensino e tutoria, o empoderamento onto-antropológico também possui os eixos de gestão na administração pública para utilização de estratégias para sedimentar a eticidade na administração pública, em especial na municipalidade em homenagem ao princípio da descentralidade, e nas políticas públicas sociais e econômicas no setor saúde.

Ao final cada Região de Saúde ou Município estará com suas linhas de cuidado atualizado na metodologia dos seus macro e microprocessos organizados e integrados a partir do MAEO, permitindo melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da aptidão para que eles deem continuidade

à expansão da metodologia para as demais regiões de seus Estados, bem como, incentivem os demais setores a promovê-lo.

7 CONCLUSÃO

O direito à saúde está constitucionalmente tutelado desde 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde desde 1990 (Lei 8080/90). A efetivação deste direito se dá através de políticas públicas, sociais e econômicas. No entanto, decorridos 30 anos da promulgação da Constituição Federal, esse direito ainda carece de efetividade. Isso se deve, em parte, pela subsunção do social em relação ao econômico, ou seja, as políticas governamentais, por vezes, podem, mas não devem servir legalmente para outras intencionalidades além de garantir direitos sociais.

Mediante muitos interesses e forças de poder que precisam se harmonizar dentro do espaço político social que é o Estado, eis que no contexto neoliberal brasileiro surge a PNPIC, e nessa a modalidade arteterapia. E com esta surge a possibilidade de agregar valor pelo cuidado tradicional ao cuidado convencional no SUS. No entanto, as forças hegemônicas, flexnerianas de gestão da atenção à saúde, modelo praticado na atualidade na saúde pública brasileira, não são receptivas às terapias tradicionais. Alegam falta de evidências científicas, segurança e credibilidade para aplicabilidade clínica. Sustentam seu discurso na Lei 8080/90 que preconiza no Art. 19-Q, inciso I, que a incorporação tecnológica deve estar baseada em evidências científicas.

É no sentido de desconstruir este discurso que se recorre à embriologia, sonoanatomia, psicoembriologia, psicoanálise fetal e se relacionada estas à arteterapia.

Arteterapia e teologia se ocupam do caráter existencial e transcendente do ser humano, desvelando verdade vivenciada que se consagra revelação levando a consciência de sentido. A teologia aplicada à cultura, sugere que a teologia deverá enxergar a verdade de sua mensagem no interior e na profundidade das diferentes atividades e criações, em determinado tempo e espaço. Neste contexto, esta tese é inovadora e desafiadora, pois promove o despertar teológico para além do campo convencional e o atualiza através da cultura no setor saúde.

Assim, a arteterapia oportuniza rememorar e ressignificar através do fazer pictórico espontâneo de pessoa adulta registros na matriz existencial de um ser humano em desenvolvimento biológica e mentalmente, e que, possui capacidade de armazenar experiências intrauterinas. Sejam elas agradáveis ou não, que farão parte

de sua bagagem inconsciente ao longo de sua vida, e podem ou não exercer influência sobre sua personalidade, conduta e comportamento, é divino.

A possibilidade de acessar esses registros mnêmicos com referencial de pessoa adulta comprova que existe um *continuum* da vida intrauterina com a extrauterina. Demonstra, também, a possibilidade de que, mesmo antes do nascimento, o ser humano é dotado de sentimentos, traços de memória e algum nível de consciência, ou seja, funções superiores como categorização perceptiva, memória e aprendizagem. Isto quer dizer que muito precocemente já possui o potencial para sua individualização.

Ao que parece, desde o desenvolvimento intrauterino, aos olhos do bebê nada passa despercebido. Assim, ao comprovar a existência de registros mnêmicos considerando a morfologia humana no período intrauterino, tanto embrionária quanto fetal, comprova-se a integralidade do ser humano, visto que estes registros mnêmicos se encontram na matriz existencial.

Esta possibilidade de acesso da arteterapia aos registros mnêmicos ocorre através da espiritualidade natural do ser humano, que é fantástica revelação que a arteterapia consagra através do processo criativo vital cognitivo. É um retorno ao tempo forte da criação, da gênese, do espiritual, do sagrado.

Demonstrar figuras humanas completas no fazer pictórico espontâneo, de diferentes fases da vida intrauterina, algumas muito precoces, em especial a relacionada à morfologia de idade gestacional de 4 semanas, é fechar ciclos de sentidos, como uma Gestalt, bem como reconhecer a potencialidade terapêutica integrativa da arteterapia.

