

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCO ANTONIO MERECHIA SANTOS

**AS DIRETRIZES CURRICULARES E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DA UNIVALI:
Construindo a Interdisciplinaridade através dos Objetos Fronteiriços e da
Epistemologia de Fleck.**

**ITAJAÍ
2005**

MARCO ANTONIO MERECHIA SANTOS

**AS DIRETRIZES CURRICULARES E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DA UNIVALI:
Construindo a Interdisciplinaridade através dos Objetos Fronteiriços e da
Epistemologia de Fleck.**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre
em Saúde e Gestão do Trabalho pela
Universidade do Vale do Itajaí, Centro de
Ciências da Saúde, Itajaí.**

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea
Cutolo**

ITAJAÍ

2005

MARCO ANTONIO MERECHIA SANTOS

**AS DIRETRIZES CURRICULARES E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DA UNIVALI:
Construindo a Interdisciplinaridade através dos Objetos Fronteiriços e da
Epistemologia de Fleck.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, de Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 30 de outubro de 2005.

**Prof. Dr. LUIZ ROBERTO AGEA CUTOLO
UNIVALI - CCS - ITAJAÍ**

**Profa. Dra. ÁGUEDA LENITA PEREIRA WENDHAUSEN
UNIVALI - CCS - ITAJAÍ**

**Prof. Dr. MARCO AURELIO DA ROS
UFSC - CCS - FLORIANÓPOLIS**

Dedico integralmente este trabalho
à minha avó Henriqueta
à tia Isa
ao meu pai Jesus
ao Anderson
à memória de minha mãe
e à de meu irmão.

Sem vocês, nada em minha vida seria possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo, por acreditar em mim.

À Prof. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen, coordenadora do Mestrado, por também acreditar em mim desde o começo.

À Prof. Roberta Pimenta Vieira de Carvalho, uma gratidão imensa por seu auxílio inestimável, sua força, simpatia, bom humor e incentivo para seguir adiante.

Aos professores do Mestrado, de forma especial às Prof. Dras. Rosita Saupe, Ingrid Elsen, Elisete Navas Sanches Próspero, Gladys Amélia Vélez Benito e Yolanda Flores e Silva, por sua dedicação e apoio nos momentos mais importantes.

Ao Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros por partilhar seu conhecimento, por sua disponibilidade e por fazer questão de se manter fiel aos seus princípios desde sempre.

À incansável Rosélia por sua paciência comigo.

Aos colegas de jornada durante o Mestrado, em especial à Sarah, Simone, Nilcéia e Daniela, por tudo que passamos juntos.

Aos colegas do PSF de Bombinhas, em especial à Enf^a. Lucemar Dias, à Viviane, à Marcinha, à Fatinha, à Lígia, à Valéria, ao Rogério, à Dalzisa, à Lane, à Belinha, à Flávia, componentes de nossa brava equipe do PSF do Centro, onde lutamos diariamente por aquilo que acreditamos há mais de 3 anos.

À população de Bombinhas que acredita no meu trabalho.

Às minhas amigas de muito tempo Sheiloka e Bete, pela força providencial.

A todos que me ajudaram a prosseguir e chegar ao final...

Muito obrigado.

Se quisermos avançar para um currículo interdisciplinar, temos que começar a pensar interdisciplinarmente, isto é, ver o todo não pela simples somatória das partes que o compõem, mas pela percepção de que tudo sempre está em tudo, tudo repercute em tudo, permitindo que o pensamento ocorra com base no diálogo entre as diversas áreas do saber. É esse estabelecimento de relações que nos possibilitará analisar, entender e explicar os acontecimentos, fatos e fenômenos passados e presentes, para que possamos projetar, prever e simular o futuro.

Rosa Maria Calaes Andrade
Pedagoga

SANTOS, Marco Antonio Merechia. **As Diretrizes Curriculares e o Currículo de Graduação em Medicina**: construindo a interdisciplinaridade através dos objetos fronteiriços e da epistemologia de Fleck. 2005. 170 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. SC.

RESUMO

A partir da dificuldade de integração entre os diferentes profissionais de saúde quando trabalham em equipe no Programa de Saúde da Família e do pressuposto de que mudanças ainda em nível de graduação em Medicina poderiam consolidar os conceitos de Interdisciplinaridade e atuação multiprofissional, foi realizado um estudo de caso com o Curso de Graduação em Medicina da UNIVALI, visando à identificação de interfaces possíveis, ou *Objetos Fronteiriços*, entre o curso de Medicina e outros cursos da saúde, dentro do Projeto Pedagógico e dos Planos de Ensino do curso, correlacionando-os com as Diretrizes Curriculares do MEC. Foi realizada uma análise temática de conteúdo nestes documentos, utilizando como referencial as categorias epistemológicas de Ludwik Fleck e o conceito de *Objeto Fronteiriço* de Star e Griesemer. Após a análise dos documentos oficiais e técnicos, foram descritos os espaços passíveis de concretização da interdisciplinaridade no texto das Diretrizes Curriculares e no Projeto Pedagógico do curso, e separadas três possibilidades dentro da grade curricular, em relação às disciplinas enquanto *Objetos Fronteiriços* Potenciais, Viáveis e Concretos. As 86 disciplinas do curso foram distribuídas nestas categorias. Os resultados obtidos foram promissores e orientam um caminho a ser percorrido na direção da concretização da Interdisciplinaridade, necessária para a efetivação do conceito de integralidade, base da atuação do novo profissional com caráter generalista, importante para a consolidação da estratégia de Saúde da Família e do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Saúde da Família

SANTOS, Marco Antonio Merechia. **The Curricular Guidelines and the Medicine Graduation Curriculum: building the Interdisciplinarity through the Boundary Objects and Fleck's Epistemology**". 2005. 170 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. SC.

ABSTRACTS

Starting from the difficulty of integration among different health professionals when they work together in the *Programa de Saúde da Família* (Family Health Program), and also from the assumption that changes early made in the Medicine graduation course might consolidate the concepts of interdisciplinarity and of multiprofessional action, a case study has been carried out concerning the Medicine Graduation Course of the UNIVALI, aiming at the identification of possible interfaces (*Boundary Objects*) between the Medicine graduation course and other courses in the health field, considering the course's Pedagogical Project and Teaching Plans, as well as the Curricular Guidelines of the MEC (Ministry of Education). A thematic content analysis of those documents has been carried out, based upon Ludwik Fleck's epistemologic categories and Star and Griesemer's *Boundary Object* concept. After the analysis of official and technical documents, the areas of the Curricular Guidelines and of the course's Pedagogical Project that might concretize the interdisciplinarity have been described, and three possibilities have been proposed for the disciplines, considered as Potential, Possible and Concrete Boundary Objects. The 86 disciplines have been classified in such categories. The results obtained have been promising and indicate a way to be taken towards the concretization of interdisciplinarity necessary for the effectiveness of the concept of integrality that is the base of the action of the new professional with a generalistic approach, which is important for the consolidation of the strategy of the Family Health Program and of the *SUS* (*Sistema Único de Saúde* – Unified Health System).

KEYWORDS : Education, Medical; Interdisciplinary Health Personnel; Family Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
------------------------	-----------

CAPÍTULO 1.....	29
------------------------	-----------

REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Revendo a criação do Sistema Único de Saúde.....	29
1.2 O PSF como estratégia para consolidação do SUS.....	37
1.3 A Interdisciplinaridade, a formação do profissional de saúde e o PSF: a teoria e a prática.....	43
1.4 A Medicina Ocidental, o Médico e sua formação: de Hipócrates Aos Pólos de Educação Permanente.....	54

CAPÍTULO 2.....	68
------------------------	-----------

REFERENCIAL TEÓRICO: AS CATEGORIAS EPISTEMOLÓGICAS DE LUDWIK FLECK E O OBJETO FRONTEIRIÇO

CAPÍTULO 3.....	81
------------------------	-----------

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

3.1 Procedimento ético.....	81
3.2 Base teórica.....	81
3.3 Metodologia utilizada.....	83
3.4 Coleta de dados.....	85
3.5 Análise dos dados.....	86

CAPÍTULO 4..... 92
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS DIRETRIZES CURRICULARES DO MEC

- 4.1 A construção das Diretrizes Curriculares..... 92
4.2 Análise das diretrizes Curriculares..... 96

CAPÍTULO 5..... 107
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PROJETO PEDAGÓGICO DE DOS PLANOS DE ENSINO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVALI

- 5.1 Histórico do curso de Medicina da UNIVALI..... 107
5.2 Análise do Projeto Pedagógico..... 108
5.3 Análise dos Planos de Ensino..... 131

CAPÍTULO 6..... 153
CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS.....159

INTRODUÇÃO

Minha relação com a Saúde Pública, enquanto médico, iniciou bem cedo, após a graduação, quando saí de Campo Grande/MS, onde freqüentei a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, entre os anos de 1988 e 1993. No ano seguinte à formatura, fui para Curitiba/PR, onde fui aprovado em Concurso Público para trabalhar como médico clínico-geral, atuando exclusivamente em atenção primária.

Em 1996, após seleção interna da Prefeitura Municipal de Curitiba/PR, iniciei minhas atividades como médico generalista no Programa de Saúde da Família (PSF). Quando entrei, o PSF já estava em funcionamento na cidade há quatro anos em unidades-piloto do município, e em fase de expansão para outras unidades básicas da rede municipal (CURITIBA, 2002).

Trabalhar integrado a uma equipe, com profissionais de outras áreas de formação foi uma grande novidade para mim. Durante a graduação quase não tive a oportunidade de entrar em contato com outros **coletivos de pensamento**¹ (FLECK, 1986); e trabalhar em conjunto com enfermeiras, dentistas e pessoal de nível técnico, numa relação horizontal, com caráter eminentemente **interdisciplinar**², se mostrou um desafio fascinante.

¹ Categoria epistemológica a ser melhor explicada mais adiante, no capítulo 2, cujo significado se aproxima ao de profissões ou coletivos profissionais distintos.

² Conceito a ser categorizado no capítulo 1.

Minha experiência durante a graduação em Medicina teve um caráter que contribuiu para reforçar a figura hegemônica do médico dentro de uma equipe de saúde. Além disso, pude vivenciar, ainda dentro da Universidade, o aspecto biologicista e hospitalocêntrico do exercício profissional, sob uma clara influência do modelo flexneriano e fragmentado de currículo seguido por algumas escolas médicas até hoje.

Estes aspectos relativos à hegemonia do médico dentro da equipe de saúde, ficaram bem claros para mim quando iniciei meus estudos na Faculdade de Medicina, pois esta foi, na realidade, minha segunda formação profissional de nível superior na área.

Entre os anos de 1979 e 1982, freqüentei e me graduei em Farmácia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tendo, em seguida, me especializado na área de Indústria de Medicamentos, exercendo a função de Oficial Farmacêutico no setor de Controle de Qualidade do Laboratório Farmacêutico da Marinha, entre 1983 e 1984, entre outras atividades específicas de minha formação na área de medicamentos, inclusive em Homeopatia.

Ainda enquanto estudante de Farmácia e, posteriormente, quando já exercendo a profissão, pude constatar a dificuldade de integração entre farmacêuticos e médicos. Depois de formado em Medicina, verifiquei que esta falta de comunicação não ocorria somente entre médicos e farmacêuticos, mas entre os trabalhadores da saúde em geral, independentemente de suas categorias profissionais.

Em minha opinião, não há uma visão integradora durante a graduação que proporcione uma interação verdadeiramente interdisciplinar entre os diversos coletivos de pensamento, representados pelas várias profissões da área da saúde, cada qual com seu **estilo de pensamento**³ (FLECK, 1986), adquirido durante a formação e consolidado através do contato contínuo com outros profissionais da mesma área.

Após cerca de nove anos de exercício ininterrupto dentro da Estratégia de Saúde da Família, sinto a necessidade de encontrar interfaces possíveis, ou **objetos fronteiriços**⁴ (STAR; GRIESEMER, 1989), capazes de promover a construção desta relação interdisciplinar ainda durante a fase de formação profissional, a graduação.

Tenho a convicção pessoal, após estes anos todos, de que a Estratégia de Saúde da Família é uma fórmula válida para a ampliação do acesso e da atenção integral à Saúde, tendo se tornado um instrumento importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde de nº 8080/90 e 8142/90 (DA ROS, 2004).

Este sistema de saúde, de caráter universal e gratuito, foi construído ainda antes da sua criação pela Constituição Federal de 1988, como resultado do processo de redemocratização do país. O evento mais importante deste período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, que

³ Categoria epistemológica a ser explicada no capítulo 2, que representa a forma específica de pensar e agir de cada profissão.

⁴ Categoria epistemológica a ser explicada no capítulo 2, que pode ser entendida como interface de conexão.

contou com a participação expressiva de vários segmentos da sociedade, e cujas conclusões serviram de alicerce para as mudanças que estavam por vir (BRASIL, 2002).

Esta Conferência de Saúde veio ao encontro dos anseios de todos aqueles que formaram o chamado Movimento pela Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde desestatizante, curativo e centralizador⁵ vigente nos anos 70 e 80, e que congregava acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e diversos setores da sociedade. O princípio constitucional da Saúde como direito do cidadão e dever do Estado é devido aos ideais preconizados pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2002; DA ROS, 2004).

A implantação do SUS em nosso país, a partir desse conceito de saúde como um direito da população e dever do Estado, presente no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (PEREIRA, 2003).

Segundo Da Ros (2000) a primeira proposta para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, no sentido de evitar o pior, ou seja, o “estouro da demanda” nos hospitais e centros de referência, ocorreu no final de 1993 com a implantação de um programa que servisse de “porta de entrada” do sistema, com boa resolutividade

⁵ Este foi, e ainda é, um modelo de saúde baseado no hospitalismo, na transferência progressiva de responsabilidade da gestão e manutenção da saúde do Estado para a iniciativa privada, com a centralização das decisões, distante da realidade da população que usa o sistema.

em nível de atenção primária. Este foi o início do Programa de Saúde da Família (PSF), cujo nome foi sugerido pela UNICEF (DA ROS, 2000).

Em 1994 o Ministério da Saúde operacionalizou o PSF como modelo substitutivo para ampliação do acesso à atenção básica, com critérios bem definidos de atuação através de uma equipe multiprofissional, composta inicialmente por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, trabalhando em tempo integral, vinculada a uma população territorialmente bem definida, e com ênfase na promoção e na prevenção, em detrimento dos aspectos curativos (BRASIL, 2000).

Este programa, com o tempo, mostrou-se adequado à realidade de nosso país e cumpriu grande parte de seus objetivos, principalmente aqueles referentes ao acesso aos serviços, transformando-se em uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde da população e em um instrumento válido de consolidação do SUS.

No entanto, detalhes importantes como o financiamento do programa e a formação dos recursos humanos para este tipo de trabalho, de caráter multiprofissional e interdisciplinar por definição, só vieram a ser equacionados em 1997, com o apoio financeiro do Banco Mundial, que patrocinou a expansão da estratégia, com a finalidade de baixar o custo do sistema de saúde (Costa apud DA ROS, 2004).

Após quase onze anos de implantação do PSF, com a adesão da grande maioria dos municípios brasileiros à estratégia, pôde-se constatar, na prática, uma melhoria

relativa nos indicadores de saúde, conforme se pode constatar através dos dados citados mais adiante.

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento da gerência em nível local, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais. A palavra que poderia ser usada para resumir os avanços obtidos nesta última década seria “inclusão”, apesar das falhas ainda existentes no sistema (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde,

Pela natureza e pelas particularidades do setor saúde é extremamente difícil atribuir-se a uma determinada ação a melhoria de alguns indicadores. A mortalidade infantil é exemplo disso. Mas a contribuição das ações públicas para o progresso da condição de saúde da população é incontestável. A convergência da maior autonomia promovida aos administradores, fixação financeira, desenvolvimento da gerência e compromisso com a redução das desigualdades criam condições para a estruturação de políticas que elevam a saúde (BRASIL, 2002).

Citando dados do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família ampliou a cobertura da atenção básica em dez vezes aproximadamente, entre 1997 e 2001, passando de 5,6 milhões para mais de 50 milhões de pessoas.

O total de consultas na rede pública foi ampliado, entre 1997 e 2001, em cerca de 40,5 milhões, ou 13,1 %, passando o número de consultas por habitante de 1,9 para 2,0 no mesmo período. Em 2002, um número de 5.534 municípios, ou seja, quase

todos os municípios brasileiros, receberam no mínimo R\$ 10,00 por habitante, referente ao Piso de Atenção Básica (PAB), com certeza ainda insuficientes para a realização de uma atenção integral à saúde para todos (BRASIL, 2002).

No entanto, como médico engajado na proposta do PSF desde junho de 1996, eu pude perceber a persistência de um outro aspecto problemático que se manteve ao longo dos anos praticamente intocado: a dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde, principalmente os médicos, em interagir de forma interdisciplinar em equipe multiprofissional.

Este tipo de relação horizontal dentro da equipe, respeitadas as peculiaridades de cada profissão, é estranho à hegemonia da formação flexneriana e determinista recebida durante a graduação, quando se formam os estilos de pensamento que irão nortear a atuação profissional dos egressos dos bancos universitários. O biologicismo tecnológico presente na estrutura curricular dos cursos de Medicina leva à expectativa da especialização antes mesmo do término do curso, antes mesmo do aluno vir a ser um médico.

O médico generalista com perfil social, necessário para a concretização dos ideais da Reforma Sanitária presentes no SUS, é desvalorizado por seus pares especialistas, e o estudante de medicina não vê a atuação em Saúde Pública como símbolo de *status*, mas sim como uma forma menor e alternativa para o exercício da profissão.

Como trabalhar no PSF representa uma alternativa salarial tentadora, muitos profissionais têm se interessado em fazer parte das equipes, sendo a sua grande maioria composta por médicos recém-formados à espera de uma vaga na residência ou em outros tipos de especializações. Alguns aderem por motivos de ordem financeira e outros ainda por curiosidade, a maior parte sem apresentar perfil adequado ao exercício da função.

Em virtude mesmo da relativa incapacidade de interagir com outros coletivos de pensamento que herdamos dos bancos universitários, não tenho informações a respeito dos motivos que levam profissionais de outras áreas a entrar no PSF. Mas pude constatar durante minha longa prática dentro da estratégia, que médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais de nível médio de enfermagem e odontologia geralmente compõem equipes heterogêneas, desarticuladas e pouco comprometidas com a execução da grande tarefa de modificar o perfil de saúde de nossa população.

Participei, ao longo destes nove anos, de equipes do PSF em quatro municípios situados em diferentes estados da federação (Curitiba/PR, Juiz de Fora/MG, Blumenau/SC e Bombinhas/SC), e pude perceber as dificuldades de comunicação e de integração interdisciplinar entre seus componentes.

Quando chegava a haver uma relação de cunho interdisciplinar dentro das equipes, geralmente esta ocorria por intermédio de ações individuais de profissionais engajados nos princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família ou por fatores ligados à afinidade pessoal entre os seus membros. A própria Ivani Fazenda (2003,

p. 21), em sua revisão histórica a respeito da interdisciplinaridade, interroga se “o caminho para a interdisciplinaridade não estaria determinado pelas ligações afetivas entre os colaboradores”.

Acredito que a formação acadêmica tradicional que estes profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseada em currículos flexnerianos⁶ e estáticos, rígida e pouco voltada para as reais necessidades da população, além da ausência de contato de caráter pedagógico-institucional com outros coletivos de pensamento durante a fase de formação, pode ser um dos fatores que dificultam a interdisciplinaridade no trabalho em equipe.

A ênfase no valor das especializações e no estilo de pensamento hegemônico dos médicos, muitas vezes é adquirida precocemente durante estágios extracurriculares, os quais, segundo Lampert (2001), formam um “currículo paralelo”, que subverte a estrutura formal estabelecida pela escola médica na busca de experiências clínicas, já que neles não existem programas pedagógicos, relação tutorial ou supervisão formal dos conteúdos a serem apreendidos pelos alunos.

Merton (apud LAMPERT, 2001), do ponto de vista prático, diz que:

Os estudantes de Medicina estão engajados em estudar as funções profissionais do médico através da combinação tanto de seu componente de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, como em serem motivados e habilitados para desempenhar este papel num estilo social e profissionalmente aceitável (Merton apud LAMPERT, 2001, p. 11).