Importante salientar a respeito da figura humana de apenas 4 semanas de idade gestacional, que veio à tona no fazer pictórico espontâneo. Este fato toma relevância, pois aparelhos de ultrassom de maior tecnologia não conseguem demonstrar detalhes da morfologia humana nesta idade, com a nitidez como a arteterapia o fez.

Assim, resta exitoso que a arteterapia fornece evidências científicas como ponte entre o espiritual, o biológico e o psíquico contribuindo para o cuidado da condição de saúde na integralidade do ser humano comprovando eficácia científica do cuidado tradicional, nesta modalidade.

Ressignificar as vivências intrauterinas é trazer à tona conteúdos ricos, complexos, variados, muitas vezes ainda não conscientizados, porém cujos efeitos

ressoam no tempo e espaço da vida extrauterina. Como ecos de um passado distante, dando a este uma continuidade no presente, embora por vezes, de difícil decodificação, mas que são importantes para uma vida saudável.

Esta vivência conduz ao autoconhecimento, autointegração, à integralidade, à autonomia, à liberdade transformadora, ao empoderamento onto-antropológico. Dá sentido à vida, ao autocuidado apoiado e ao protagonismo na existência, elevando a dignidade da pessoa humana pela expansão da consciência. Atributos estes que permitem escolhas conscientes alinhadas com a essência individual e dentro da eticidade.

O cuidado inovador nas condições de saúde promovido pela arteterapia proporciona a ampliação da consciência pelo empoderamento onto-antropológico, que é advindo da vivência do processo criativo. É demonstração da auto-organização da matriz existencial que reintegra o ser humano à fonte de sua existência, sua energia primordial. O que significa dizer, viver a integralidade na sua essência mediante a complexidade e multiplicidade do ser humano.

É pelo empoderamento onto-antropológico, que é um legado espiritual para humanidade que o indivíduo promove o protagonismo sustentado, com decisões de suas escolhas na eticidade e acrescenta valor à vida. Empoderado onto-antropologicamente e no protagonismo de sua vida, o indivíduo desconstrói os mecanismos da gênese do vazio existencial, encontra sentido na sua existência e acrescenta valor a sua vida. Reduz a carga global da doença, e pelo autocuidado apoiado qualificado melhora sua sobrevivência.

O empoderamento onto-antropológico permite tomar consciência de sua existência, promove a libertação da subjetividade da alienação, produz novo padrão de ser no mundo, pois sua subjetividade dificilmente será capturada pela biopolítica e pelo capitalismo financeiro. Ao mudar determinantes individuais através do alcance dos registros mnêmicos adquire liberdade transformadora, permitindo que a subjetividade agregue valor e faça a vida acontecer com maior qualidade.

Os fundamentos do empoderamento onto-antropológico advindos da produção do conhecimento pela arteterapia possibilitam mudança de estilo de pensamento do modelo de gestão na saúde pública. Viabilizam transição do modelo atual fragmentado que se pratica no Sistema Único de Saúde (SUS), para Modelo integrativo de Mendes (MACC) e deste para o Modelo proposto de Atenção na Saúde

com Empoderamento Onto-antropológico (MAOE), que coloca em evidência a espiritualidade natural humana.

O MACC e o MAEO são propostas de modelos centrados na população e no autocuidado apoiado qualificado, que seguem princípios democráticos, priorizam as necessidades da população, e consideram o protagonismo do indivíduo como agente transformador de sua condição de saúde. A diferença do MACC para o MAEO é o empoderamento onto-antropológico dos agentes que laboram no SUS e dos usuários do SUS.

A arteterapia demonstrou ser modalidade integrativa, porém pela definição da categoria mente-corpo é recomendada como complementar. É segura, eficaz, cientificamente crível, socialmente aceitável, universalmente acessível de forma individual ou coletiva, e com custo/benefício excelente, sendo, portanto tecnologia social. Fundante de nova realidade social, pois atua na mudança cultural por abertura de consciência, catalisadora e facilitadora da intersectorialidade.

Embora no Brasil se pratique a democracia, onde a titularidade do poder emana do povo e o exercício dá-se por meio dos representantes do povo nos poderes Legislativo e Executivo, este povo carece de empoderamento onto-antropológico para poder melhor se posicionar, participar e fiscalizar a gestão da coisa pública, em especial no setor saúde.

Neste aspecto, a PNPIC, na arteterapia contribui para o empoderamento onto-antropológico e protagonismo sustentado do ser humano elevando a dignidade da pessoa humana e contribuindo para o desenvolvimento do Estado Democrático de Direito, pois o indivíduo sabe melhor o que quer, escolhe na eticidade e se torna agente com protagonismo de sua vida. Valores estes que engrandecem o Estado e colaboram para a efetivação de direitos sociais pelo exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

BACHELARD, Gastón. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARROSO, Luís Roberto Barroso. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. 2008. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52582,81042-a+falta+de+efetividade+a+judicializacao+excessiva+Direito+a+saude>>. Acesso em: 10. mar. 2018.

BERGSON, Henry. **La energía espiritual**. Madrid: Espasa-Calpe, S.A, 1982.

BITTAR, Neusa. **Medicina Legal e Noções de Criminalística**. 5 ed. São Paulo: Editora Juspodivm. 2016.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BOFF, Leonardo. **Mística e espiritualidade**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 55.

BRAGATO, Fernanda Frizzo: **A diversidade cultural negada pela modernidade**. <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/5255-fernanda-bragato-1> Acesso em 21 jan. 2018.

BRASIL, **Portaria n 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2017. Acesso em 10 fev. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Artigo 196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 22 out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971**, de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 22 out. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 1**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 4**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 5**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.446**, de 11 de novembro de 2014. redefine a política nacional de promoção da saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 15 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria n 971**, de 03 de maio de 2006. Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2006. Acesso em 10 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 jan. 2018.

CERRI, Giovanni Guido; CHAMMAS, Maria Cristina. **Ultrassonografia - Abdominal - 2 ed.** São Paulo: Revinter, 2002.

CERRI, Giovanni Guido; PASTORE, Ayrton Roberto. **Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Revinter, 2002.

CORREA, Juan de Dios Vial; GUERRO, Ángel Rodríguez. La Dignidad de la Persona Humana: desde la fecundación hasta su muerte. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 15, n. 1, p. 55-64, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa Correia. A influência do banco mundial na orientação da política de saúde brasileira. **III Jornada internacional de políticas públicas**. São Luís, MA, 28 a 30 de agosto 2007. p. 7.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Comentários à constituição brasileira de 1988**. Vol. 3. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária. 1994.

DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos. **Fenômeno**: uma teia complexa de relações. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 81

DITTRICH, Larissa. **Da necessidade de saúde integral**: uma reflexão a luz dos conhecimentos míticos. Itajaí: UNIVALI, 2018.

DITTRICH, M. G. O corpo-criante: a chave para uma hermenêutica da obra de arte. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás, v. 14, n. 5, 2004.

DITTRICH, M.G.; KOEFENDER, M. Arteterapia: um processo terapêutico pra o empoderamento do ser humano na adversidade. **ANAIS III Forum Internacional Innovación y Creatividad**: La adversidad como oportunidade, Barcelona, 2011.

DITTRICH, Maria Gloria. **Arte, criatividade, espiritualidade e cura**. Blumenau: Nova Letra, 2010.

DITTRICH, Maria Glória. **Natureza e criatividade**: o ensino da arte pictórica. Itajaí: Univali, 2001.

DITTRICH, Maria Glória. O corpo-criante: a chave para uma hermenêutica da obra de arte. **Fragmentos de cultura**, Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás, v. 14, n. 5, 2014.

DITTRICH, Maria Glória; LEOPARDI, Maria Tereza. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. **Discursos fotográficos**, Londrina, v. 1, n. 18, p. 97-117, jan./jun. 2015.

DITTRICH, Reis. A arteterapia como uma prática integrativa das políticas em saúde pública. Educação, **Saúde e Meio Ambiente**. Disponível [HTTPS://www6.univali.br/seer/index.php/aemv/article/viewfile/11318/6404](https://www6.univali.br/seer/index.php/aemv/article/viewfile/11318/6404). Acesso em 18 set. 2018.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo: Sinodal, 1987.

FRANKL, Viktor. **Um sentido para a vida**: psicoterapia e humanismo. Aparecida (SP): Editora do Santuário, 1989.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: **Freud**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v 2. Rio de Janeiro. 1996. Imago (trabalho original publicado em 1895[1950]).

GOLFETO, J. H. Psiquismo pré e perinatal. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n.2, p. 307-323. 1993.

GUYATT, G; GUTTERMAN, D; BAUMANN, M. H.; ADDRIZZO-HARRIS, D.; HYLEK, E. M, PHILLIPS, B, et al. **Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines**: report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest*. 129(1):174-81, 2006.

JUNG, Carl G. **A dinâmica do inconsciente**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998..