⁶ Currículos com caráter eminentemente biologicista, divididos em ciclos básicos e clínicos, com ênfase na especialização e na tecnologia, em detrimento do humano e do social, baseados no Relatório Flexner (1910), melhor exposto no item 1.4 desta dissertação.

Em relação às atividades extracurriculares, Rego (apud LAMPERT, 2001) as critica já que nestas:

Não há supervisão docente, os alunos desfrutam de uma autonomia inaceitável e incompatível com seu nível de formação, os plantões e estágios informais não possibilitam acompanhar a evolução dos pacientes atendidos, saber se o diagnóstico estava correto e se a terapêutica foi adequada, tornando-se uma mera repetição de procedimentos e rotinas, reduzindo a prática médica a um perigoso tecnicismo (Rego apud LAMPERT, 2001, p.11).

Este tipo de aprendizado indireto também foi abordado por Merton (apud LAMPERT, 2001), quando afirmou que:

Os estudantes adquirem atitudes, valores e padrões de comportamento como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde, e que acontece de forma duradoura no envolvimento contínuo com o estafe médico, colegas e pacientes, caracterizando a escola médica como uma organização social, reflexo da sociedade na qual está inserida (Merton apud LAMPERT, 2001, p. 11).

Na maior parte das vezes, a convivência com profissionais não engajados com os princípios do SUS, nem com a atenção primária, leva os estudantes de Medicina a acreditar que a especialização e a tecnologia, bases do determinismo biologicista, são os objetivos principais da formação do médico, relegando a visão interdisciplinar, integral e social da profissão a um desvalorizado segundo plano.

A edição das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde pelo Ministério da Educação (MEC) em 2001 (BRASIL, 2003), veio para tentar corrigir essas deficiências na formação dos profissionais de saúde, eliminando a ênfase nas

especializações e procurando formar um novo ator social: o profissional com formação generalista, direcionado primordialmente à atenção básica de saúde, capaz de resolver a maior parte dos problemas de uma população ainda carente do básico para sua sobrevivência, e de se relacionar interdisciplinarmente com outros profissionais da área.

Assim sendo, retomando o tema deste trabalho, relativo à mudança de pensamento e atitude dos profissionais egressos dos cursos universitários da área da saúde, parto do pressuposto de que estes não estão sendo adequadamente preparados durante a graduação para o exercício do trabalho em equipe multiprofissional, como previsto nos princípios do SUS, visando um atendimento integral e com caráter interdisciplinar.

Dessa forma questiono: **existem espaços, núcleos articuladores, objetos fronteirios, nas Diretrizes Curriculares do MEC, no projeto pedagógico e nos planos de ensino do curso de Medicina da UNIVALI, potenciais para a construção de uma interface baseada na interdisciplinaridade, visando principalmente o princípio da integralidade e o trabalho em equipe no PSF, conforme idealizado pelo Ministério da Saúde?**

Aproveitando o espaço que a contemporaneidade da discussão a respeito da interdisciplinaridade como prática profissional na área da saúde oferece, realizei uma pesquisa documental do Projeto Pedagógico e dos Planos de Ensino do curso de Medicina da UNIVALI (utilizado como recorte imediato por questões de ordem

prática, porém passível de se estender aos outros cursos médicos em todo o país), relacionando-os às Diretrizes Curriculares do MEC (BRASIL, 2003).

Esse trabalho teve como objetivo buscar o conceito de interdisciplinaridade nas Diretrizes Curriculares do MEC, no Projeto Pedagógico e nos Planos de Ensino do curso de graduação em Medicina da UNIVALI, a fim de encontrar espaços de relação (ou objetos fronteiriços) possíveis, entre o aluno de Medicina e outros estudantes e profissionais de saúde, com ênfase no trabalho de caráter generalista e interdisciplinar em equipe em nível de atenção primária e sua estratégia para a consolidação dos princípios constitucionais e legais do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF).

Este estudo, além de atual é também necessário, já que será importante encontrar pontos de interseção, ou objetos fronteiriços, cujo conceito será trabalhado mais adiante, que permitam a interação do futuro médico com outros componentes da equipe do PSF, principalmente em virtude da prática “hegemônica secular” destes profissionais sobre as demais profissões da área da saúde, prática essa que pode constatar e vivenciar ainda dentro da Universidade.

As perspectivas de mudança deste quadro são positivas, pois, além da necessidade do mercado de trabalho em absorver novos profissionais médicos, com uma formação mais geral e humanista gerada pela estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde, em conjunto com o MEC, propõem novos rumos para a educação médica no país, ao editar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde (BRASIL, 2001), e propor a formação dos

Pólos de Educação Permanente em Saúde como recursos estruturais para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2003).

Os Pólos são núcleos de articulação entre gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino, serviços e representação estudantil, e terão como função propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores e demais atores sociais da saúde. Esta é considerada a principal estratégia do Ministério da Saúde para a implantação da política de formação e desenvolvimento e para o fortalecimento do trabalho no SUS (BRASIL, 2005).

Sendo o conceito de integralidade um dos principais pilares da atuação profissional do novo profissional que o SUS necessita para se consolidar, o passo inicial foi dado pelos Ministérios da Saúde e da Educação ao regulamentar e implantar as Diretrizes Curriculares e os Pólos de Educação Permanente em Saúde. No entanto, para a concretização efetiva do trabalho multiprofissional em equipe, é necessário definir e operacionalizar a questão da interdisciplinaridade.

Reitero o fato de que focalizo este estudo na graduação por uma questão de recorte e por considerar este momento pedagógico como crucial para a formação do estilo de pensamento que irá determinar o futuro perfil do profissional de saúde. Considero igualmente de suma importância os projetos de extensão, educação permanente, pós-graduação, especialização, mestrado e doutorado, deixando, para outro momento a continuação da pesquisa nesta direção.

A chance de desenvolver este trabalho surgiu com o oferecimento do curso de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, no ano de 2003. Como uma das linhas de pesquisa do Mestrado versa sobre a temática da formação em recursos humanos para o SUS, envolvendo a questão da Educação em Saúde, encontrei o campo propício para procurar respostas a minhas indagações profissionais.

Um grupo de cinco mestrandos, duas enfermeiras, uma odontóloga, uma fisioterapeuta e eu, médico, inicialmente tínhamos nossos problemas de pesquisa relacionados a aspectos específicos do exercício profissional. No entanto, a convivência e os momentos de orientação em grupo terminaram por levar ao desenvolvimento de um tema comum a todos, mais afinado com a linha de pesquisa do Orientador, a formação de recursos humanos para o SUS. Posteriormente, por motivos de ordem pessoal, uma das mestrandas, enfermeira, optou por estudar a interdisciplinaridade dentro do ambiente hospitalar.

Partindo do pressuposto de que mudanças curriculares nos cursos de graduação poderiam provocar alterações significativas no perfil dos egressos, principalmente em relação ao caráter interdisciplinar da atuação multiprofissional em equipe, este estudo, que visava originalmente a Medicina, foi estendido aos outros coletivos de pensamento presentes no grupo.

Em nosso caso específico, os projetos pedagógicos e os currículos da Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia, este último sob a forma de um Trabalho de Conclusão de Curso, foram estudados pelos profissionais de cada área,

de acordo com as diretrizes do projeto-mãe que foi submetido ao Conselho de Ética da UNIVALI em setembro de 2003, denominado *Práticas curriculares interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde da UNIVALI (Campus I)*.

Este projeto-mãe está articulado a outro projeto integrado, este vinculado ao Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI, Campus I, localizado em Itajaí, litoral norte de Santa Catarina. É realizado pelo grupo de pesquisa de “Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”, cuja linha de pesquisa está ligada à formação de recursos humanos para o SUS.

O projeto integrado denomina-se *Competências dos Recursos Humanos em Saúde para a Consolidação do SUS/Programa/Estratégia de Saúde da Família*, desenvolvido por professores Doutores do Mestrado, contando ainda com a participação ativa de Mestrandos, Graduandos e outros profissionais, direta e indiretamente envolvidos com o trabalho. Este Projeto é apoiado pela Fundação de Ciência e Tecnologia do Estado de Santa Catarina (FUNCITEC).

Os resultados obtidos neste trabalho estão sendo devolvidos à comunidade acadêmica e à sociedade sob a forma desta dissertação de Mestrado, visando contribuir para o aperfeiçoamento da formação dos estudantes de Medicina ainda durante a graduação, o que pode levar a uma mudança no perfil profissional dos médicos que atuam em atenção primária em nosso país, reforçando suas competências para atuar em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, com uma visão engajada socialmente, humanizada, e integral do paciente.

Por uma questão didática e para uma melhor compreensão do leitor, organizei o conteúdo desta dissertação em capítulos com subtítulos, seguindo a estrutura abaixo:

INTRODUÇÃO – Situo minha formação e minha experiência profissional como médico, apresento dados sobre o SUS e o PSF, introduzo conceitos básicos necessários para a compreensão do tema da interdisciplinaridade, contextualizo o interesse pelo Mestrado e meu objeto de pesquisa.

CAPÍTULO 1 - Referente à revisão de literatura, em que desenvolvo os temas relativos à construção do SUS e à implantação do PSF, aponto a relevância do trabalho em equipe, esclareço os conceitos de interdisciplinaridade utilizados nesta dissertação, faço menção à história da Medicina e do Ensino Médico, contextualizo o Relatório Flexner e termino com as políticas públicas de formação de recursos humanos para a saúde e a formação dos Pólos de Educação Permanente.

CAPÍTULO 2 – Apresento a epistemologia de Fleck e os conceitos de Estilos de Pensamento e Coletivos de Pensamento e focalizo na definição de Objeto Fronteiriço, base teórica deste trabalho.

CAPÍTULO 3 – Apresentação dos procedimentos de pesquisa e metodologia, comento a respeito dos principais autores de métodos de pesquisa qualitativa e análise de conteúdo utilizados como referência.

CAPÍTULO 4 – Apresentação das Diretrizes Curriculares do MEC e análise de conteúdo documental das mesmas.

CAPÍTULO 5 - Apresentação do Curso de Medicina da UNIVALI, e análise de conteúdo documental detalhada do Projeto Pedagógico e dos Planos de Ensino da graduação.

CAPÍTULO 6 - Considerações finais do trabalho e conclusão da Dissertação.

REFERÊNCIAS - Listagem em ordem alfabética e cronológica dos textos dos documentos oficiais e obras dos autores consultados para a construção e finalização desta Dissertação.

CAPÍTULO 1.

REVISÃO DE LITERATURA

1.1 - REVENDO A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):

Segundo Da Ros (2004), por muito tempo, a lógica da Saúde Pública no Brasil se pautou por aspectos deterministas e biológicos, como a unicausalidade e a culpabilização da vítima, herdados do positivismo flexneriano.

As políticas públicas de saúde anteriores à década de 60 se resumiam ao sanitarismo campanhista. O Ministério da Saúde era encarregado da prevenção e realizava desde perfuração de poços, confecção de fossas, operações mata-mosquitos até atendimentos dos casos provenientes das grandes endemias: hanseníase, tuberculose, verminoses, doença de Chagas (DA ROS, 2004).

O atendimento à população era realizado pelas antigas caixas de aposentadorias e pensões (IAP), somente para os trabalhadores organizados, os quais, mediante contribuição mensal descontada do salário, tinham acesso a ambulatórios, hospitais, corpo clínico e equipamentos. Já a população pobre dependia de hospitais de caridade, as Santas Casas de Misericórdia, normalmente sob a responsabilidade da Igreja (DA ROS, 2004).

Em 1964 inicia-se um novo período da história recente brasileira, com o golpe militar, financiado pelos norte-americanos. Em 1968, a Reforma Universitária traz em seu bojo a adoção do modelo flexneriano biologicista. A supressão das cadeiras relacionadas à terapêutica, transformou os alunos em reféns dos representantes dos laboratórios, que passaram a ser os “professores” dos estudantes de Medicina e dos médicos, enriquecendo o já promissor complexo médico-industrial da época (DA ROS, 2004).

Em menos de 10 anos, saltamos de 26 faculdades de medicina em 1963 para 56 em todo o país, todas seguindo obrigatoriamente o modelo biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado e estimulador do positivismo, buscando a “verdade” através dos diagnósticos realizados por meio de aparelhos cada vez mais sofisticados e com a já internacionalmente ultrapassada teoria unicausal posando de moderna (DA ROS, 2004).

Em 1973, com a primeira grande crise internacional do petróleo, o regime militar busca outras saídas diante da piora visível nas condições de saúde dos recrutas e da própria população, com um aumento acentuado no número de cáries, verminoses, e diminuição da altura média dos brasileiros. Epidemias voltaram com força total em função da diminuição dos recursos para o financiamento das atividades preventivas do Ministério da Saúde (DA ROS, 2004).

Na área da saúde eclode um movimento de contra-hegemonia ao modelo flexneriano e ao modelo unicausal, de luta contra o complexo médico-industrial, que defende um comando ministerial único para as ações preventivas e curativas. Este

novo pensamento, em oposição ao complexo médico-industrial, pode ser simbolizado pelo chamado Movimento pela Reforma Sanitária. Integraram este movimento não só os profissionais de saúde, mas vários setores da sociedade organizada, como a Igreja, sindicatos, entidades médicas (DA ROS, 2004).

O Movimento pela Reforma Sanitária brasileiro teve suas bases históricas no séc. XIX, quando se desenvolveu a idéia da Medicina como Ciência Social, articulando os condicionamentos sociais e os problemas médicos. O Conceito de Medicina Social teve o ano de 1848 como o marco inicial do desenvolvimento do conceito em vários países europeus como Inglaterra, Alemanha, França e Itália (Garcia apud CUTOLO, 2001).

Segundo Cutolo,

O conceito de Medicina Social não está restrito ao seu aspecto genético (relação pobreza/doença). Entende-se que a doença é mediada e determinada socialmente, com aspectos culturais, antropológicos, históricos, políticos e econômicos (CUTOLO, 2001, p. 75).

Em 1974, os Institutos de Aposentadoria e Pensão foram desapropriados e passaram ao controle do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O Ministério da Saúde teve seu orçamento drasticamente reduzido de 8,0 % para 0,8 %, com o conseqüente retorno de doenças e epidemias já relativamente controladas à época (DA ROS, 2004).

Em 1980, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, é apresentada uma proposta chamada PREV-Saúde, que fundiria os dois ministérios e passaria a repassar recursos para os municípios. Esta proposta criava uma porta de entrada para o sistema público de saúde, com alta resolutividade, baseada nos Postos de Saúde, com profissionais assalariados e uma lista de medicamentos básicos a serem entregues à população (DA ROS, 2004).

Em 1983, com a experiência bem sucedida do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), passa a ser política ministerial prioritária a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), centrada nos municípios, os quais deveriam apresentar um plano municipal de saúde e ter uma comissão interinstitucional de saúde para acompanhamento do programa, a fim de obter recursos. As Ações são consideradas as precursoras da descentralização-municipalização da saúde e do SUS (DA ROS, 2004).

Com o fim da ditadura militar, em 1985, o Movimento Sanitário cresceu nos municípios, fugindo do controle do complexo médico-industrial instalado em Brasília, e sem força para enfrentar um movimento social organizado nas bases. A candidatura de Tancredo Neves propicia a indicação de pessoas-chave do Movimento no Ministério da Saúde, mantida por José Sarney, que assumiu o cargo de Presidente da República com o falecimento de Tancredo Neves antes da posse. Com isto se inicia a Nova República, com Hésio Cordeiro como presidente do INAMPS, e no Ministério da Saúde – FIOCRUZ, Sérgio Arouca (DA ROS, 2004).

Hésio Cordeiro radicaliza a proposta das AIS e cria o SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, propondo a extinção do INAMPS, assim como o repasse dos recursos financeiros para as ações de saúde para os municípios. Sérgio Arouca, por seu lado, busca legitimar as ações da Reforma Sanitária coordenando a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: Direito de todos, Dever do Estado”, realizada em 1986, tornando-se o evento divisor de águas no setor de saúde no Brasil (DA ROS, 2004).

Muitos avanços se construíram a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, porém, um dos mais importantes foi o conceito ampliado de saúde que consta em seu relatório final:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, 1986).

Durante dois anos, as discussões para a formação da nova Constituição Federal de 1988 foram acompanhadas pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Com isso, no texto constitucional apareceram artigos que diziam respeito à Saúde, os de números 196 a 200. O primeiro assegurou o lema da 8ª Conferência, o qual determinou que a ordenação dos recursos humanos em saúde ficaria a cargo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme lembrou Pereira *et al* (2003), vários artigos da Constituição deveriam ser regulamentados num prazo de 180 dias, mas a eleição de Fernando Collor de Melo e de seu projeto neoliberal de governo atrasou a regulamentação do capítulo da saúde. Somente em 1990, com a aprovação das Leis 8080/90 e 8142/90 pelo Congresso Nacional é que se implantou na prática o Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto destas Leis introduziu uma série de conceitos, sistematizados sob a forma de princípios doutrinários e organizativos do SUS. Ainda segundo Pereira:

Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador, os princípios doutrinários (PEREIRA *et al*, 2003, p. 34).

Os princípios doutrinários do SUS são: a Universalidade, a Eqüidade e a Integralidade, enquanto seus princípios organizativos são: a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Popular (PEREIRA *et al*, 2003).

A Universalidade trouxe, enquanto princípio, o conceito de acesso garantido às ações de saúde, em todos os níveis, a todas as pessoas, independente de sexo, renda, raça, procedência, ocupação, nível social ou outras características sociais ou individuais. A Eqüidade veio como um princípio norteador de justiça social, já que trata desigualmente os desiguais, investindo mais onde as necessidades da população são maiores (CUNHA, J; CUNHA, R, 1998).

A Integralidade visa o indivíduo como um todo e inclui, pela primeira vez, de forma clara, entre os princípios norteadores do sistema de saúde brasileiro, os conceitos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população (CUNHA, J; CUNHA, R, 1998).

O conceito da Integralidade foi fundamental para o estabelecimento do novo perfil profissional generalista do médico e dos outros profissionais de saúde, pois evoca o princípio do trabalho em equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar, sem o qual este trabalho de prevenção e promoção da saúde não pode ser realizado.

A concretização da doutrina do SUS ocorreu através dos seus princípios organizativos: a Descentralização do poder entre os três níveis de governo, o Federal, o Estadual e o Municipal, de forma soberana e autônoma, aproximando a gestão e a execução dos serviços de seus usuários, ao responsabilizar o Município pela saúde de seus cidadãos (CUNHA, J; CUNHA, R, 1998).

A Regionalização e a Hierarquização organizaram a saúde em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma área geográfica previamente definida, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição da população a ser atendida, controlando e racionalizando gastos (CUNHA, J; CUNHA, R, 1998).

A Participação Popular veio para democratizar as decisões de gestão do SUS, através da criação dos Conselhos de Saúde, existentes nos três níveis de governo, de caráter deliberativo, fiscalizador e permanente, com representação paritária,

sendo metade de seus membros representantes dos usuários do sistema e a outra metade composta pelo governo, trabalhadores de saúde e prestadores privados. As Conferências de Saúde ocorrem nos níveis federal, estadual e municipal, e definem as políticas de saúde, propondo diretrizes e formulando estratégias para fiscalizar a execução destas políticas em cada nível de governo (CUNHA,J;CUNHA, R, 1998).

Um aspecto importante do SUS é sua caracterização como um conjunto de ações e serviços de caráter público e gratuito, prevendo a participação do setor privado somente como complementação nos casos em que o setor público for incapaz de atender a demanda. Ainda assim, os serviços privados não-lucrativos e filantrópicos foram priorizados nas regras de contratação complementar, sempre sob as normas do direito público e das diretrizes do SUS, conforme previsto no Art. 199 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O Art. 200 da Constituição Federal de 1988 e dispositivos da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), atribuíram ao SUS outras funções além das ações assistenciais, como as de vigilância epidemiológica e sanitária, saneamento básico, fiscalização de insumos, alimentos e água, proteção ao meio-ambiente, formação de recursos humanos na área da saúde e desenvolvimento científico e tecnológico.

Ainda hoje, podemos dizer que o Sistema Único de Saúde está em construção, através da prática diária de seus atores, gestores, profissionais de saúde e usuários. São muitas as falhas que existem no sistema, mas destaco como importante a dificuldade de compreensão de seu caráter integral e substitutivo em relação ao modelo assistencialista hegemônico, com o qual ainda convive.

1.2 - O PSF COMO ESTRATÉGIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS:

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), em seguimento ao trabalho realizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado e implantado em 1991 (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Foi através deste que se iniciou o processo de mudança de modelo no atendimento à saúde, deslocando o foco do indivíduo para a família e a comunidade, de forma mais abrangente, privilegiando a promoção e a prevenção em detrimento do assistencialismo curativo e desvinculado da realidade social vigente até então.

Os resultados obtidos pelo trabalho dos agentes comunitários, mesmo não sendo estes profissionais de saúde no sentido estrito do termo, levaram o Ministério da Saúde a implementar o PSF como uma forma de ampliação do trabalho educativo comunitário do PACS (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Partindo de um modelo centrado na atenção primária, e incorporando os princípios norteadores do SUS, o PSF foi estruturado de forma a:

- Prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos;
- Reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social;
- Garantir a equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os

cidadãos do município, avançando na superação das desigualdades sociais. (RIO DE JANEIRO, 2003, p. 1).

Este modelo proposto para a saúde instituiu a criação de vínculos e de compromissos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A estratégia de Saúde da Família, conforme citado em documentos do Ministério da Saúde, visou à reversão do modelo assistencial através da “mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a base assistencial em novas bases e critérios” (BRASIL, 1998, p.8).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), esta estratégia possibilitou focalizar o trabalho na atenção às famílias a partir do ambiente onde estas vivem, permitindo um melhor entendimento do processo saúde-doença, direcionando as intervenções para um conteúdo político-social que conseguisse transformar as ações de melhoria das condições de vida da sociedade como um todo. A base de sua atuação envolve princípios com algum grau de flexibilidade, porém subordinados àqueles anteriormente já citados, do SUS.

Esses princípios buscam, em essência, desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância à saúde, de forma a atuar precocemente antes mesmo do desenvolvimento das enfermidades, assim como sobre os riscos sanitários e ambientais, por sua vez geradores de agravos à saúde dos indivíduos, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos (BRASIL, 1998).

O trabalho no PSF é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um médico, um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) ou auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1998).

A incorporação de outras categorias de profissionais de saúde, como dentistas e outros profissionais de nível médio da odontologia, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros, pode ocorrer a partir da demanda e das características da organização dos serviços de saúde locais, de forma a propiciar a realização de atividades em grupo junto à comunidade (BRASIL, 1998).

Os profissionais das equipes de saúde são responsáveis por uma população adscrita, em uma área de abrangência definida, onde residam de 600 a 1000 famílias, com um limite máximo de 4500 habitantes (BRASIL, 1998). O Ministério da Saúde permite a flexibilização destes critérios de acordo com as características sociopolíticas, econômicas e geográficas da região. Estes profissionais devem residir no município onde atuam e trabalhar em horário integral, de forma a garantir a criação de um vínculo com as famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 1998).

As equipes do PSF devem desenvolver seus trabalhos de forma dinâmica, sob constante reavaliação das ações realizadas, principalmente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de sua área de atuação. Conforme definido pelo MS, as equipes deverão ser capazes de :

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;

- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno;
- realizar visitas domiciliares programadas ou pontuais, definidas a partir de critérios epidemiológicos e de situações de risco, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias e dos indivíduos, de forma racionalizada;
- prover internação domiciliar, quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem, com o intuito de humanizar e garantir conforto ao paciente, sem, no entanto, substituir a hospitalização, sempre que esta se mostrar necessária;
- estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades. (BRASIL, 1998, p. 14).

O PSF tem um caráter fundamentalmente substitutivo em relação ao modelo centrado no médico e no hospital, alterando as práticas convencionais de assistência para um processo de trabalho baseado no conceito de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 1998).

As Unidades de Saúde da Família estão inseridas no primeiro nível do sistema municipal de saúde (atenção primária), devendo estar vinculadas a uma rede de serviços, de forma a garantir atenção integral à população e assegurar a referência e contra-referência para os diversos níveis de maior complexidade, visando a resolução de situações ou problemas que exijam o atendimento especializado ou hospitalar (BRASIL, 1998).

O atendimento em nível primário deve ocorrer para todas as faixas etárias, incluindo as clínicas básicas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica-médica e pequenas cirurgias ambulatoriais, de forma multiprofissional e interdisciplinar, visando atender o princípio da Integralidade, e respeitando os limites de conhecimento e atuação de cada profissional (BRASIL, 1998).

Um processo de capacitação e formação contínua e eficaz das equipes é necessário, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas, possibilitando um aperfeiçoamento profissional através da educação permanente. Este mecanismo de atualização é importante para o desenvolvimento da concepção de equipe e para uma melhor vinculação dos profissionais com a população, que são aspectos que fundamentam todo o trabalho do PSF (BRASIL, 1998).

O planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as Universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos. A formação em serviço inicia com o treinamento introdutório da equipe e prossegue com a formação preferencial em serviço, inclusive com o uso da educação à distância como método de aprendizagem (BRASIL, 1998).

A educação permanente do pessoal que trabalha no PSF tem um aspecto prioritário, já que o perfil generalista exigido para o exercício da função somente agora está sendo valorizado nos bancos universitários. O treinamento serve para compensar

eventuais “deficiências individuais dos profissionais envolvidos com a estratégia, já que estes, em sua maioria, não estão ainda suficientemente sensibilizados para executar um trabalho em equipe de cunho interdisciplinar” (SANTOS; CUTOLO, 2003, p.69).

Parto do pressuposto de que um dos fatores principais que leva a essa dificuldade é um currículo de graduação excessivamente rígido, e que não prevê, em sua grade disciplinar, um espaço para o trabalho em equipe, onde cada futuro profissional seja capaz de conceber atuação conjunta com profissionais de outras áreas de formação diferentes da sua, ainda dentro da Universidade.

Acrescemos a esta questão, a existência da separação interna dos diversos saberes na área da saúde em função da ênfase à especialização, prejudicial à humanização da atuação profissional, conforme reconhece o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, quando nos refere, em seu documento de instituição das diretrizes para a organização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde que,

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação, ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas (BRASIL, 2003, p.4).

O reconhecimento destes espaços de interação profissional, em minha opinião, facilitaria a execução na prática de um trabalho de cunho interdisciplinar, partindo do que Etges (1993) define quando nos diz que:

A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade [...] não podendo jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. (ETGES, 1993, p. 18).

A discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade atual do PSF é de fundamental importância para provocar mudanças nos estilos de pensamento dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de Saúde da Família, desde o início, na graduação, onde se cristalizam os princípios éticos que servirão de base para o exercício profissional.

1.3 - INTERDISCIPLINARIDADE, A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E O PSF: A TEORIA E A PRÁTICA.

Certamente são vários os fatores que influenciam na concretização da interdisciplinaridade, porém, antes de entrar no mérito destes, torna-se fundamental definir o que entendo por interdisciplinaridade enquanto conceito.

Como já foi exposto anteriormente, o PSF tem como pressuposto básico o trabalho em equipe, composta por vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar uma intervenção de caráter primordialmente preventivo e de

promoção à saúde, visando especialmente à educação de grupos de risco, com maior propensão a adoecer ou a complicar, em função de patologias pré-existentes e/ou falta de informação (BRASIL, 1998).

A questão que se apresenta em relação ao trabalho em equipe multiprofissional é se o mesmo tem caráter interdisciplinar ou não. Neste momento, considero importante definir o meu recorte do que vem a ser disciplina: a partir de agora, esta deve ser vista como referente às profissões da área da saúde, e não como disciplinas que compõem um currículo de graduação, enquanto parte de projetos pedagógicos ou planos de ensino estanques e diferenciados, formando a “prisão” denominada grade curricular.

Como este tema é complexo, controverso e tem várias interpretações, recorreremos a JAPIASSU (1976) para diferenciar o que é multidisciplinar e pluridisciplinar daquilo que se entende por interdisciplinar, para aí então, conceituar interdisciplinaridade propriamente dita.

Ivani Fazenda, por sua vez, tendo sido aluna e seguidora de Japiassu na denominada “filosofia do sujeito”, seguiu seus passos ao trabalhar quase toda a sua vida de educadora em função do estudo e da propagação das idéias da interdisciplinaridade no campo da educação (FAZENDA, 1991), e cujo conceito (de interdisciplinaridade) em nada se diferencia do de Japiassu.

Assim sendo, segundo Japiassu,

[...] 'disciplina' tem o mesmo sentido que 'ciência'. E 'disciplinaridade' significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos de ensino, da formação, dos métodos e das matérias [...]. (JAPIASSU, 1976, p. 72)

Japiassu (1976) introduz o fato do termo interdisciplinaridade não possuir um caráter epistemológico definido e acabado, tratando-o como um neologismo que se presta a múltiplas interpretações. Da possibilidade de ter muitos significantes é que provém o fato de ser tão difícil trabalhar conceitualmente este tema. O autor frisa a importância de diferenciar interdisciplinaridade de conceitos semelhantes, como multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade.

Em relação à multidisciplinaridade, Japiassu pondera:

[...] devemos afastar como inadequado o termo "multidisciplinar", pois só evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utilizam, sejam modificadas ou enriquecidas (JAPIASSU, 1976, p. 72-73).

Quanto ao termo pluridisciplinar, o autor o define como sendo uma:

Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas – um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos, com cooperação, mas sem coordenação. (JAPIASSU, 1976, p. 72-73).

Japiassu se refere ao multidisciplinar e ao pluridisciplinar como um “agrupamento intencional ou não” de conhecimentos, sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns. Já em relação à interdisciplinaridade, o mesmo autor escreve:

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados. (JAPIASSU, 1976, p. 74-75).

Conceituado desta forma, o termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multiprofissional, base da atuação do PSF.

No entanto, a prática nos leva a uma realidade totalmente distinta, em que o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos rotular como pluridisciplinar, já que os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram, reproduzindo o que foi aprendido nos bancos universitários.

Geralmente há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o odontólogo e o pessoal de nível técnico, já que cada um teve uma formação

segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, formando coletivos de pensamento que não se conectam. Esta falta de integração e comunicação entre os profissionais é devida, em parte, ao que se aprende durante a graduação, pois cada profissional se forma sem ter a oportunidade de interagir com outros profissionais de saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

È importante citar que outros fatores interferem nesta falta de comunicação profissional, sejam os de caráter individual ou pessoal, sejam os de caráter institucional e estrutural, relativos ao funcionamento do serviço de saúde, mas considero muito importante o aspecto da formação dentro da graduação, já que é nela que se forma o estilo de pensamento próprio de cada profissão, peculiar e individual.

Acrescemos a esses fatores a estrutura flexneriana rígida e voltada ao hospital e às especialidades dos currículos médicos, o que dificulta a integração entre as diversas disciplinas básicas e as disciplinas clínicas ou profissionalizantes dos cursos de Medicina, em virtude de seu caráter biologicista e, porque não, reducionista, que transforma o profissional num técnico e o paciente num objeto de intervenção e estudo, sem subjetividade e descontextualizado de seu meio social (CUTOLO, 2001).

A nova tendência à formação de profissionais generalistas, sem ênfase na especialização, pode levar a uma modificação do perfil profissional de nossos acadêmicos e, em consequência, dos profissionais, os quais deverão aprender a

atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo integral, preventivo e de promoção à saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde, e concretizado em parte pelo PSF.

Com esta finalidade, foram instituídas as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Saúde pelo Conselho Nacional de Educação em novembro de 2001 (BRASIL, 2001). A partir destas diretrizes e de sua efetiva implantação nos cursos da área da saúde, será possível intervir ainda nos bancos universitários a fim de formar uma cultura mais geral de convivência multiprofissional, respeitando-se as peculiaridades de cada profissão, e de trabalho e interação dentro de uma equipe, a fim de modificar os atuais padrões de atuação profissional para outro com características interdisciplinares.

No entanto, Gomes nos lembra que:

[...] a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida. (GOMES, 1997, p.42).

Com uma formação mais humanística e de caráter geral, será possível ao médico interagir com seus colegas da área da saúde, e recorrer aos mesmos para programar esquemas de ação que levem a um objetivo comum, a partir do conhecimento do que cada um pode realizar para uma melhor atuação coletiva.

Obviamente o mesmo vale para os outros profissionais, que poderão assumir um novo papel perante a população atendida, diluindo a enorme responsabilidade que atualmente ainda recai sobre o médico, visto pela população como uma figura central e o objetivo final do atendimento à saúde.

A este respeito Gomes escreve que:

O saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Esta visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença (GOMES, 1997, p. 39).

A interdisciplinaridade, da forma como é conceituada por Japiassu e Fazenda, pode se tornar a pedra de toque da mudança dos valores profissionais, os quais, por sua vez, levam a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como o da integralidade.

Em relação à necessária mudança nas interações entre os diversos coletivos de pensamento representados pelos profissionais de saúde, e entre estes e a população, Gomes escreve:

[...] Percebendo-se a interdisciplinaridade como um princípio a ser resgatado, inerente à própria essência da construção do conhecimento ou como uma atitude ou postura a ser desenvolvida frente ao saber, tem-se uma vasta trajetória a percorrer, trajetória esta conflitante e trabalhosa, mas também fecunda, rica e criativa, através

da qual objetiva-se a superação da dicotomia teoria-prática, tão presente e tão criticada em nossos dias. [...] No interdisciplinar encontra-se tanto o desafio pertencente à busca da unidade na multiplicidade, quanto o desafio de aprender a lidar com as nossas próprias diferenças, assim como as dos outros, considerando-as não como entraves à nossa prática, mas sim, como ricas e estimulantes em suas peculiaridades. (GOMES, 1997, p.41).

Trata-se, portanto, de criar novas possibilidades, capazes de se concretizar numa prática profissional reinventada a partir do conceito de interdisciplinaridade. É a transformação do individual no coletivo visando um objetivo ainda maior, ousando mudar o que se cristalizou ao longo dos tempos.

Ivani Fazenda, em sua obra, faz uma colocação muito pertinente, que reproduzo a seguir:

O que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa, é a transformação da insegurança num exercício de pensar, num construir. A solidão dessa insegurança individual que vinca o pensar interdisciplinar pode transmutar-se na troca, no diálogo, no aceitar o pensamento do outro. Exige a passagem da subjetividade para a intersubjetividade (FAZENDA, 1991, p. 18) (meu grifo).

A questão da integração interdisciplinar entre os membros de uma equipe multiprofissional nos remete imediatamente ao conceito constitucional da integralidade, e reforça a idéia de que o indivíduo enquanto ser biopsicosocial precisa ser visto e tratado como um todo indivisível e total, o que exige um sistema de saúde também integral e integrado, de caráter interdisciplinar, capaz prevenir agravos e promover, proteger e recuperar sua saúde.

Cutolo (2001) confirma o que foi abordado em relação à integralidade e à interdisciplinaridade, quando diz que todo o contexto exposto à complexidade do objeto saúde/doença não possibilita uma visão disciplinar, fragmentada, parcial, já que a malha complexa de interações que permitem o entendimento da saúde e da doença exige um olhar plural.

Ainda em relação à interdisciplinaridade enquanto conceito e prática a ser desenvolvida nos locais de formação e produção de conhecimento, Bona (1996) coloca que:

A proposta da interdisciplinaridade permite o encaminhamento metodológico para o trabalho de recriação e criação do conhecimento, o que pode ser uma alternativa mais próxima para atender à nova perspectiva curricular. [...] Assim, a interdisciplinaridade tem a sua base na própria gênese e no fundamento da produção do saber e vem sempre acompanhada, de forma clara ou implícita, pela questão epistemológica, tanto no que se refere à compreensão da ciência quanto ao ato de construção, efetivando-se pela prática compreensiva, articulada e criadora do conhecimento. (BONA, 1996, p.67-68).

Segundo Andrade (1995),

Se nós quisermos avançar para um currículo interdisciplinar, temos que começar a pensar interdisciplinarmente, isto é, ver o todo não pela simples somatória das partes que o compõem, mas pela percepção de que tudo sempre está em tudo, tudo repercute em tudo, permitindo que o pensamento ocorra com base no diálogo entre as diversas áreas do saber. É esse estabelecimento de relações que nos possibilitará analisar, entender e explicar os acontecimentos, fatos e fenômenos passados e presentes, para que possamos projetar, prever e simular o futuro. (ANDRADE, 1995, p. 25).

Conforme a citação acima, podemos concluir que a interdisciplinaridade é a inter-relação que ocorre entre os vários saberes, a fim de construir um conhecimento pleno, de acordo com a vivência de cada coletivo de pensamento, e em função de totalidades integradas. Acredito que a ação interdisciplinar, quando bem orientada, pode conduzir o estudante, seja de Medicina, seja de outras áreas da saúde, ao pensamento, a uma abordagem crítica da realidade, dando-lhe condições de compreendê-la e de nela interferir.

A falta de (in)formação por parte do corpo docente, um currículo imposto, a rejeição ao novo e a dificuldade em repensar posturas, são alguns dos entraves perceptíveis para que a ação interdisciplinar possa ocorrer em nossas Universidades.

Lück (1994), em seu trabalho, afirma em relação à interdisciplinaridade enquanto estratégia de ensino, que “parte de nós a deseja e aceita: parte a rejeita; mas a rejeição ocorre não pelos resultados que possa produzir, e sim, pelo desalojamento de posições confortáveis que provoca (p. 88)”.

Concordo com Morin, quando este diz que:

O problema não está no fato de cada um perder sua competência, mas em compreender de que modo estão estruturados outros tipos de pensamentos diferentes dos nossos. É necessário desenvolvê-la o suficiente para articular com outras competências que, ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento, pois há necessidade de saberes diversos para que se conceba o conhecimento (Morin, apud MEIRELLES, 2003, p. 59).

Devido a esses fatores abordados acima, o tema da interdisciplinaridade se reveste de uma importância especial, pois enquanto a visão não se acostumar a enxergar no outro um apoio, um recurso e um novo olhar em relação ao trabalho na área da saúde, os profissionais tenderão a:

Restringir a sua ação à especificidade do seu saber, desconhecendo e desvalorizando tanto o conhecimento quanto a intervenção do seu colega. Dessa maneira, inúmeras oportunidades são perdidas de ambas as partes, seja daquele que se omite a contribuir com o seu saber, seja daquele que não percebe a riqueza implícita na contribuição do outro à sua prática. Como resultado deste proceder, observa-se uma flagrante desarticulação entre as intervenções e os objetivos dos diferentes técnicos que integram as equipes de saúde. [...] O doente passa a ser responsabilidade de todos, e, ao mesmo tempo, de ninguém. (GOMES, 1997, p. 29-30) (meu grifo).

Concluo esta revisão a respeito do tema 'interdisciplinaridade', citando Etges:

A interdisciplinaridade passa a ser o instrumento epistemológico de construção da ciência e de compreensão de suas atividades cotidianas como ações constitutivas de realidades ou de mundos. [...]. A interdisciplinaridade jamais poderá ser o mero enfileiramento, a mera fusão numa unidade logicamente globalizante do saber, jamais poderá se tornar o leito de Procusto que a tudo e a todos pretende igualar, nem poderá reduzir-se a uma simples execução comportamental de procedimentos técnicos. O pensar, o conceito, a ciência procedem do princípio da liberdade e instauram o reino da liberdade. [...] É a liberdade de criação do mundo, da realidade. (ETGES, 1993, p.80).

Recorro a Etges para esclarecer que não considero a interdisciplinaridade uma panacéia universal, capaz de resolver todos os problemas que envolvem o ensino médico e da área da saúde, nem um fator capaz de trazer à prática profissional, seja de forma individual ou coletiva, o princípio da cooperação e da

visão integral e humanizada do atendimento em saúde, mas que creio ser um caminho que pode levar à concretização de novas atitudes e práticas, sobretudo nos jovens estudantes, ainda em formação.

1.4 – A MEDICINA OCIDENTAL, O MÉDICO E SUA FORMAÇÃO: DE HIPÓCRATES AOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.