KOEFENDER, M. **Arteterapia como estratégia na sustentação do fato de interesse jurídico no processo penal**. Monografia em Direito, Anexo I. Univali, Itajaí, 2013.

KOERICH, M. S.; et al. Care technologies in health and nursing and their philosophical perspectives. **Texto Contexto Enferm**. [Internet]. 2006, 15(Esp): p. 178-85. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf>. Acesso em 17 mar. 2018.

LEAL, Rogério Gesta. A quem compete o dever de saúde no direito brasileiro? Esgotamento de um modelo institucional. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 1 p. 50-69 Mar./Jun. 2008.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 13 ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009.

LIMA, Paulo de Tarso. **Bases para prática clínica baseada em evidências em**

oncologia integrativa: terapias complementares e botânicas – parte 2. Educ Contin Saude einstein. 2012;10(3):142-4. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2422-142-144.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

LINDELOW, M. A marca do SUS. **The World Bank**, 20 dez. 2013. Notícias. Disponível em: <Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study> >. Acesso em: 13 jun. 2017.
» <http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study>. Acesso em 20 out. 2018.

MARÇAL, Joe. POR UMA TEOLOGIA DA IMAGEM EM MOVIMENTO uma troca de olhar com o cinema a partir da obra de Andrei A.Tarkovski, no horizonte da teologia de Paul Tillich. Disponível em http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SIFE/464/1/santos_jmg_td58.pdf. Acesso em 2 de março de 2020.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento**. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde** [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em 17.out.2019. p. 21.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 21 nov.2017. PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. p. 32.

MOORE, Keith et al. **Embriologia Básica**. 9 ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

MORIN, Edgar. **O método: a natureza da natureza**. São Paulo: Mira Sintra Publicações Europa-América, Ltda, 1977. p. 279.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/A Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo .XXV>. Acesso em 12 de jun. 2017.

OLIVERA, Raul Angel Carlos Olivera. **Pensamento sistêmico: os dilemas da educação superior**. Cuiabá, 2013. Disponível em:

<https://www1.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/3eff473335156fc157704f90844ce825.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018. p. 21-22

OZELAME, Mariane. **Vídeo artemusicoterapia**, Portal.fiocruz.br. Acesso em: 17 mar. 2018.

PHILIPPINI, Angela. A arteterapia e as manifestações expresivas espontâneas. **Revista arteterapia: reflexões**. São Paulo, Ano 3, n. 2, 1998.

PHILIPPINI, Angela. **Vídeo artemusicoterapia**, Portal.fiocruz.br. Ligadoemsaúde.s/d. Acesso em 17 mar. 2018.

PIONTELLI, Alessandra. **De feto a criança** – um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

PLANIFICASUS: Workshop de Abertura. **A Planificação da Atenção à Saúde**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

PORTER, M. Permanente: an integrated health care experience. **Rev Innovación Sanit y Atención Integr** [Internet]. 1(1):5, 2008. Disponível em: http://sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma ecologia política dos Riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: Colección Sur, 2005.

RANGEL, Rita de Cássia Teixeira, et. All. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2019.

RESIN, Alejandro. **Arteterapia e morfologias**. São Paulo: Vetor, 2006.

RESTREPO, E.; ROJAS, A. **Inflexión decolonial**: fuentes, conceptos y cuestionamientos. Popayán: Samava, 2010. p. 136

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000. p. 7.

SILVA, Leny Pereira. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE. Acesso em: 21 jan. 2018.

SILVA, Sergio Gomes da. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, p. 31-54, 2016.

SOARES, Josemar Sidinei Soares; LOCCHI, Maria Chiara. **O PAPEL DO INDIVÍDUO NA CONSTRUÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.**

<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1118/928>. Acesso em 24 jun. 2017.

TILLICH, P. *Theology of culture*. New York : Oxford University, 1959.

VARELLA, Drauzio. **Folha de São Paulo**. Caderno Ilustrada, C6. 18 Mar. 2018.

WILHEIM, Joana. **O que é psicologia pré-natal**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WILHEIM, Joana. Psiquismo pré-natal e perinatal. In: CARON, N. (Org). **A relação pais-bebê: da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 135-177, 2000.

WINNICOTT. D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WORKSHOP DE ABERTURA • a planificação da atenção à saúde p.26 Texto adaptado de Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Planificação da Atenção à Saúde: Oficina 4 – organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Conass, 2017.

ZENIDARCI, A. Psicoembriologia. Um desafio precoce. **Revista psique: ciência & vida**, 60,2010.