A Medicina Ocidental, em seus primórdios, era uma ciência essencialmente humanística. Seus princípios se baseavam na Filosofia da Natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como dotado de um corpo e um espírito. Segundo Hipócrates, nascido em Cós, aproximadamente no ano de 460 a.C., o médico deveria fixar sua atenção no homem enfermo como um todo, assim como em tudo o que o rodeava, à Natureza, às leis universais, e não somente à enfermidade isoladamente (Jaeger apud GALLIAN, 2001).

Hipócrates separou a Medicina da religião, das crenças irracionais e do apelo ao sobrenatural, já que, até então, as doenças eram atribuídas a causas sobre-humanas, e o ato médico consistia de magias, ritos e encantamentos de toda ordem, associados às práticas empíricas tradicionais (REZENDE, 2001).

O médico clássico era, antes de tudo, um filósofo que conhecia as leis da natureza e da alma humana. Este modelo predominou historicamente na concepção de médico e de medicina no Ocidente, até bem pouco tempo atrás (GALLIAN, 2001).

Até a Idade Média, o ensino da arte médica era informal e feito através da tradição oral, de mestre a aluno, passado através das gerações, conforme consta no juramento de Hipócrates. Neste período, com a fundação da escola de Salerno e das primeiras Universidades européias, destacando-se aí a de Pádua, onde se formaram Vesalius, Morgagni, Harvey e outros grandes personagens da história da Medicina, é que o ensino médico foi institucionalizado (REZENDE, 2001).

Na Idade Média, apesar das grandes transformações causadas pelas invasões bárbaras e pela difusão do Cristianismo e do Islamismo, todo o pensamento filosófico e científico ocidental e oriental continuou fundamentado no patrimônio clássico. Com o Renascimento, ao iniciar a Modernidade, muitos dos postulados clássicos foram revistos, graças ao espírito de investigação que caracterizou este período da História (GALLIAN, 2001).

No Renascimento, podemos ver o gênio de Michelangelo revolucionar a anatomia e Vesalius contestar Hipócrates. Mesmo a “Nova Ciência” do século XVII, que concluiu a obra de desconstrução do conhecimento médico clássico-escolástico, e o Iluminismo, que estabeleceu as bases do método científico contemporâneo, nunca deixaram de reconhecer o caráter humanístico da Medicina, vista como uma ciência e como uma arte (Proter, 1999, apud GALLIAN, 2001).

Em 1796, Marie-François-Xavier Bichat, um dos mais importantes precursores da Medicina que floresceria no século XIX, afirmaria que a arte médica deveria pagar um tributo a todas as ciências humanas, pois estava convencido que:

“Uma teoria médica seria tanto mais sábia e melhor estabelecida quanto mais intimamente se identificasse com a ciência das relações, já que a Medicina não seria mais que o seu corolário ou aplicação” (Oliveira apud GALLIAN, 2001, p. 2).

No século XIX, com a descoberta da anestesia geral, da antissepsia e dos microrganismos patogênicos responsáveis pela infecção pós-operatória, a cirurgia, antes realizada por profissionais sem formação acadêmica – os cirurgiões-barbeiros, foi integrada à Medicina e considerada uma de suas especialidades (REZENDE, 2001).

Apesar do desenvolvimento do dito método científico, de caráter eminentemente biologicista, durante o século XIX, a visão humanística da Medicina continuou a prevalecer durante várias gerações de médicos em todo o mundo (GALLIAN, 2001).

Ainda segundo Gallian (2001),

Durante esta época, forjou-se a imagem romântica do médico sábio, conhecedor dos avanços científicos no campo da clínica, da patologia e da farmacologia, mas também amante da literatura, da filosofia e da história. Homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era – esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica, mas fundamentalmente humano-científica; uma operação que envolvia elementos de caráter cultural e psicológico. Por outro lado, essa substancial inserção do médico em seu meio sociocultural, fazia com que seu papel não se restringisse ao de simplesmente curar ou não as enfermidades. Ele era também aquele que, frente aos limites e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, ajudando-os no sofrimento e na preparação para a morte, além de intervir como

orientador nos assuntos mais diversos, tais como o despertar da sexualidade nos adolescentes, os problemas de relacionamento do casal e inúmeras outras questões da vida familiar (GALLIAN, 2001, p.2) (meu grifo).

O século XIX que consagrou a medicina humanística e romântica, também marcou o início de sua crise. Os progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando sua escala de valores. À medida que o prestígio das ciências experimentais crescia, o das ciências humanas ia decaindo no meio médico (GALLIAN, 2001).

Na primeira metade do séc. XIX, a chamada Revolução Industrial iniciada na Inglaterra, trouxe um grande impacto em todas as esferas da atividade humana organizada: política, social, cultural, econômica, filosófica e médica. A migração para os grandes centros urbanos gerou um crescimento desordenado nas periferias das cidades. O trabalho era penoso, insalubre e cansativo. Estas condições desfavoráveis levaram ao surgimento de epidemias, trazendo à tona a determinação social das doenças (CUTOLO, 2001).

É sabido o fato de que a Medicina sempre se fundamentou no estudo biológico do corpo para construir suas teorias, elaborar seus diagnósticos e determinar seus tratamentos, mas, nunca em sua história, como o que se viu a partir do século XIX até os nossos dias, seu dogmatismo foi tão absoluto. A Medicina, com a “teoria do germe” de Ehrlich, Koch e Pasteur, deixou definitivamente de se apoiar nas ciências humanas e sociais para se sustentar essencialmente nas ciências exatas e biológicas (GALLIAN, 2001).

No Brasil não foi diferente. Também o século XIX foi um divisor de águas para a Medicina aqui praticada, pois, somente em 1808, com a vinda de D. João VI para cá, é que foram criadas as duas primeiras escolas médico-cirúrgicas do Brasil, na Bahia e no Rio de Janeiro, que se transformaram em Faculdades de Medicina somente no ano de 1832 (REZENDE, 2001).

Rezende (2001) cita trechos da obra de Lycurgo Santos Filho, *História Geral da Medicina Brasileira*, editada em 1991 pela Ed.Hucitec de São Paulo, em que revê aspectos da história da Medicina no Brasil, os quais reproduzo integralmente aqui por considerá-los importantes para a compreensão do tema:

No período colonial, pouquíssimos eram os médicos que aqui aportavam. Eram chamados físicos e tidos, em sua maioria, como cristãos-novos, ou seja, judeus recém-convertidos ao catolicismo para fugir à Inquisição. Em maior número vieram os cirurgiões, dos quais havia três categorias: os “cirurgiões-barbeiros”, os “cirurgiões-aprovados” e os “cirurgiões-diplomados”. Predominavam os “cirurgiões-barbeiros”, que praticamente monopolizavam a prática da medicina nos séculos XVI e XVII. Logo os nativos, quase sempre mestiços ou mulatos, aprenderam o ofício e se tornaram também “cirurgiões-barbeiros”. Sem nenhum preparo, iniciavam-se como aprendizes e, após alguma prática, eram examinados e recebiam a carta que os habilitava ao exercício da profissão. Praticavam tratamento de fraturas e luxações, curavam feridas, faziam sangria, aplicavam ventosas e sanguessugas e extraíam dentes. Além das categorias já mencionadas, havia o “barbeiro”, o mais humilde dos profissionais. Além do corte do cabelo e da barba, fazia sangria, aplicava ventosas, sanguessugas e clisteres, lancetava abscessos e fazia curativos. Era muito procurado pela faixa mais pobre da população. Os partos ficavam entregues às “comadres” (parteiras sem nenhum preparo) e por toda parte enxameavam os curandeiros e charlatães de toda ordem (Santos Filho apud REZENDE, 2001, p. 3).

Somente em 1832, com a abertura das Faculdades de Medicina é que se formaram os primeiros médicos no Brasil, os quais foram assumindo aos poucos o exercício da Medicina, concorrendo com os “cirurgiões-barbeiros” e os curandeiros. As famílias ricas mandavam os filhos estudarem na Europa, e vários médicos daquela época se formaram em Coimbra, Salamanca, Montpellier e Edinburgh (REZENDE, 2001).

O número de médicos no Brasil só aumentou no século XX, com a criação de novas escolas médicas. Em 1900, havia no país somente três faculdades de medicina: a do Rio de Janeiro, a de Salvador e a de Porto Alegre, esta última fundada em 1898 (REZENDE, 2001).

No início do século XX, mais precisamente em 1910, o biologicismo em seu aspecto mais absoluto entrou com força total nos meios acadêmicos e profissionais da área médica através do Relatório Flexner, nos Estados Unidos da América. Segundo Cutolo (2001), o livro de Flexner (1910) *Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* veio legitimar a chamada “Medicina Científica”, e não surgiu de forma aleatória.

A Fundação Carnegie, instituição provedora, objetivava a educação médica, jurídica e religiosa, já que estes profissionais eram capazes de impactar diretamente as comunidades, e investiu cerca de US\$ 300 milhões, no período entre 1910 e 1930, para a implementação do Relatório Flexner (CUTOLO, 2001). A meta foi tornar hegemônica a “Medicina Científica”, para atender os interesses do grande capital, da corporação médica e das universidades (Mendes apud CUTOLO, 2001).

Cutolo (2001) descreve a estrutura do livro de Flexner (1910):

O livro é iniciado com o prefácio do presidente da Carnegie Foundation. É dividido em duas grandes partes: na primeira parte, o autor discorre sobre os princípios da nova ordem proposta, procurando esgotar as justificativas para o empreendimento laboratorial e hospitalar (ciclos básico e clínico), reitera a necessidade de reconstrução do modelo de ensino médico, aborda aspectos operacionais e financeiros do projeto, discute o que chama de seitas médicas (homeopatas, osteopatas, ecléticos) e, sumariamente, fala sobre escolas médicas com clientela discente especial, mulheres e negros; na segunda parte faz um relato das condições de cada uma das escolas médicas norte americanas, como um produto das visitas realizadas entre 1909 e 1910 (CUTOLO, 2001, p. 84).

Flexner (1910), em seu texto, usa frequentemente termos e expressões como fatos, leis gerais, métodos, pesquisa, experimentação, técnica científica, progresso da ciência, de caráter francamente positivista (CUTOLO, 2001). Para ele o conhecimento científico era o único capaz de gerar fatos, evidenciáveis pela observação e pela experimentação, sendo o mais seguro para ser adotado.

Para Flexner (1910), a prática médica e a ciência não eram incompatíveis. Afirmava que a atitude científica e as atividades de pesquisa é que permitiriam uma atividade clínica e de docência verdadeiramente direcionadas para a produção do conhecimento. Dizia ainda que a atividade diagnóstica junto ao paciente muito se assemelhava à postura científica no laboratório (CUTOLO, 2001).

Flexner (1910), em seu Relatório, dividiu o ensino da Medicina em dois ciclos distintos, o básico e o clínico, relacionando-os de forma sistemática, reforçando o aspecto biologicista do entendimento da doença, sem sequer mencionar temas relacionados ao aspecto social e humanístico da prática médica (CUTOLO, 2001).

Segundo Santos (1986), citado por Cutolo (2001),

O Relatório Flexner baseava-se num modelo mecanicista para a compreensão da estrutura e do funcionamento do corpo humano e, conseqüentemente, da leitura do processo mórbido. O objeto de estudo passa a ser o indivíduo, ou melhor, os sistemas e os órgãos isolados do corpo deste indivíduo. Excluída, de certa forma, a visão de totalidade, a doença é encarada como um processo natural, biológico, excluindo-se a causalidade social, favorecendo o exercício da visão mecanicista (Santos apud CUTOLO, 2001, p. 92).

Juntamente com a chamada “Medicina Científica”, desenvolve-se o “complexo médico-industrial”, com uma supremacia da tecnologia médica nas áreas da terapêutica e do diagnóstico, atribuindo a instrumentos, procedimentos, técnicas e medicamentos um poder superior ao que realmente a estes se pode atribuir (CUTOLO, 2001).

Na época do Relatório Flexner (1910), segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), existiam 40 escolas médicas na América Latina vinculadas a governos ou instituições religiosas que seguiam modelos europeus. Com o término da 2ª Grande Guerra, a influência européia na educação médica foi substituída pela hegemonia flexneriana norte americana, principalmente em virtude da relação de dependência econômica sul-americana em relação aos Estados Unidos (Andrade apud CUTOLO, 2001).

No Brasil, na década de 50, as Faculdades de Medicina já eram em número de 15, diplomando cerca de 2000 médicos ao ano (REZENDE, 2001). Entre os anos de 1964 e 1968, durante a ditadura militar, o modelo biomédico proporcionou uma

multiplicação rápida da quantidade de escolas de Medicina no Brasil. Neste mesmo período, nos EUA, já se questionava alguns pressupostos do Relatório Flexner, acusando-o de promover a separação entre a medicina preventiva e curativa; apesar disto, a grande maioria das escolas médicas brasileiras até hoje ainda não buscou uma alternativa ao modelo biomédico flexneriano (CUTOLO, 2001).

Segundo Cutolo (2001), em 1998, existiam 93 faculdades de medicina no Brasil credenciadas junto ao Ministério da Educação, sendo:

- 41 particulares
- 33 federais
- 16 estaduais
- 3 municipais (CUTOLO, 2001, p. 12).

Em 2000, este número aumentou para 95 escolas médicas (CUTOLO, 2001, p.13).

Em 2003, segundo relatório em meio eletrônico, disponível na Internet, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC), mais 30 faculdades se somaram às existentes em 2000, totalizando 125 faculdades de medicina, sendo:

- 60 privadas
- 38 federais
- 21 estaduais
- 6 municipais (BRASIL, 2005).

Em praticamente todas as escolas médicas brasileiras o modelo flexneriano ainda é o predominante, com currículos contemplando ciclos básicos e clínicos, de caráter biologicista e hospitalocêntrico. Conforme Dalla (2004) cita em seu artigo,

Pelo fato do hospital ser o eixo do modelo Flexneriano, resta ao profissional médico, quando se forma, atuar no ambiente em que foi educado e onde se sente seguro, pois foi o que viu na faculdade, não mais nas casas, no meio das famílias, e em muitos casos hoje é a única opção visível. Portanto é muito forte a concepção biológica de abordagem do processo saúde-doença, fundamentada no método positivista, em que há rara ênfase nos outros aspectos, sobretudo culturais, familiares, sociais e econômicos, como determinantes do processo. Isso gera uma abordagem fragmentada do indivíduo, bem como a resolução de problemas se dá prioritariamente no plano biológico (CINAEM apud DALLA, 2004, p.5).

Em meados da década de 70, surgiu uma proposta de reorganização do ensino e da prática médica através da formação de um profissional generalista ou de família, ainda que no âmbito da pós-graduação ou da residência, com a implantação de programas curriculares em Medicina Geral e Comunitária e Medicina Preventiva e Social, inicialmente no Rio Grande do Sul, no centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre, com treinamento realizado fora dos hospitais, porém incluindo-os nos estágios, e com carga horária reduzida em relação às outras clínicas (DALLA, 2004).

Em 1994, conforme já comentamos anteriormente neste capítulo, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família, provocando uma demanda de profissionais com perfil específico, não supridos em quantidade nem em qualidade, pelas faculdades e pós-graduações existentes no país (DALLA, 2004).

Com o objetivo de suprir essas deficiências na formação de um profissional generalista, capaz de atuar de forma efetiva e multiprofissional no SUS, em 2003, o Ministério da Saúde assume para si a responsabilidade na formação de recursos humanos em saúde, com a proposta de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e seu Departamento de Gestão e da Educação na Saúde (CUTOLO, 2003).

Segundo Cutolo (2003), durante um Congresso da Rede UNIDA em Londrina, no primeiro semestre de 2003, o MS apresentou um documento datado do mês de maio daquele ano, propondo um seminário sobre a proposta de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde. Neste documento estava a base da criação dos Pólos de Educação Permanente (PEP), que teve uma nova versão em setembro de 2003.

Os PEP foram criados para descentralizar a execução da estratégia de formação de recursos humanos para o SUS, estando diretamente vinculados ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo responsáveis, conforme observa Cutolo (2003),

[...] pela proposição e formulação das políticas relativas à: formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade.

[...] pela capacitação de profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população.

[...] pela interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre a saúde para a formação da consciência sanitária (BRASIL apud CUTOLO, 2003, p.51).

Os Pólos funcionam como base para uma mudança nas políticas de formação e desenvolvimento das práticas do SUS, pressupondo uma construção coletiva articulada entre o Núcleo Formador, a Rede de Serviços, Gestores, Profissionais de Saúde, Comunidade e Controle Social (CUTOLO, 2003).

Visando as necessidades da população, o ensino deve ser baseado nos problemas detectados no seio desta, articulando-o com atividades de extensão e pesquisa que provoquem melhorias nas condições de saúde da comunidade e benefícios na reestruturação do SUS (CUTOLO, 2003).

Os PEP não se constituem em órgãos executivos, mas sim em um Conselho Gestor que reúne em plenária, perspectivas intersetoriais, focos de negociação e pactuação. É um fórum colegiado para discussão e definição de estratégias de formação, tornando-se o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para formação de recursos humanos (CUTOLO, 2003).

Todas as iniciativas anteriores de formação para o SUS, por se mostrarem desarticuladas entre si, irregulares e anacrônicas, foram substituídas pela proposta inovadora dos PEP. A base territorial e epidemiológica dos Pólos fornece o combustível do processo de trabalho cotidiano problematizado, com o objetivo de mudar a prática a partir da realidade, com aprendizagem preferencialmente em serviço (CUTOLO, 2003).

Ainda segundo Cutolo (2003),

A base estratégica para a formação em nível de graduação das profissões de saúde implica no mesmo compromisso de mudança de modelo tanto no âmbito curricular quanto no âmbito do modelo de assistência. Mantém a lógica da articulação com o sistema de saúde e com a comunidade, sugerindo diversificação dos cenários de formação, com estágios em serviço ao longo de todos os cursos, de forma transversal. Currículos integrados e articulados, facilitadores de práticas multiprofissionais e, segundo o documento, transdisciplinares, devem ser estimulados (CUTOLO, 2003, p. 54) (meu grifo).

Faço questão de grifar o termo ‘transdisciplinares’, presente na citação acima, para frisar a dificuldade em se lidar conceitualmente com a questão da atuação em equipe, já que a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade se confundem por falta de uma melhor definição dos termos, fato que se repete com frequência em vários documentos.

É importante assinalar que os PEP foram concebidos para corrigir falhas na formação do médico, em nível de graduação, principalmente em relação ao perfil exigido para o exercício profissional no SUS e no PSF, assim como dos outros profissionais de nível superior e médio.

Podemos ver, ao longo do tempo, que a grande questão foi a transformação da Medicina de uma ciência humana, de caráter social, em uma ciência que quer ser exata, de caráter biologicista, o que levou à valorização exagerada do conhecimento dito científico em detrimento do humanismo.

Gallian (2001) consegue explicar esta questão de forma brilhante quando diz que:

De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da super-especialização e dos meios tecnológicos que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas trouxe como consequência mais visível, a “desumanização” do médico. Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste. E isso, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar o médico, restringindo barbaramente a disponibilidade deste para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e a formação mais abrangente (GALLIAN, 2001, p.3).

Seria importante resgatar esses valores perdidos para a construção de um novo perfil profissional para o médico, desde a sua formação, na graduação, até após o início da sua atividade profissional, principalmente na atuação junto à comunidade e às famílias, interagindo de forma interdisciplinar no trabalho em equipe com outros profissionais.

A constituição dos Pólos de Educação Permanente do Ministério da Saúde pode representar um fator de mudança e renovação na prática médica, se para isso se mobilizarem todos os atores envolvidos em sua construção, e se trabalharem a serviço da restituição dos valores humanísticos perdidos, quiçá reencontrando-se com os ideais de Hipócrates e seus princípios filosóficos colocados a serviço da arte de curar.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO: AS CATEGORIAS EPISTEMOLÓGICAS DE *LUDWIK FLECK* E OBJETO FRONTEIRIÇO.

Trabalhar um conceito complexo como a interdisciplinaridade, dentro de um contexto curricular, a partir de uma análise documental, metodologia a ser utilizada neste trabalho e a ser melhor relatada no capítulo seguinte, exige uma forma de olhar a questão que nos traga possibilidades de entendimentos da mesma, e, ao mesmo tempo, nos permita antever propostas para sua aplicação prática.

Segundo esclarece Da Ros:

A compreensão do processo de construção do conhecimento, especialmente para uma área com a abrangência referida, em que convivem simultaneamente diversas formas de pensar e atuar, tal como é a saúde, requer estudos que dêem conta de uma epistemologia altamente complexa. (DA ROS, 2000, p. 13).

Neste sentido, é importante buscar uma referência que nos conduza em direção a esta meta. Utilizarei, para uma melhor compreensão dos processos que envolvem as relações ditas interdisciplinares, as categorias epistemológicas de Ludwik Fleck (1896 – 1961), médico bacteriologista, judeu-polonês, pioneiro do sócio-construtivismo na abordagem da História e da Filosofia da Ciência, e o primeiro a sistematizar a interação entre as práticas de laboratório e as amplas questões sociais e políticas, na consolidação dos ‘fatos científicos’ (Löwy apud ARAÚJO, 2002).

Ludwik Fleck, nascido em família de origem judia na cidade polonesa de Lwow, em 11 de julho de 1896, iniciou seus estudos médicos em 1914, graduando-se doutor em Medicina após a Primeira Guerra Mundial. Estudante interessado em microbiologia desde o início, em 1920 tornou-se assistente de Rudolf Weigh, um dos maiores especialistas em tifo na época. Dedicou-se, no período entre as guerras, à pesquisa laboratorial médica, à filosofia da ciência e à docência médica.

Durante a Segunda Guerra Mundial, a Polônia passa a fazer parte do território soviético, e Fleck é nomeado diretor e docente do Departamento de Microbiologia do Instituto de Medicina Ucraniano, e diretor do Laboratório Bacteriológico de Lwow. No entanto, em 1941, Lwow é invadida pelos nazistas e, em 1943, Fleck é preso e levado ao Campo de Concentração de Auschwitz. Em 1944, é transferido para o campo de Buchenwald, a fim de desenvolver pesquisas para a obtenção de vacinas contra o tifo.

Libertado em 11 de abril de 1945, Fleck passa um longo período hospitalizado para recuperar-se de seu precário estado de saúde. Após a Grande Guerra, mantém suas atividades acadêmicas e de pesquisa laboratorial. Em 1956, tem um infarto do miocárdio e, em 1957, com o diagnóstico de linfossarcoma, muda-se para Israel com a mulher. Em Israel reassume suas atividades de docência e pesquisa. Faleceu neste país em 5 de junho de 1961, aos 64 anos de idade, em consequência de um novo infarto (CUTOLO, 2001).

Ludwik Fleck (1986), em seus trabalhos, analisa um evento na área da saúde (a doença sífilis e a história da reação para detectá-la, a de Wassermann), a partir do

qual constata a existência do que ele denomina Estilos de Pensamento, um achado aplicável para se pensar não somente a saúde, mas as ciências em geral. (DA ROS, 2000).

Cutolo (2001) refere que o termo Estilo de Pensamento aparece pela primeira vez num artigo de Fleck de 1929, em que ele aborda os elementos da relação cognitiva (sujeito/objeto), os fatores internos e externos da ciência e inicia, de forma prodrômica, o desenvolvimento de sua teoria sobre Estilo e Coletivo de Pensamento.

Neste artigo, Fleck generaliza suas afirmações anteriores sobre a Medicina e os saberes médicos, como sendo uma corrente sem fim na qual certas idéias e pensamentos acabam formando pontos de vista dominantes, porém com características temporais, que se transformam dinamicamente em novas orientações, estendendo-as às ciências naturais em geral (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Ainda em 1929, nesse artigo em alemão intitulado *Zur Krise der Wirklichkeit* (*Sobre a Crise da Realidade*), seu segundo trabalho epistemológico, Fleck enuncia seus conceitos de “pensamento de acordo com um estilo” ou “estilo de pensamento” e analisa, de forma sistemática, a relação entre o objeto, a atividade cognoscitiva e o marco social da ciência, distinguindo três tipos de fatores sociais que influem em toda atividade relativa ao conhecimento:

“o peso da formação”, ou seja, os conhecimentos se compõem, em sua maior parte, do já aprendido, e não do que é novo; o conhecimento transmitido não é exatamente o mesmo para o doador e para o receptor; o

conhecimento se transforma ao passar para outra pessoa.

“*a carga da tradição*”; todo conhecimento novo está formado pelo já conhecido.

“*a repercussão da sucessão do conhecer*”; assim como cada indivíduo possui uma realidade própria, todo grupo social dispõe também de uma realidade social determinada e específica. Portanto, o conhecimento, enquanto atividade social, está unido aos condicionantes sociais dos indivíduos. Cada ‘saber’ forma, conseqüentemente, seu próprio ‘**estilo de pensamento**’, com o qual compreende os problemas e os orienta de acordo com seus objetivos. Porém, a escolha dos problemas determina a forma de ver específica na observação do objeto. A ‘verdade’ conhecida é, portanto, relativa ao objetivo prefixado do saber. (FLECK, 1986, p. 20-21, minha tradução).

Esta formulação de Fleck – segundo Schäfer e Schnelle (1986), tem um caráter enérgico porque ele quer deixar bem claro que não é possível se chegar a uma “realidade absoluta”, nem sequer se aproximar dela, já que, à medida que o conhecimento avança, este transforma inevitavelmente a realidade.

Este conhecimento, que também é fruto desta realidade que ele modifica e da interação entre os indivíduos, pode ser explicado através do conceito de Estilo de Pensamento (EP), que representa a expressão do estado do conhecimento.

Por sua vez, o Estilo de Pensamento pode ser entendido como um processo dinâmico de construção e reconstrução, formando um *continuum* em que as experiências do presente estão ligadas às do passado, como também se ligarão às do futuro, formando as chamadas proto-idéias, esboços históricos evolutivos pré-científicos das teorias atuais (CUTOLO, 2001).

O pensamento de Fleck se torna mais claro quando ele afirma, em seus escritos, que:

O conhecer representa a atividade mais condicionada socialmente da pessoa e o conhecimento é a criação social por excelência. Na própria estrutura da linguagem existe uma filosofia característica da comunidade; inclusive, uma simples palavra pode conter uma filosofia complexa. A quem pertenceria, então, estas filosofias e teorias? (FLECK, 1986, p. 89).

Fleck parte do pressuposto de que a teoria do conhecimento individualista só leva a uma concepção fictícia e inadequada do conhecimento científico. A ciência deve ser algo realizado de forma cooperativa por pessoas e, por este motivo, deve-se sempre levar em conta, além das convicções empíricas e especulativas dos indivíduos, as estruturas sociológicas e as convicções que unem entre si os cientistas (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Fleck entende ainda que o progresso do conhecimento só possa ocorrer em função do desenvolvimento coletivo incessante do Estilo de Pensamento. Este desenvolvimento produz um deslocamento dos pressupostos estabelecidos, não sendo, portanto, um progresso no sentido corrente da palavra, já que não há nenhuma base objetiva para que um determinado Estilo de Pensamento possa ser qualificado como mais valioso que outro (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Em conseqüência disso, quando há uma mudança de Estilo de Pensamento, não se pode fazer uma comparação quantitativa do saber dos distintos Estilos de Pensamento. O saber se modifica com o deslocamento dos pressupostos e aparecem coisas novas. Porém, ao mesmo tempo, outras coisas podem não ser

mais reconhecidas, já que o desenvolvimento do Estilo de Pensamento faz com que se percam as bases que os sustentavam (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Ainda neste artigo de 1929, Fleck introduz a categoria denominada por ele como Coletivo de Pensamento, posteriormente aprofundada em outra monografia escrita em 1935, como sendo a unidade social da comunidade de cientistas de um determinado campo. O Coletivo de Pensamento pode ser expresso como sendo o portador comunitário do Estilo de Pensamento, havendo uma certa cumplicidade entre seus membros, uma socialização de estilo e um culto comum de ideal de verdade (Fleck apud CUTOLO, 2001).

Os diferentes Coletivos de Pensamento relacionam-se entre si através de Círculos Esotéricos e Exotéricos. Podemos entender Círculo Esotérico, segundo Schäfer e Schenelle (1986), como sendo a delimitação, pelos especialistas, de um campo de problemas dentro da generalidade científica.

Um outro círculo maior, exotérico, que também participa do saber científico, porém de forma mais simplificada, se forma ao redor daquele. O círculo exotérico não se relaciona diretamente com o fato científico, somente através da intermediação do círculo esotérico. Assim se estabelece sempre uma relação entre os círculos esotéricos com seus círculos exotéricos correspondentes, baseado na confiança nos primeiros, “iniciados”, e nas necessidades objetivas dos segundos, “leigos formados” (Fleck apud CUTOLO, 2001).

O ato de pertencer a um círculo ou a outro só faz sentido se relativizado, se comparado com o círculo correspondente. Quanto mais se afasta do núcleo esotérico em direção à periferia exotérica, mais simplificada é a tradução do fato científico (Fleck apud CUTOLO, 2001).

Parece que Fleck foi o primeiro a perceber e valorizar a importância da formação dos jovens ao analisar a estrutura da comunidade científica. Segundo ele, a análise da forma de introdução do neófito em um campo de trabalho, proporciona a melhor maneira para se descobrir de que forma funciona um Estilo de Pensamento.

Pertencer ao grupo e a identificação com o mesmo, a forma de trabalhar, a resolução dos problemas, a bagagem teórica e sua aplicação prática, são adquiridas na fase de formação, quando se conhecem e imitam os modelos. Por trás desta iniciação, vem a aquisição de experiência prática, que só se consegue mediante a inclusão em um determinado Coletivo de Pensamento. (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

A introdução em um campo de conhecimento é mais uma doutrinação do que um estímulo ao pensamento crítico-científico. O tempo do aprendizado se caracteriza por uma “sugestão de idéias puramente autoritária”. Fleck afirma que “toda introdução didática é, portanto, um ‘conduzir para dentro’, uma suave coerção”. (FLECK, 1986, p. 151).

Ele afirma ainda que somente mediante a comparação da própria forma de trabalho com a de outros pesquisadores/profissionais do coletivo é que pode surgir, como

resultado da coerção de pensamento transmitida sociologicamente, algo parecido com um conhecimento científico de fato. Da mesma forma, as experiências negativas e os erros também produzem um incremento da experiência (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

Além disso, a possibilidade de novas descobertas só se produz, segundo Fleck, quando se afrouxa a coerção de pensamento, ou seja, quando se modifica o significado dos termos ao se fazerem visíveis outras possibilidades de conhecimento na circulação intra-coletiva de pensamento. Para essas modificações, quase sempre concorrem concepções de cunho exotérico (SCHÄFER; SCHNELLE, 1986).

E é exatamente através deste “afrouxamento da coerção de pensamento” que poderá surgir a interação interdisciplinar que buscamos nos Coletivos de Pensamento representados pelas diversas profissões da área da saúde, com seus Estilos de Pensamento próprios, “suavemente impostos” durante sua formação nos bancos universitários.

Assim como o enfermeiro, o dentista, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o farmacêutico e outros profissionais da área da saúde, o médico faz parte de um Coletivo de Pensamento, porém, com Estilos de Pensamento diversos, de acordo com o círculo ao qual pertence dentro de um círculo maior: o da Medicina enquanto profissão. Cada Coletivo de Pensamento tem diferentes matizes, nuances de Estilos de Pensamento, que vão nortear a existência do próprio coletivo.

Para explicar melhor esta complexidade, que é inerente às ciências ditas aplicadas, da qual a Medicina faz parte, reproduzo um exemplo utilizado por Cutolo (2001) em sua tese de doutoramento:

Pesquisadores que investigam uma nova droga no tratamento da asma, pertencem a um círculo pequeno e seletivo de indivíduos. Os trabalhos com seus resultados são disponibilizados em um congresso de Pneumologia Pediátrica e veiculados em uma revista que atende ao mesmo grupo. Estes especialistas formam um círculo um pouco maior e exotérico em relação aos pesquisadores. Supondo que os pneumologistas pediátricos trabalhem num hospital pediátrico de ensino e normalizem esta nova terapia para uso rotineiro, os pediatras gerais que trabalham na emergência passarão a utilizar a conduta em seus pacientes. Estes generalistas formam um círculo ainda maior, exotérico em relação aos pais dos pacientes, a quem cabe saber que existe um novo produto e como deve ser utilizado, conforme a prescrição médica. Os pais pertencem ao maior círculo, o mais exotérico de todos, e o que legitima a necessidade da pesquisa daquele pequenino e mais esotérico grupo, o dos pesquisadores. À medida que o fato passa dos limites de seu círculo, ele é retraduzido e simplificado (CUTOLO, 2001, p. 41).

Cutolo (2001) nos auxilia a compreender a categoria epistemológica de Estilo de Pensamento, ainda tão pouco conhecida e estudada nos meios acadêmicos, quando reagrupa e sintetiza suas características em cinco grandes grupos:

- modo de ver, entender e conceber;
 - processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação;
 - determinado psico/sócio/histórico/culturalmente;
 - que leva a um corpo de conhecimentos e práticas;
 - compartilhado por um coletivo com formação específica.
- (CUTOLO, 2001, p. 55).

Estas categorías epistemológicas de Fleck possibilitam a interpretação e a compreensão de fatos complexos, como os que envolvem a interação entre diferentes Coletivos e Estilos de Pensamento, prestando-se à busca de interfaces, áreas de circulação comum de conhecimentos e práticas entre a Medicina e as demais profissões de saúde durante sua fase de formação, ainda na graduação, mas também após esta, durante o exercício profissional em equipe, conforme exigido pela estratégia de Saúde da Família e pelo princípio da Integralidade.

As tensões e as dificuldades de comunicação existentes entre Coletivos de Pensamento levaram ao desenvolvimento de uma nova categoría epistemológica, o “Objeto Fronteiriço”, fundamento teórico de meu trabalho.

Cutolo (2001) nos esclarece que esta categoría não foi desenvolvida por Fleck, mas pelos sociólogos de tradição interacionista da Escola de Chicago, dentre eles Star e Griesemer (1989). Segundo Löwy (1996), os interacionistas pertencem à tradição construtivista da Epistemologia, se interessando pela complexidade e instabilidade da prática científica, relacionando-as com os diferentes mundos sociais, cuja categorização se aproxima, enquanto conceito, ao de Coletivo de Pensamento (CUTOLO, 2001).

Illana Löwy (1996) menciona que historiadores e filósofos tradicionais descrevem a Ciência como atividade extremamente organizada, que gera resultados estáveis, transferíveis de um lugar para outro através de leis científicas universais.

Em contraste, os interacionistas descrevem a mesma Ciência como um empreendimento complicado, heterogêneo, fragmentado e fluente. Seus objetivos são o de explicar o desenvolvimento da estabilidade e da eficácia desse universo instável, assim como o de mostrar, através de estudos detalhados, como a combinação específica de elementos frágeis, técnicas imperfeitas, visões parciais, experimentos incompletos e descrições idealizadas podem produzir resultados sólidos por meio de uma ação coletiva (ARAÚJO, 2002).

Com o intuito de facilitar as interações, cooperações e traduções entre mundos sociais heterogêneos, os interacionistas desenvolveram uma nova categoria epistemológica que foi denominada “Objeto Fronteiriço” (*Boundary Object*). Esta categoria foi criada frente à argumentação de que o trabalho científico é heterogêneo e requer a cooperação de um diversificado grupo de atores que o integram, ou seja, seus diferentes pesquisadores, profissionais e funcionários.

Esta cooperação pode determinar o resultado de um trabalho científico ao interferir na comunicação entre os atores; ao facilitar o entendimento harmônico entre eles e ao assegurar crédito entre os domínios, divulgando informações que permanecerão íntegras, independente das contingências locais, de espaço e de tempo (Star; Griesemer apud ARAÚJO, 2002).

Podemos entender Objeto Fronteiriço como “conceito, idéia, técnica, material de domínio de uma área (ou de um coletivo de pensamento), que possui compatibilidade com outros coletivos. Ou, como prefere Löwy (1996), uma área de

domínio comum, que sofre a cooperação de outros Coletivos de pensamento para a sua compreensão” (CUTOLO, 2001, p. 45).

O Objeto Fronteiriço representa um conceito analítico daqueles objetos científicos que podem habitar os múltiplos mundos sociais intersectados entre si, satisfazendo, ao mesmo tempo, as necessidades de cada um. “É um objeto que deve ser plástico o suficiente para se adaptar às necessidades locais e às exigências dos muitos sujeitos que o empregam, e ainda robusto o suficiente para manter uma identidade comum em diversas situações” (ARAÚJO, 202, p. 43).

Esses objetos podem ser abstratos ou concretos. Eles podem ter diferentes significados em diferentes mundos sociais, mas suas estruturas devem ser suficientemente comuns para poderem ser reconhecidas por mais de um mundo, como um modo de tradução. A criação e o manejo do Objeto Fronteiriço é o processo chave para desenvolver e manter uma certa coerência entre os mundos intersectados (ARAÚJO, 2002).

O Objeto Fronteiriço pode ser utilizado como meta para uma educação que se proponha progressista, e para a criação de um ambiente multicultural e interdisciplinar nas Universidades, com o objetivo de organizar o sistema de informação, para que este possa ser compartilhado por indivíduos com Estilos de Pensamento bastante diferentes.

Não poderia terminar este capítulo sem citar Japiassu (1976). Este fala do objeto da interdisciplinaridade, como sendo uma crítica “universitária” do saber, através da

exploração das fronteiras das disciplinas e das zonas intermediárias entre elas (objetos fronteirços em essência...), procedente do desejo de uma nova adequação das atividades universitárias às necessidades sócio-profissionais ou econômicas dos indivíduos.

Desta forma, de um lado, a interdisciplinaridade aparece como o instrumento e a expressão de uma crítica interna do saber, como um meio de superar o isolacionismo das disciplinas, como uma maneira de abandonar a pseudo-ideologia da independência de cada disciplina (profissão) relativamente aos outros domínios da atividade humana e aos diversos setores do próprio saber.

Do outro lado, aparece como uma modalidade inovadora de adequar as atividades de ensino e pesquisa às necessidades sócio-profissionais, bem como de superar o fosso que ainda separa a Universidade da sociedade, os profissionais de outros profissionais, e destes em relação à população (JAPIASSU, 1976, p. 57).

A partir desses conceitos fica mais fácil delimitar as idéias que norteiam este trabalho: Disciplina deve ser vista como uma Profissão de Saúde, que, por sua vez, é um Coletivo de Pensamento que possui Estilos de Pensamento próprios; assim sendo, a Interdisciplinaridade nada mais é do que uma espécie de intercoletividade, que interage através de interfaces possíveis, os Objetos Fronteirços. Demarcando melhor o território a ser explorado, podemos iniciar a busca do que nos propomos: a integração entre o estudante de Medicina e seus colegas dos cursos da área da saúde, objetivando o trabalho em equipe multiprofissional no SUS e no PSF.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

3.1 - PROCEDIMENTO ÉTICO:

O projeto-mãe denominado **“Práticas Curriculares Interdisciplinares dos Cursos de Graduação em Saúde da UNIVALI (Campus I)”**, ao qual este trabalho de pesquisa está vinculado, foi submetido à apreciação e aprovação do Colegiado do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração em Saúde da Família, antes de ser avaliado pelo Comitê de Ética da UNIVALI, em setembro de 2003, onde foi aprovado sob o parecer de nº 377/2003.

Foi solicitado também à Coordenação do Curso de Medicina da UNIVALI – Campus I, autorização para utilização dos documentos técnicos referentes ao curso – Projeto Pedagógico e Planos de Ensino, durante a realização deste trabalho de pesquisa.

O resultado obtido será devolvido à comunidade acadêmica sob a forma desta Dissertação de Mestrado, cuja versão final será entregue na Coordenação do Curso de Medicina para avaliação e eventual consulta.

3.2 - BASE TEÓRICA

O recorte utilizado para realizar este trabalho foi o da problematização do conceito de interdisciplinaridade, definido por Japiassu (1976) e Fazenda (1991, 1992, 2003), aplicado às práticas curriculares e pedagógicas do curso de graduação em Medicina

da UNIVALI, e ao disposto no texto das Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação.

A partir destes conceitos, busquei interfaces possíveis, ou “objetos fronteiriços” (OF), nos planos de ensino das 86 disciplinas do curso, classificando-os como OF Potenciais, Viáveis e Concretos, sempre de acordo com a capacidade de cada disciplina em proporcionar uma prática verdadeiramente interdisciplinar entre as diversas profissões de saúde, envolvidas com a atuação em atenção primária, segundo os princípios do SUS, principalmente através da estratégia de Saúde da Família.

Para chegar à definição de “objetos fronteiriços”, descritos por Star e Griesemer (1989), utilizei as categorias epistemológicas definidas por Ludwik Fleck (1986) – Estilos de Pensamento e Coletivos de Pensamento, já apresentados e discutidos no Capítulo 2 desta Dissertação.

Optei por usar como método de trabalho a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2002) e Triviños (1987), utilizando a análise de conteúdo documental de Bardin (1977), complementada por Lüdke e André (1986) e Olabuénaga e Ispiuza (1989), para retirar dos documentos oficiais e técnicos as informações necessárias à conclusão deste estudo de caso, de caráter propositivo.

A questão metodológica propriamente dita, será melhor explicitada nos próximos subitens deste capítulo.

3.3 - METODOLOGIA UTILIZADA

Entendendo as profissões da área da saúde, entre as quais a Medicina se posiciona, como Ciências Sociais com base biológica, em virtude da carga de incertezas que carrega e sua contribuição direta para o desenvolvimento integral dos indivíduos e das coletividades; e sob a perspectiva histórica de que, do ponto de vista antropológico sempre houve por parte do *Homo sapiens* uma preocupação com o conhecimento da realidade que o cerca, Minayo (1994), considera a Ciência como uma forma de expressão desta busca, não conclusiva, não definitiva.

Focalizando o objetivo primordial deste trabalho no campo da interação sócio-profissional do Médico, sob a égide da interdisciplinaridade, a partir do conceito de identidade entre o sujeito e objeto, conforme delineado por Minayo (1994), utilizei o método qualitativo de pesquisa, pela impossibilidade de quantificar e transformar em números as concepções que busco neste estudo.

A análise qualitativa, conforme descrita por Minayo (1994), preenche perfeitamente as expectativas desta pesquisa, já que ajuda a compreender e explicar a complexa dinâmica que envolve os processos das relações de ensino e trabalho dos diversos profissionais de saúde, com Estilos de Pensamento peculiares e, muitas vezes, conflitantes.

Ainda segundo Minayo (1994, p. 16), “enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”, e, no caso específico deste trabalho de

pesquisa, a compreensão das possibilidades de interação interdisciplinar entre os diferentes Coletivos de Pensamento, através do uso da categoria epistemológica denominada “Objeto Fronteiriço”.

Segundo Minayo “a teoria é um conhecimento de que nos servimos no processo de investigação como um sistema organizado de proposições, que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos que veiculam seu sentido” (MINAYO, 1994, p.19), vindo esta afirmação ao encontro dos objetivos deste trabalho.

A autora defende o método qualitativo na pesquisa afirmando que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 22).

Uma vez definido o caráter qualitativo da pesquisa, torna-se necessário definir o desenho desta, o qual permitiu a coleta dos dados e a análise das informações da forma mais racional possível, a fim de economizar esforços e tempo. Segundo define Triviños (1987), este trabalho pode ser classificado como um estudo de caso descritivo, operacionalizado através de análise de conteúdo documental.

Ainda segundo Triviños (1987), os estudos de caso descritivos têm por objetivo aprofundarem a descrição de determinada realidade previamente delimitada,

fazendo com que os resultados obtidos possam permitir a formulação de hipóteses para o encaminhamento de pesquisas posteriores.

3.4 - COLETA DE DADOS:

No caso específico deste trabalho de pesquisa, a coleta dos dados consistiu na busca de termos e expressões correlatas à interdisciplinaridade em um documento oficial, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, do Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2001) e em documentos técnicos do curso de graduação em Medicina da UNIVALI, referentes ao período 2003 / 2004, especificamente o Projeto Pedagógico e os Planos de Ensino do curso, por uma questão de recorte metodológico.

Ainda em relação à fonte dos dados, outros documentos oficiais foram consultados, por contribuírem diretamente com as políticas públicas de saúde e de formação em recursos humanos, mas não foram analisados em seus conteúdos, por uma questão prática, visando à conclusão da dissertação em tempo hábil. Estes documentos serviram como base para a fundamentação teórica do trabalho de análise dos dados obtidos.

Considero de fundamental importância a escolha das Diretrizes Curriculares do MEC (BRASIL, 2001), por serem estas uma referência oficial para a pesquisa da interdisciplinaridade enquanto mola propulsora de um novo perfil profissional desejado para os profissionais da área da saúde, incluindo aí os médicos. As Diretrizes indicam um caminho a ser seguido pelas Universidades em relação à

educação dos profissionais de saúde, quando incentivam uma formação de cunho generalista, voltada à consolidação dos princípios do SUS, e com ênfase em uma postura integral.

Como parto do pressuposto de que deficiências na formação durante a graduação são importantes fatores geradores das distorções encontradas na prática profissional na área da saúde, principalmente do médico que atua na estratégia de Saúde da Família, a análise de conteúdo deste documento torna-se primordial para buscar indícios de Objetos Fronteiriços capazes de transformar a competência do futuro profissional, capacitando-o a atuar em equipe, de forma interdisciplinar.

Da mesma forma, os documentos técnicos da medicina relativos ao período 2003 / 2004, que foram analisados qualitativamente conforme os princípios da análise temática de conteúdo definida por Bardin (1977), Triviños (1987), Lüdke e André (1986) e Minayo (1994), com o mesmo objetivo citado anteriormente em relação ao documento oficial, são os seguintes:

- Projeto Pedagógico do curso de medicina da UNIVALI;
- Planos de ensino das 86 disciplinas do curso de medicina da UNIVALI, da primeira à décima - segunda fase do Curso, incluindo o ciclo básico, clínico e internato.

3.5 - ANÁLISE DOS DADOS:

A técnica utilizada para trabalhar os dados obtidos foi a da análise documental. Embora pouco explorada, a análise documental pode se constituir numa técnica

valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja revelando novos aspectos de um problema.

Podemos considerar documentos “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano” (Phillips apud LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38).

Estes autores relatam ainda que Guba e Lincoln (1981) destacaram o fato de que:

Os documentos constituem uma fonte estável e rica, persistindo ao longo do tempo, podendo ser consultados várias vezes e inclusive servindo de base para diferentes estudos, o que dá mais estabilidade aos resultados obtidos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.39).

Os documentos não seriam apenas uma fonte de informações contextualizadas, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre este mesmo contexto. Estes constituem ainda uma fonte poderosa e rica, de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador.

Algumas críticas são freqüentemente feitas ao uso de documentos em análises de conteúdo, principalmente as que referem ser os documentos amostras não-representativas dos fenômenos estudados, pouco objetivos, com validade questionável, e por representar uma escolha arbitrária por parte dos autores, de aspectos a serem enfatizados e temáticas a serem focalizadas (Guba; Lincoln apud LÜDKE. ANDRÉ, 1986).

Segundo Bardin (1977), enquanto a análise documental trabalha com documentos, a análise de conteúdo trabalha com as mensagens contidas nestes documentos, sendo a análise temática uma das técnicas passíveis de serem utilizadas na análise de conteúdo. Estas mensagens obtidas através desta técnica são manipuladas pelo pesquisador com a finalidade de evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem.

Em sua obra, Triviños (1987), nos relata que a análise de conteúdo tem uma história muito antiga, iniciada quando da tentativa de interpretação dos livros sagrados, tendo prosseguido ao longo dos séculos, através de vários autores. No entanto, segundo o mesmo, a obra que realmente configurou em detalhes o método, tanto em relação ao seu emprego quanto aos seus princípios fundamentais, foi *L'Analyse de Contenu*, de Laurence Bardin, publicada em Paris, em 1977.

Triviños (1987) recomenda o uso da análise de conteúdo em pesquisa qualitativa porque, segundo Bardin (1977), o método se presta para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências presentes nos documentos analisados.

Bardin (1977) define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) das mensagens. (Bardin apud TRIVIÑOS, 1987, p. 160).

Triviños (1987) defende o uso do método de análise de conteúdo nas mensagens escritas, porque estas são mais estáveis e constituem uma referência à qual podemos voltar todas as vezes que desejarmos. Este é o nosso objetivo ao utilizar o método no estudo dos documentos analisados, em busca do 'Objeto Fronteiriço', o que permitirá, em minha opinião, a concretização da interdisciplinaridade, enquanto teoria e prática profissional.

Sempre citando Bardin (1977), Triviños (1987), assinala as três etapas básicas no trabalho de análise de conteúdo, a saber: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

Ainda segundo os autores citados, a pré-análise é, simplesmente, a organização do material a ser analisado, a partir de uma leitura denominada por Bardin (1977), como sendo 'flutuante'. A segunda etapa do método, a descrição analítica, começa na pré-análise, com um estudo aprofundado de todos os documentos a serem analisados, orientado pelo referencial teórico utilizado. Nesta etapa são realizadas a codificação, a classificação e a categorização do material.

Na terceira etapa, a interpretação inferencial, o pesquisador analisa tanto o conteúdo manifesto quanto o conteúdo latente dos documentos, a fim de descobrir características dos fenômenos em estudo, de forma dinâmica e historicamente contextualizada.

A linha mestre deste trabalho de pesquisa foi a busca de expressões e/ou palavras relacionadas ao tema interdisciplinaridade nos documentos analisados, a partir das

quais se desenvolveu a idéia de agrupar as diferentes disciplinas do Plano Pedagógico do Curso de Medicina da UNIVALI como Objetos Fronteiriços Potenciais, Viáveis e Concretos, tornando-as fatores de construção da interdisciplinaridade, conforme recortada neste trabalho, durante a graduação.

Lüdke e André (1986) definem este trabalho como sendo uma análise temática de conteúdo documental, durante o qual se estabelecem ligações entre as expressões e categorias encontradas, combinando-as, separando-as ou reorganizando-as. Todos os termos correlatos e sugestivos da idéia de interdisciplinaridade foram levados em consideração durante a análise.

Segundo Olabuénaga e Ispiuza (1989), a análise de conteúdo se baseia na leitura como instrumento de coleta de informações, sendo que esta leitura deve realizar-se de modo científico, ou seja, de maneira sistemática, objetiva, reproduzível e válida. Ainda segundo os autores, a leitura, para ser científica, deve ser total e completa, não bastando captar o sentido manifesto do texto, mas também seu sentido latente, o que vem ao encontro das idéias de Bardin e Triviños.

Cutolo parte do conceito de blocos de informação introduzido por Olabuénaga e Ispiuza (1989), e adapta os mesmos com a finalidade de analisar os documentos oficiais e técnicos utilizados neste trabalho, adaptação esta que reproduzo na íntegra, de acordo com as anotações realizadas durante a orientação.

Conforme orienta Cutolo, estes blocos de informação servem de roteiro para a análise de conteúdo realizada, devendo sempre se buscar, nos documentos analisados:

- Conteúdo propriamente dito (do que se trata, o que aborda o texto);
- Autor institucional (características do emissor);
- A quem se destina (a quem interessa, a quem legisla, a quem se aplica);
- Como se veicula (como se torna acessível e conhecido);
- Qual o conteúdo explícito do texto (sentido manifesto);
- Qual o conteúdo simbólico do texto (significados, valores, ideologia);
- Em que ou em quem se baseia conceitualmente (fundamentação teórica).

A partir dos dados obtidos através da análise de conteúdo documental, seguindo o roteiro estabelecido pelos blocos de informações presentes em cada documento técnico e oficial analisado, procurei buscar 'Objetos Fronteiriços' que me permitam localizar e concretizar o conceito de interdisciplinaridade, a fim de operacionalizar a estratégia de Saúde da Família e os princípios fundamentais do SUS, possibilitando a realização de uma intervenção precoce, ao nível da graduação.

Espero que, com este trabalho, novas propostas sejam introduzidas nos cursos de Medicina, com o objetivo de contribuir para a incorporação das Diretrizes Curriculares, e para o aperfeiçoamento do Ensino Médico em todas as nossas Universidades, visando à formação de um profissional voltado para a interdisciplinaridade e com uma formação mais humana e generalista, capaz de se integrar a outros coletivos de pensamento, e responder aos desafios dos novos tempos que se insinuam no horizonte do exercício profissional de caráter integral.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS DIRETRIZES CURRICULARES DO MEC:

4.1 - A CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES:

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser dever do Estado e direito do Cidadão. Foi criado o Sistema Único de Saúde, o SUS, e a Constituição afirmou ser atribuição deste sistema o ordenamento da formação de pessoal na área. A Lei Orgânica da Saúde, de nº 8080 / 90, determina o cumprimento deste objetivo e transforma os serviços públicos que integram o SUS em campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas em conjunto com o Sistema Nacional de Educação (BRASIL, [2005]).

No entanto, não cabe ao setor da saúde disciplinar a educação por meio do ensino em instituições educacionais. Sua tarefa é contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, como requer a legislação educacional. A proposta do governo federal é a de construir intencionalmente uma ação intersetorial, interpretando as formulações legais como políticas claras e sem sobreposição de tarefas entre os setores da educação e da saúde (BRASIL, [2005]).

Quando houve o debate a respeito da construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais, todas as profissões de saúde se mobilizaram para romper com o modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, e buscaram nas diretrizes, pontos de apoio para a transformação na graduação, o que levaria a uma perspectiva transformadora na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, [2005]).

Aprovadas entre 2001 e 2002 (a de Medicina em novembro de 2001), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, afirmaram que a formação do profissional de saúde deveria contemplar o Sistema de Saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Podemos ver a mudança nos cursos de graduação como um passo transformador da Universidade, em sua inserção no social e no trabalho (BRASIL, [2005]).

Segundo o Ministério da Saúde,

O objeto da mudança na formação dos profissionais, desde o lugar formulador de políticas públicas de saúde, deve estar centrado na orientação dos cursos e não nos processos de ordenamento do ensino no interior da organização didático-curricular, tarefa mais própria da gestão do ensino que da gestão em saúde. O aspecto da implementação das diretrizes curriculares nacionais que mais diz respeito ao SUS, portanto, é o que indica o perfil de formação dos profissionais, sua capacidade de oferecer atenção integral aos usuários das suas ações e serviços – situação fundamental para a conquista da qualidade e integralidade das práticas de saúde – e o desenvolvimento da apropriação do SUS (BRASIL, [2005], p. 4).

O conceito constitucional de integralidade se transforma no centro da questão educacional, cobrando dos profissionais uma humanização e uma nova forma de ver, viver e fazer a profissão, principalmente dos médicos, que passam a ter que criar vínculos verdadeiros com os usuários de ações e serviços de saúde, e a responsabilizar-se socialmente pelos resultados de suas intervenções. (BRASIL, [2005])

A construção coletiva das Diretrizes Curriculares, realizada através da análise e do aperfeiçoamento do conteúdo das Minutas dos Anteprojetos das Diretrizes

Curriculares de cada profissão de saúde pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, juntamente com outros documentos oficiais e técnicos, terminou por assumir o compromisso de modificar o perfil do egresso a partir da mudança na graduação, focalizando seu objetivo no conceito de integralidade (BRASIL, [2005]).

Em relação a este tema, o Ministério da Saúde assinala que:

A atenção integral à saúde implica na ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca-se o fato de que atenção integral implica em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários) (BRASIL, [2005], p.4).

É criada, então, através do lançamento das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, a articulação entre a Educação Superior e os Sistemas de Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos e profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação (BRASIL, 2003).

As Diretrizes Curriculares tem entre seus princípios:

- Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;

- Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos [...];
- Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- Incentivar uma sólida formação geral [...];
- Estimular práticas de estudo independentes, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;
- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar [...];
- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2003, p.4).

A definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, atende às tendências contemporâneas da educação, de flexibilidade, diversidade, criatividade, responsabilidade e busca permanente da qualidade, traduzida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Nº 9.394 de 20/12/1996) (BRASIL, 2003).

A implementação das Diretrizes Curriculares representa um estado de transição entre o estilo de pensamento flexneriano e o estilo de pensamento da integralidade. Documento lançado no XIV Fórum de Avaliação da Educação Médica, em 2004, diferencia os dois estilos de pensamento, comparando-os:

O paradigma⁷ flexneriano se caracteriza: pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; pelo fato do processo de ensino-aprendizagem estar centrado no

⁷ Na epistemologia de Fleck, se aproxima do termo “Estilo de Pensamento”, enquanto representante do “estado do conhecimento” gerado pelo Relatório Flexner e pelo conceito de Integralidade. É importante frisar que utilizei outro recorte de Estilo de Pensamento como instrumento de pesquisa. Na pesquisa, EP representa a forma de pensar e atuar dos Coletivos de Pensamento médicos e de outras profissões da área da saúde.

professor em aulas expositivas e demonstrativas; pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica e pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório.

Por outro lado situa-se o novo paradigma, recentemente denominado de estilo de pensamento da integralidade, que aponta no sentido do processo saúde-doença enfatizar mais a saúde do que a doença (a promoção, a preservação e a recuperação da saúde); o processo ensino-aprendizagem estar centrado no aluno com papel ativo na própria formação e o professor como orientador/facilitador; o ensino ocorrer no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, e voltado para as necessidades básicas de saúde, dentro de uma visão intersetorial; a capacitação docente voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde (educação permanente); e o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado pela discussão crítica dos aspectos econômicos, éticos e humanísticos da prestação de serviços de saúde. (ABEM, 2004, p.2).

4.2 - ANÁLISE DAS DIRETRIZES CURRICULARES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA:

De acordo com o proposto anteriormente, inicio a análise de conteúdo das Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina utilizando os blocos de informação modificados de Olabuénaga e Ispiuza (1989), com a finalidade de caracterizar o texto e seu conteúdo. Em seguida, busco referências ao termo interdisciplinaridade, ou a outro com idéia semelhante, contidas nas Diretrizes, seguindo o método de análise temática de conteúdo documental, já descrito no capítulo referente à metodologia.

O texto analisado aborda a instituição de Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, oferecendo às Escolas Médicas um instrumento de gestão que possibilite implantar um novo programa curricular nos cursos de

graduação, com a finalidade de provocar as mudanças necessárias à transição entre o antigo modelo flexneriano e o novo modelo integral.

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina foram homologadas através da Resolução Nº 04, de 07 de novembro de 2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, do MEC.

O texto se destina às Instituições do Sistema de Educação Superior do País. Interessa igualmente a todas as Entidades Médicas e ao SUS, já que mudanças curriculares interferem diretamente na qualidade do atendimento à saúde oferecido à população. Sua aplicação ocorre em âmbito nacional, influenciando na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições de Ensino (Universidades e Faculdades de Medicina).

O documento está acessível em bases de dados eletrônicas, em revistas, publicações oficiais do MEC e de órgãos reguladores e fiscalizadores da profissão médica.

O texto contém proposta de construção coletiva realizada por Comissões de Especialistas de Ensino das diversas profissões de saúde, elaborada após ampla consulta ao meio acadêmico e profissional e audiências públicas, e encaminhadas pela Secretaria de Educação Superior do MEC ao Conselho Nacional de Educação. Visou aspectos fundamentais de mudança curricular, preconizada principalmente pelo parecer CES/CNE Nº 583/01, para todas as áreas de conhecimento que integram a saúde.

Estas propostas englobam os seguintes aspectos:

- Perfil do formando / egresso / profissional
- Competências e habilidades
- Conteúdos curriculares
- Estágios e atividades complementares
- Organização do curso
- Acompanhamento e avaliação.

As diretrizes curriculares têm como objeto:

A construção de um perfil acadêmico e profissional com competência, habilidade e conteúdo contemporâneo, a fim de atuar com qualidade e resolutividade no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária brasileira. A formação de recursos humanos para as profissões da saúde deve pautar-se no entendimento de que Saúde é um processo de trabalho coletivo, do qual resulta como produto, a prestação de cuidados de saúde. (MARANHÃO, 2003, p.4).

E como objetivo:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. Garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (MARANHÃO, 2003, p. 4).

A fundamentação das Diretrizes Curriculares tem como premissa básica a transição entre os estilos de pensamento flexneriano e da integralidade, na formação em nível

de graduação, com a finalidade de desenvolver um novo tipo de profissional, generalista, capaz de atuar em equipe multiprofissional e envolvido com a interdisciplinaridade como princípio.

Analisando de forma minuciosa o conteúdo manifesto das Diretrizes Curriculares (DC), procuro qualquer referência ao termo interdisciplinaridade e outros correlatos, que tenham significação semelhante, de forma clara ou inferida.

Em seus dois primeiros artigos, relativos à instituição das DC como base para alterações na organização curricular dos Cursos de Medicina, aos seus princípios e fundamentos legais visando à sua implantação em nível nacional, não há qualquer citação em relação à interdisciplinaridade.

No Artigo 3º, onde é definido o perfil esperado do formando / egresso / profissional médico, surge a questão da formação generalista com perspectiva de integralidade na assistência, sem referência direta ao termo interdisciplinaridade. O aspecto da integralidade sugere, entre outros aspectos, um atendimento à saúde vinculado à relação entre o profissional, suas atribuições e suas relações com outros membros da equipe de saúde, já que o médico não realiza sozinho a assistência à saúde.

Quando no Artigo 4º define quais são as competências exigidas dos profissionais de saúde, no inciso I, relativo à atenção à saúde, é feita referência a:

“Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.” (BRASIL, 2003, p. 1) (meu grifo)

Podemos interpretar o termo “coletivo” tanto em relação a um grupo populacional quanto a uma equipe de saúde.

O Artigo 4º, ainda no inciso I, continua relatando que:

“A prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde [...]” (BRASIL, 2003, p.1),

Isto sugere o conceito da hierarquização do atendimento, mas também pode ser interpretado como uma relação interdisciplinar entre coletivos de pensamento, referindo-se a outras profissões, ou também à relação entre generalistas e especialistas.

Ainda no Artigo 4º, inciso III, há uma referência direta à relação com outros profissionais de saúde:

“Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.” (BRASIL, 2003, p. 2)(meu grifo).

O termo interdisciplinaridade ou trabalho em equipe não é citado, mas podemos inferir do texto que o trabalho deve ser realizado em conjunto com outros coletivos de pensamento.

No inciso IV do Artigo 4º, pela primeira vez, as DC se referem à questão da liderança, citando literalmente:

“No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade.” (BRASIL, 2003, p. 2).

No entanto, não descreve o tipo de relação esperada, se de caráter interdisciplinar.

Este Artigo faz ainda referências à tomada de decisões, à administração e gerenciamento dos serviços de saúde - citando o trabalho em equipe, e à educação permanente, capaz de gerar melhor formação e, conseqüentemente, cooperação entre os profissionais.

O artigo 5º faz referência à formação do médico, a qual tem a função de levar ao desenvolvimento das competências e habilidades esperadas, descritas em seus vinte e dois incisos.

No inciso III, é citada a capacidade do futuro médico de:

“Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares.” (BRASIL, 2003, p. 2)(meu grifo).

Não há, no entanto, definição a respeito do que entende por “*adequadamente*”. Podemos considerar uma referência indireta à interdisciplinaridade.

No inciso VIII, quando diz que o médico deve:

“Reconhecer suas limitações e encaminhar adequadamente pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral” (BRASIL, 2003, p. 2)

É possível ver um aspecto ‘*anti-interdisciplinar*’ presente no texto, já que o encaminhamento de pacientes “*que fujam do alcance de sua formação*” (vide citação acima) pode significar uma quebra de relação entre o profissional e seu paciente e entre o profissional e outro profissional, pois não torna explícita como este encaminhamento se dará: se na forma de referência e contra-referência, ou se simplesmente ‘repassando’ o paciente a outro profissional, sem retorno ou contato prévio ou posterior.

A questão da hierarquização das ações, principalmente em relação ao sistema de referência e contra-referência, ainda representa um processo de ruptura na relação entre os profissionais de atenção primária (generalistas) e os de atenção secundária e terciária (especialistas). Habitualmente não há uma comunicação eficaz entre os níveis de atendimento, gerando o que poderíamos classificar como uma relação de cunho pluridisciplinar. Investir na interdisciplinaridade, em todos os níveis pode ser o caminho para romper com este processo cristalizado ao longo dos anos.

O inciso XII faz referência ao atendimento integral à saúde, entendendo-o como um:

“Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 2003, p. 2).

O inciso XXI faz referência direta a:

“Atuar em equipe multiprofissional.” (BRASIL, 2003, p. 2).

Não esclarece como se dá este tipo de atuação; no entanto, podemos daí inferir que o caráter interdisciplinar da relação está subentendido.

O Artigo 5º, em seu Parágrafo Único, refere-se à formação do médico:

“Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.” (BRASIL, 2003, p. 3)(meu grifo)

Mais uma vez não se define o que as DC esperam do trabalho em equipe e nem o operacionaliza conceitualmente.

O Artigo 6º relaciona os conteúdos do Curso de graduação em Medicina com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, com a realidade

epidemiológica e com o princípio da integralidade. Seus incisos referem-se aos conhecimentos específicos exigidos para a formação do profissional médico.

Os Artigos 7º, 8º, 9º, 10º e 11º dizem respeito à organização dos Cursos de Medicina, ao projeto pedagógico, à grade curricular, aos planos de ensino e à modalidade adotada por cada Universidade. As Diretrizes Curriculares têm como princípio básico flexibilizar a forma de organização dos Cursos, deixando a cargo de cada gestor da Educação a escolha do modelo a ser seguido, respeitando-se o disposto nas Diretrizes.

O Artigo 12º, em minha opinião, é o mais importante, já que determina que, na estrutura do Curso de Medicina, devem constar disciplinas que estimulem a participação ativa dos alunos, o desenvolvimento de dimensões éticas e humanísticas, de valores orientados para a cidadania.

Em seu inciso IV, faz uma citação literal que faço questão de reproduzir:

“Promover a interação e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais”. (BRASIL, 2003, p. 4) (meu grifo)

Considero importante este texto, já que, pela primeira vez, verificamos o uso do termo ‘interdisciplinaridade’. Porém, podemos verificar que não há qualquer definição clara a respeito deste. Pode se referir à interdisciplinaridade no sentido disciplinar clássico (relações entre as disciplinas de um currículo) ou à

interdisciplinaridade enquanto relação entre coletivos de pensamento diferentes. Ambas as interpretações são possíveis.

O inciso VI faz referência ao trabalho em equipe multiprofissional, em diferentes cenários de ensino-aprendizagem, o que sugere uma relação possível entre diferentes coletivos e estilos de pensamento dentro e fora de uma equipe:

“Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.” (BRASIL, 2003, p. 4)(meu grifo).

Isto nos remete ao trabalho na estratégia de Saúde da Família, onde este tipo de situação ocorre quotidianamente.

O mais esclarecedor dos incisos, o de número VII, visa:

“Propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato.” (BRASIL, 2003, p. 4-5)(meu grifo).

O texto deste inciso tem como objetivo básico estimular a autonomia no exercício profissional.

Considero muito importante o disposto neste inciso, já que aí está contido em parte o objetivo deste trabalho de pesquisa: a busca de interfaces, de '*objetos fronteiriços*', capazes de concretizar o conceito de interdisciplinaridade, ainda durante a graduação. Uma vez presente no texto das Diretrizes Curriculares, fica mais fácil sua implantação e operacionalização.

O Artigo 13º faz referência às formas de avaliação dos alunos e dos cursos, de acordo com os princípios e regras expostas nos artigos anteriores. O Artigo 14º determina a entrada em vigor da Resolução Nº 04, de 07 de novembro de 2001, relativa às Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina.

Em relação às DC, podemos concluir que, apesar de estabelecerem critérios detalhados a respeito de como um Curso de Medicina deve ser organizado e de como deve funcionar, não operacionaliza conceitos importantes como o da interdisciplinaridade, deixando uma lacuna a ser preenchida com as múltiplas interpretações possíveis do tema. No entanto, deixa uma brecha a ser utilizada com esta finalidade, principalmente a partir do disposto em seu Artigo 12, inciso VII, citado acima.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PROJETO PEDAGÓGICO E DOS PLANOS DE ENSINO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVALI

5.1 - HISTÓRICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVALI:

O curso de Medicina da UNIVALI foi criado através das Resoluções nº 008/CEPE/97, de 11 de março de 1997 e nº 007/CUn/97, de 07 de abril de 1997, e instalado no Campus I, situado na cidade de Itajaí, litoral norte de Santa Catarina. A implantação do curso foi ratificada pelas Resoluções nº 046/CEPE/97, de 02 de dezembro de 1997 e nº 029/CUn/97, de 08 de dezembro de 1997 (UNIVALI, 2004).

O curso iniciou suas atividades em 23 de março de 1999, e desenvolve-se em período integral, com duração de 12 semestres letivos e carga horária de 8.250 horas, oferecendo a titulação de médico aos formandos (UNIVALI, 2004).

O curso de graduação em Medicina teve sua implantação justificada não só pela meta proposta pela UNIVALI de ampliar o número de cursos oferecidos na área da saúde, iniciado em 1980 com o curso de Enfermagem, mas também pela proposta de melhorar as condições de saúde da população (UNIVALI, 2004).

Conforme descrito no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIVALI,

Desde sua criação, o curso tem como característica primordial, a organização e empenho na formação do profissional generalista, cidadão consciente dos problemas do país e de sua responsabilidade enquanto integrante do setor saúde (Documento de Implantação

do Curso de Medicina). Mantém-se ainda como objetivo do curso, a formação do médico generalista voltado para a medicina familiar e comunitária (UNIVALI, 2004, p.13) (meus grifos).

Somente em setembro de 2003, após visita *in loco* de uma Comissão Verificadora que realizou análise documental do projeto pedagógico e dos planos de ensino da graduação em Medicina, entrevistas com professores e alunos, e verificação das condições físicas e logísticas do curso, é que foi encaminhado ao Conselho Estadual de Educação um relatório favorável ao reconhecimento do mesmo. Este relatório foi apreciado pela Comissão de Educação Superior e pelo plenário do CEE, com decisão favorável ao seu reconhecimento, através da Resolução nº 123/CEE-SC, de 04 de novembro de 2003 (UNIVALI, 2004).

5.2 - ANÁLISE DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVALI

Seguindo a mesma metodologia de trabalho utilizada até agora, inicio a análise documental do projeto pedagógico caracterizando-o antes segundo os blocos de informação de Olabuénaga e Ispiuza (1989), modificados.

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIVALI, editado em junho de 2004, trata dos aspectos gerais e específicos do curso de graduação em Medicina, descrevendo seus dados gerais; seus referenciais educacionais, pedagógicos e metodológicos; seus programas de integração entre as disciplinas e os ciclos básico e clínico; suas atividades multidisciplinares; a questão ética; a missão do curso, seus objetivos gerais e específicos e o perfil desejado do egresso (UNIVALI, 2004).

Refere-se, ainda, ao contexto do curso, citando as condições do mercado de trabalho, informando a respeito do corpo discente e docente, da organização curricular, das atividades complementares e eventos acadêmicos. Termina citando a questão das avaliações internas e externas do curso, inclusive em relação ao ENEM (UNIVALI, 2004).

O texto foi produzido por uma Comissão responsável pelo Projeto Pedagógico. Editado como documento de uso interno do curso de Medicina e do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI em junho de 2004, faz referência ao período compreendido entre os anos de 2003 e 2004 (UNIVALI, 2004).

O Projeto Pedagógico é um instrumento de gestão administrativa e pedagógica, destinado à administração da universidade, do centro de ciências da saúde e do curso de medicina, assim como aos alunos e professores do mesmo (UNIVALI, 2004).

Não tem veiculação externa, estando disponível para consulta na Coordenação do curso. É discutido e divulgado nos Fóruns do Projeto Pedagógico, que ocorrem uma vez por ano na Universidade, geralmente no segundo semestre letivo, conforme informações obtidas junto à Coordenação da Medicina, durante a coleta de dados.

O Projeto apresenta os aspectos práticos da organização do curso de Medicina, baseando-se nas propostas do CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) e no disposto nas Diretrizes Curriculares do MEC,

buscando uma melhoria constante da qualidade do ensino, da pesquisa e da extensão na área, rediscutindo os currículos tradicionais, estruturando novos currículos [...]

Onde se organizem e desenvolvam ações educativas, integrando ensino e vida, conhecimento e ética, reflexão e ação, na formação de um profissional comprometido com a realidade, e com a perspectiva de transformá-la qualitativamente (UNIVALI, 2004, p. 12).

Ainda de acordo com o já realizado em relação às Diretrizes Curriculares do MEC, ao analisar o Projeto Pedagógico, busquei os termos que me permitam identificar o conceito de interdisciplinaridade presente no documento.

O texto do Projeto Pedagógico do curso de Medicina inicia citando dados objetivos a respeito do curso, já descritos no sub-item 5.1 deste trabalho.

Em seu capítulo 3.2, sobre os *Referenciais do Projeto Pedagógico*, dividido em 7 sub-itens, são abordados vários temas diferentes, os quais analisarei separadamente a partir deste momento.

No sub-item referente *À concepção de educação e o ato pedagógico*, o texto se refere aos desafios impostos à Educação pelas transformações que ocorrem constantemente nas várias dimensões da vida humana, concluindo que a Educação faz parte do processo de construção da cidadania, sendo um:

“Compromisso da Universidade em suas dimensões macro e micro-organizativas, enquanto espaço de produção e socialização do conhecimento, visando à formação geral e específica dos alunos, de forma a possibilitar uma educação para a vida social a partir da aplicação do conhecimento específico, da criatividade e da responsabilidade pessoal e social” (UNIVALI, 2004, p.12)

Esse sub-item cita ainda o fato do curso de Medicina da UNIVALI ter sido estruturado de acordo com os termos das Diretrizes Curriculares do MEC, mesmo tendo se iniciado três anos antes da aprovação destas, uma vez que:

“Os membros da Comissão de Implantação e Acompanhamento já participavam ativamente das discussões das mesmas, desde 1998” (UNIVALI, 2004, p.12).

Não há citação direta ou indireta ao conceito de interdisciplinaridade nesta introdução a respeito do processo educacional e pedagógico relativo ao curso de Medicina.

O sub-item relativo à *Implantação e Atos oficiais de Autorização e Reconhecimento do Curso*, descreve o processo de implantação do curso de Medicina, e cita como sendo característica primordial deste:

“A organização e empenho na formação do profissional generalista, cidadão consciente dos problemas do país e de sua responsabilidade, enquanto integrante do setor saúde”(UNIVALI, 2004, p. 13).

Cita ainda como objetivo do curso,

“A formação do médico generalista voltado para a medicina familiar e comunitária.” (UNIVALI, 2004, p.13).

Podemos perceber a influência das determinações das Diretrizes Curriculares do MEC nas frases acima, embora não haja uma referencia direta à questão da interdisciplinaridade, de forma clara. Há, sim, um compromisso com a integralidade das ações enquanto principio norteador da estratégia de Saúde da Família.

O sub-item referente aos *Fundamentos Metodológicos* tem uma importância especial para a compreensão da estrutura do curso de Medicina, já que descreve, de forma pormenorizada, a metodologia norteadora do trabalho pedagógico realizado no curso, o qual:

“Caracteriza-se por um ensino ativo, que encaminha a reflexão sobre o objeto ou a realidade estudada, o que pressupõe, além das aulas teóricas envolvendo estratégias de ensino diversas, as práticas de laboratório, as observações “in loco”, as visitas técnicas e o envolvimento dos alunos em atividades práticas durante todo o curso, bem como seu envolvimento em projetos de pesquisa e atividades de extensão universitária” (UNIVALI, 2004, p. 13).

A seguir, relaciona os princípios que norteiam as práticas pedagógicas do curso de Medicina, dividindo-os também em sub-itens.

O primeiro (I), diz respeito à *Articulação teoria-prática*. Pela primeira vez o termo *interdisciplinar* é citado textualmente:

“Durante todo o curso, as atividades organizam-se em torno desta articulação, pois a perspectiva interdisciplinar é imprescindível para a formação do profissional de perfil generalista e do médico de família, que percebe o sujeito em sua totalidade e prima pela atenção e promoção da saúde em nível primário”. (UNIVALI, 2004, p. 14) (meu grifo).

Podemos observar que o tratamento dado ao termo “interdisciplinar” na citação acima, somente vislumbra o que entendemos por interdisciplinaridade, enquanto interface ou objeto fronteiro entre diferentes coletivos de pensamento, quando se refere à integração entre teoria e prática, no sentido curricular. No entanto, deixa uma brecha que pode ser aproveitada para a concretização deste conceito.

Mais uma vez, pode-se ver a influência das Diretrizes Curriculares no texto, assim como a presença marcante do conceito de integralidade, elemento aglutinador da interdisciplinaridade.

O segundo sub-item (II), relativo à *Integração vertical e horizontal*, descreve programas e projetos desenvolvidos durante o curso, que permitem uma relação de

caráter horizontal entre as disciplinas, e vertical entre os diferentes períodos do curso, dividindo o mesmo em área básica, área clínica e o ensino de ética e bioética médica.

O termo *interdisciplinar* é citado várias vezes durante a descrição destes programas e projetos desenvolvidos pelo curso de Medicina, embora não tenha o mesmo significado que utilizamos nesta dissertação. No entanto, é interessante assinalar alguns aspectos destes, pois poderiam servir de objeto fronteiro para o desenvolvimento de uma relação verdadeiramente interdisciplinar entre a Medicina e outros coletivos de pensamento, ainda durante a graduação.

Na área básica, ou seja, nas disciplinas que servem de formação do arcabouço de conhecimento ou subsidiam as clínicas ou específicas, muitas delas comuns a vários cursos da saúde, o termo interdisciplinaridade surge relacionado à relação entre diferentes disciplinas deste ciclo, sob a forma de seminários ou aulas conjuntas. Podemos ter como exemplo os:

“Seminários interdisciplinares em doenças transmissíveis – são realizados três seminários semestrais para os alunos do quarto período do curso, no qual estão envolvidas as disciplinas de Microbiologia, Parasitologia, Epidemiologia, Patologia Clínica, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Clínica Médica”(UNIVALI, 2004, p. 14).

Podemos perceber o conteúdo de algumas destas disciplinas como demasiadamente específicas ainda nesta etapa do curso, para servirem como

atividades integradoras entre coletivos de pensamento diferentes, representados por alunos de outros cursos da área da saúde, já que fazem parte da formação básica do conhecimento médico. No entanto, representam possibilidades de integração, já que considero importante a intervenção no chamado “núcleo duro”, ou de formação básica do curso de Medicina, para a criação de uma mentalidade interdisciplinar, tanto entre os docentes como entre os discentes, desde o início do curso.

Na área clínica, a interdisciplinaridade existe em tese, mas é sub-utilizada através da instituição dos programas de integração curricular entre as diferentes disciplinas. Dentre estes programas, alguns têm um alto grau de especificidade para a área médica, servindo somente como objetos fronteiros interdisciplinares potenciais, principalmente por serem muito direcionados às especialidades.

Como exemplo de seminário específico para a área médica, cito a *Reunião clínico-pedagógica*, que tem como objetivo formar o raciocínio clínico indispensável para a prática profissional, através da:

“Apresentação de casos clínicos por um grupo de alunos, com orientação docente, e sua discussão com a platéia, constituída por alunos do quinto ao sétimo períodos”(UNIVALI, 2004, p. 15).

O *Programa interdisciplinar de diagnóstico complementar* que, conforme o nome já diz, objetiva fornecer:

“Informações básicas, compatíveis com o perfil desejado (médico generalista), sobre indicações, procedimentos, técnicas e interpretações de exames para apoio diagnóstico e terapêutico” (UNIVALI, 2004, p. 15).

No Quadro 01, podemos verificar as disciplinas que compõem o Programa Interdisciplinar de Diagnóstico Complementar. Algumas são básicas (biológicas e estruturais) e outras direcionadas às especialidades.

Quadro 01

DISCIPLINAS ENVOLVIDAS NO PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

PERÍODO LETIVO	DISCIPLINA	CRÉDITOS
5º	Clínica Médica I	06
	Clínica Cirúrgica I	06
	Anatomia Patológica I	02
	Diagnóstico por Imagem I	02
	Patologia Clínica	02
6º	Clínica Médica II	06
	Clínica Cirúrgica II	06
	Pediatria I	06
	Anatomia Patológica II	02
	Diagnóstico por Imagem II	02
7º	Clínica Médica III	06
	Clínica Cirúrgica III	06
	Pediatria II	04
	Anatomia Patológica III	02
	Diagnóstico por Imagem III	02
8º	Ginecologia	04
	Clínica Médica IV	06
	Clínica Cirúrgica IV	06
	Pediatria III	03
	Cirurgia Pediátrica	02
	Obstetrícia e Medicina Fetal	06
	Anatomia Patológica IV	02
	Diagnóstico por Imagem IV	02

Fonte: Coordenação do Curso, 2003/I

O *Programa Interdisciplinar em Neuromedicina*, Quadro 02, também é específico, mas poderia servir como objeto fronteiroço, pois visa à conjugação de docentes de disciplinas relacionadas à área, e à formação de grupos de estudo entre os alunos dos diferentes períodos, centrando suas atividades:

“Na divulgação de suas pesquisas e estudos, bem como de informações novas e cientificamente corretas, junto à comunidade interna e externa” (UNIVALI, 2004, p. 19).

Quadro 02

DISCIPLINAS ENVOLVIDAS NO PROGRAMA INTERDISCIPLINAR EM NEUROMEDICINA

DISCIPLINAS	PERÍODO LETIVO
Anatomia (Neuro)	1 ^o
Histologia (Neuro)	2 ^o
Fisiologia (Neuro)	3 ^o
Química Fisiológica	3 ^o
Biologia Molecular	4 ^o
Farmacologia (Neuro)	5 ^o
Psicologia Médica	6 ^o
Psiquiatria	7 ^o
Anatomia Patológica	8 ^o
Diagnóstico por Imagem	8 ^o
Clínica Médica: Neurologia	8 ^o
Ética	1 ^o ao 8 ^o

Fonte: Coordenação do Curso, 2003/1

Já o *Programa interdisciplinar em Medicina Familiar e Comunitária* (Quadro 03) se mostra bastante adequado às nossas pretensões de ser um objeto fronteiroço passível de ser explorado interdisciplinarmente. Segundo descreve o Projeto Pedagógico,

“Constitui objetivo desta disciplina, o ensino dos princípios e práticas da atenção médica ao paciente e à sua família, ministrada no seio desta e da comunidade onde vive e da qual sofre influencia” (UNIVALI, 2004, p. 17).

Quadro 03

DISCIPLINAS ENVOLVIDAS NO PROGRAMA INTERDISCIPLINAR EM MEDICINA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

PERÍODO LETIVO	DISCIPLINA	CRÉDITOS
1º	Antropologia	02
1º	Sociologia	02
2º	Crescimento e Desenvolvimento Humano	02
3º	Organização dos Serviços de Saúde	02
4º	Epidemiologia	03
5º	Medicina Preventiva	03
6º	Psicologia Médica	02
6º	Medicina Ocupacional	02
6º ao 8º	Pediatria	06, 04, 04
7º	Psiquiatria	04
7º	Ginecologia	04
8º	Obstetrícia	06
8º	Geriatria	02
8º	Nutrição	02
5º ao 8º	Medicina Familiar e Comunitária	02, 04, 04, 03
1º ao 8º	Ética Médica	01,01, 01, 01, 01, 01, 01, 02

Fonte: Coordenação do Curso, 2003/I

Ainda segundo o Projeto,

“A metodologia de ensino [...] é centrada no paciente e na família, com responsabilidade crescente dos alunos, os quais têm pessoas e famílias em seus domicílios e na comunidade sob seus cuidados e sempre sob orientação docente”

(UNIVALI, 2004, p. 17).

O Programa Interdisciplinar em Medicina Familiar e Comunitária procura oferecer uma base sólida voltada para a atenção básica de saúde, e a maior parte das

atividades teóricas e práticas são ministradas na Unidade de Saúde Familiar e Comunitária da UNIVALI e na comunidade vizinha ao campus, o bairro Nossa Senhora das Graças (UNIVALI, 2004).

Várias outras disciplinas do currículo de graduação em Medicina formam a base para este programa, e para que os objetivos deste sejam alcançados, três vertentes são contempladas dentro do programa, as quais enumero a seguir:

- Possibilitar a integração dos diferentes conteúdos teóricos indispensáveis, de maneira interdisciplinar. Deve ser lembrado que vários conteúdos, necessários e importantes para enriquecer esta formação geral, encontram-se distribuídos em disciplinas de diferentes naturezas, desde aquelas de formação geral e humanística, como a Antropologia e a Sociologia, até outras de abordagens éticas, como as disciplinas de Ética e Bioética e que também se constituem num diferencial, por estarem inseridas em todos os oito períodos da fase pré-internato. A Psicologia Médica e a Psiquiatria não são disciplinas isoladas das demais, mas tem programação centrada na Saúde Mental e integrada com a de Medicina Familiar e Comunitária. Nesta mesma linha de argumento, quando olhamos para as medidas preventivas que devem ser transmitidas aos alunos, encontramos as disciplinas de Medicina Preventiva, Medicina Ocupacional e Doenças Infecciosas e Parasitárias.
- Incluir a atuação comunitária curricular como importante instrumento para a prática do ensino médico. A estruturação desta modalidade foi alicerçada nos princípios das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina. As disciplinas de Medicina Familiar e Comunitária têm uma grande ênfase de práticas comunitárias em seus programas, coerentes com sua própria definição. Buscam estimular, apoiar e ordenar as atividades vinculadas ao trinômio ensino-assistência-comunidade.
- Proporcionar a integração das atividades de ensino prático na comunidade. Todas as disciplinas envolvidas no programa desenvolvem atividades de ensino em comunidades, especialmente naquela localizada próximo ao campus. Melhores resultados para estas práticas de ensino nas comunidades são obtidos a partir de uma interação de ações entre as diferentes disciplinas, que constroem, sob uma coordenação única, uma programação planejada, ordenada e interdisciplinar que permite obter a máxima eficácia possível em termos de assistência à população e de ensino de campo aos alunos." (UNIVALI, 2004, p. 17-18) (meu grifo).

Novamente estamos diante do conceito de interdisciplinaridade que diz respeito à integração entre as diversas disciplinas da grade curricular do curso de Medicina. No entanto, estas atividades ligadas ao trinômio ensino-assistência-comunidade poderiam determinar um campo de ação conjunta entre os diversos cursos da área da saúde, sendo este programa uma possibilidade potencial e real de integração interdisciplinar.

As chamadas *Atividades multidisciplinares integradas no curso de Medicina da UNIVALI*, Quadro 04, outro sub-item da área clínica, dizem respeito à área de Ginecologia e Obstetrícia e de Medicina Fetal, com caráter eminentemente hospitalar, já que todas as aulas teóricas e práticas ocorrem nas dependências do Hospital Marieta Konder Bornhausen, em Itajaí. Não observamos atividades integradoras com alunos de outros cursos de graduação que também são treinados no Hospital, em especial da Enfermagem.

Quadro 04

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES INTEGRADAS NO CURSO DE MEDICINA

Local	Turno	Atividades e seu desenvolvimento
Sala de aula no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB	Matutino Vespertino	Aulas teóricas – Obstetrícia Aulas teóricas – Medicina Fetal até as 15h30min
Ambulatório – Centro Obstétrico/Cirúrgico do HMMKB Alunos divididos em 7 grupos, nominados pelas letras de A a G	Matutino Vespertino	Atendimento pré-natal, no Ambulatório Médico de Especialidades; ações supervisionadas por dois professores (grupos de A a E). No Centro Obstétrico, o grupo F acompanha os

		<p>atendimentos na sala de admissão, pré-parto, parto e cirurgias (curetagens – curagens – cesareanas, etc), sob orientação de um professor.</p> <p>O grupo G realiza atividades no Centro Obstétrico, além de ultrassonografia no Centro de Imagem. O professor da disciplina de Medicina Fetal realiza exames de pacientes atendidas no Ambulatório na manhã do mesmo dia ou agendadas em atendimentos realizados nas semanas anteriores. Quando os exames de ultrassonografia terminam, os alunos encaminham-se para o Ambulatório ou para o Centro Obstétrico para acompanhar o atendimento no Ambulatório de Ginecologia.</p>
<p>Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - HMMKB</p> <p>Centro Obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de admissão - Unidade de Internação - Pronto Socorro 	<p>Noturno ou Diurno</p>	<p>Plantões</p> <p>Os alunos são divididos em 15 duplas que realizam um plantão de 14 horas no Centro Obstétrico do HMMKB, acompanhados por dois professores. Ao iniciar o plantão, recebem informações dos acadêmicos que realizam suas atividades no período precedente.</p> <p>Durante o plantão, os alunos prestam atendimento às gestantes no pré-parto, fazendo o acompanhamento (dinâmica – partograma etc...). Atende-se na sala de admissão e nas unidades de internação (intercorrências ginecológicas / obstétricas/ puerperais), no Pronto Socorro (desde que relacionado a problemas de ginecologia e obstetrícia) e também se faz acompanhamento em curetagens, partos e operações cesareanas, assim como em cirurgias ginecológicas de urgência.</p> <p>Pela manhã, antes de deixarem o plantão, os acadêmicos visitam a maternidade, fazendo prescrição das puérperas e dando orientações lactacionais. Estão previstas visitas nos dias subseqüentes, até a alta hospitalar das pacientes, assim como agendamento de curativos e retirada de pontos das cesareadas no Ambulatório Médico de Especialidades da UNIVALI.</p>
<p>Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen:</p> <p>Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica</p>	<p>Matutino e/ou Vespertino</p>	<p>Atividades em enfermarias</p> <p>As unidades de internação clínica e cirúrgica do hospital são visitadas pelos acadêmicos, após as aulas teóricas, desde que não haja pacientes internadas nem cirurgias programadas. Neste local, eles têm acesso aos prontuários e exames produzidos por professores do curso que atuam como médicos assistentes no atendimento aos casos descritos. Os alunos prestam assistência às pacientes ginecológicas que foram submetidas a tratamento cirúrgico.</p>
<p>Sala de aula no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB</p>	<p>Matutino e/ou Vespertino</p>	<p>Atividades didáticas</p> <p>Os acadêmicos que atuam na maternidade, particularmente no puerpério, reúnem as pacientes, no momento da alta hospitalar, e as orientam, com auxílio de recursos didáticos, sobre cuidados puerperais no domicílio, lactação, atendimento ao bebê em casa e contracepção.</p>

Fonte: Coordenação do Curso, 2003/1

O “*Ensino da Ética Médica e da Bioética*” representa um sub-item à parte. Ocorre ao longo dos primeiros oito períodos letivos (1º a 8º) e, segundo o Projeto Pedagógico,

“juntamente com as disciplinas humanísticas, básicas e clínicas profissionalizantes, enfatiza o caráter humanístico da Medicina e seu exercício com humanismo, compaixão e ética” (UNIVALI, 2004, p. 21) (meus grifos). O texto cita o termo “humanístico” de forma redundante, penso que talvez para frisar este aspecto como importante dentro das diretrizes do curso.

Estas disciplinas representam a formação de um estilo de pensamento baseado na ética enquanto raciocínio e prática profissional. Quanto aos seus conteúdos:

“Iniciam apresentando as razões para o ensino da ética médica e da bioética na graduação médica, com uma análise conceitual da Medicina, sua origem e base hipocráticas, os conceitos da bioética, sua evolução histórica e seus princípios [...]. Referências são feitas à ética com o cadáver, com os colegas, com os funcionários e com a própria Universidade” (UNIVALI, 2004, p. 21).

Este bloco de disciplinas pode perfeitamente ser o ponto de partida para a introdução do conceito de interdisciplinaridade que almejamos implantar no seio do curso de graduação em Medicina, principalmente por estar distribuída ao longo do curso, do 1º ao 8º período. Não há referência explícita à relação interdisciplinar com os outros cursos de graduação, apesar de haver espaço para este tipo de proposta em seus objetivos gerais e específicos.

Acredito ser de primordial importância acrescentar ao conteúdo das diversas disciplinas relacionadas à questão ética o conhecimento do campo de atuação específico das diversas profissões que compõem a área da saúde, para que o futuro

médico aprenda, desde o início, a reconhecer, respeitar e interagir com outros coletivos de pensamento, através de um trabalho verdadeiramente em equipe.

O sub-item que diz respeito à *Missão da UNIVALI, do Centro e do Curso*, traz os conceitos relativos à *Visão*, à *Missão*, aos *Valores*, aos *Objetivos Gerais e Específicos* da Universidade, assim como às *Diretrizes Institucionais* deste, de caráter geral. Informa ainda a *Missão do Centro de Ciências da Saúde*, que tem como filosofia:

“A integração das ações de Ensino, Pesquisa e Extensão, tendo como diálogo o elemento mediador” (UNIVALI, 2004, p. 26).

Dentro deste sub-item estão incluídos a *Missão* e os *Objetivos* do curso, enfatizando a organização baseada em conteúdos voltados para a ética e a bioética, com a finalidade de formar médicos generalistas, com ênfase na Saúde da Família. Podemos observar estes princípios dentro do *Objetivo Geral* descrito abaixo:

“Formar o médico generalista e policlínico, capaz de atuar na investigação, na prevenção e no tratamento das doenças, promovendo a saúde de pessoas e comunidade, e voltado especialmente para as atividades do ‘médico de família’ ”
(UNIVALI, 2004, p. 27).

Dentro dos *Objetivos Específicos*, observamos um item que, pela primeira vez, introduz o conceito de interdisciplinaridade compatível com o que descrevemos no

sub-item 1.3 desta dissertação, quando refere que o curso de Medicina deverá formar o médico:

“Preparado para realizar atividades integradas com os demais profissionais da área da saúde” (UNIVALI, 2004, p. 27)

Apesar disso, não é citada uma forma prática e sistematizada de concretizar esta integração em nível de graduação, nem no Projeto Pedagógico nem nos Planos de Ensino.

Os *Objetivos Específicos* também tratam do tema relativo à integralidade das ações, quando determina como fator fundamental formar o médico:

“Dotado de espírito crítico e comprometido política, social e eticamente com os problemas de saúde do homem e do cidadão;

Capaz de assistir e acompanhar o cidadão e as famílias com ações de prevenção e manutenção da saúde;

[...] Generalista, com capacidade para a prevenção, investigação e tratamento das doenças, promovendo a saúde individual e coletiva, voltado especialmente para a atenção primária da saúde e integrado nos programas de Saúde da Família”

(UNIVALI, 2004, p.27).

Já o sub-item *Perfil do Egresso*, cita de forma explícita a integralidade:

“O profissional médico, generalista e policlínico, tem sua formação embasada numa concepção integral de saúde, competente, técnica, científica e politicamente para atuar na promoção da saúde integral do cidadão” (UNIVALI, 2004, p. 27).

O próximo sub-item, referente às *Competências e Habilidades*, Quadro 05, estabelece, de forma específica, quais são estas competências e habilidades que devem ser desenvolvidas durante a trajetória de formação do futuro médico, de acordo com o disposto nas Diretrizes Curriculares do MEC e com o princípio da integralidade, citando o trabalho em equipe, sem explicitar como este trabalho deve ser executado:

“Com base nestas competências e habilidades, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Além disso, o médico deverá exercer a Medicina em consonância com o código de ética profissional e com os direitos humanos constituídos, contribuindo para o desenvolvimento do exercício da cidadania social” (UNIVALI, 2004, p. 28).

Quadro 05

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES ESTABELECIDAS PELO CURSO DE MEDICINA DA UNIVALI

GERAIS		ESPECÍFICAS
Atenção à saúde	<p><i>desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo</i></p> <p><i>atuar de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde</i></p> <p><i>demonstrar pensamento crítico, analisando os problemas da sociedade e buscando soluções para os mesmos</i></p> <p><i>realizar seus serviços com qualidade, pautados nos</i></p>	<p><i>desenvolver atividades comunitárias e de dedicação às pessoas, atuando como agente de transformações sociais</i></p> <p><i>atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário</i></p> <p><i>reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência em ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos</i></p> <p><i>realizar com proficiência a anamnese e história clínica</i></p> <p><i>diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo</i></p>

GERAIS		ESPECÍFICAS
	<i>princípios da ética/bioética</i>	<i>biológico, com base em evidências científicas utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, na atenção integral à saúde realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico</i>
Tomada de decisões	<i>tomar decisões visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada</i>	<i>analisar continuamente a dinâmica do mercado de trabalho e as políticas de saúde dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocial-ambiental subjacentes à prática médica ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população</i>
Comunicação	<i>estabelecer canais de comunicação que visem à interação com outros profissionais de saúde e o público em geral apresentar habilidades de escrita e leitura, bem como o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação</i>	<i>comunicar-se apropriadamente com as equipes de trabalho, os pacientes e comunidade, informando-os e educando-os em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos ler e interpretar corretamente diferentes fontes/dados de informações técnico-científicas demonstrar atitude investigativa que favoreça a produção e socialização do conhecimento na sua área de atuação</i>
Liderança	<i>assumir posições de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, visando ao bem-estar da comunidade</i>	<i>atuar em equipe multiprofissional, respeitando e valorizando os diferentes saberes</i>
Administração e gerenciamento	<i>gerenciar e administrar de forma empreendedora equipes e/ou serviços de saúde</i>	<i>atuar no sistema hierarquizado de saúde, respeitando os princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos atuar em atividades de política e planejamento em saúde, assumindo o papel social do médico</i>
Educação permanente	<i>ter responsabilidade e compromisso com a educação permanente</i>	<i>manter-se continuamente atualizado em relação à legislação e ao conhecimento produzido na área da saúde</i>

Fonte: Coordenação do Curso, 2003/I

Há uma referência indireta ao que entendo por interdisciplinaridade, nos itens relativos à *Liderança* e *Comunicação* (v. quadro 05), quando este diz que o médico deve:

“Estabelecer canais de comunicação que visem à interação com outros profissionais de saúde e o público em geral” (UNIVALI, 2004, p. 29).

“Assumir posições de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, visando ao bem-estar da comunidade, e atuar em equipe multiprofissional, respeitando e valorizando os diferentes saberes” (UNIVALI, 2004, p. 29).

Faço um adendo em relação a este aspecto referente às “competências e habilidades” abordado pelo Projeto Pedagógico, pois atualmente é consensual considerar a competência como sendo o somatório do conhecimento, da habilidade e da atitude dos indivíduos.

O sub-item denominado *Contexto do Curso* trata de aspectos gerais relativos à profissão médica em relação ao mercado de trabalho, à formação profissional, à residência, às especialidades e às condições de exercício da profissão. Fala ainda a respeito do corpo discente e docente da UNIVALI, apresentando um quadro geral de todos os professores que compõem o quadro do curso de graduação em Medicina desta Universidade. Estes aspectos gerais podem ser consultados no texto do Projeto Pedagógico entre as páginas 30 e 87 (UNIVALI, 2004).

O sub-item denominado *Organização Curricular*, faz referência à estrutura do currículo e à sua matriz curricular.

Em relação à *Estrutura do Currículo*, o Projeto pedagógico enfatiza o aspecto referente à formação do profissional com caráter generalista e direcionado para a

Medicina de Família, assim como à formação ética e humanística buscada durante todo o curso. Não é feita referência à questão da interdisciplinaridade, exceto pelo aspecto da inter-relação entre as várias disciplinas, vertical e horizontalmente, dentro da estrutura do curso. Posso citar como exemplo:

“Nas práticas pedagógicas do curso é comum a participação de docentes das disciplinas profissionalizantes nos programas da área básica e vice-versa” (UNIVALI, 2004, p. 117).

O sub-item *Matriz curricular* descreve a estrutura do curso em detalhes:

“O curso, estruturado com base nas Diretrizes Curriculares, é desenvolvido em 12 semestres letivos, divididos em 8 semestres básicos e pré-clínicos e 4 semestres de Internato Médico, totalizando 8.250 horas/aula (550 créditos) em regime de tempo integral” (UNIVALI, 2004, p. 117).

Faz referência ainda à distribuição das disciplinas em três grandes ciclos: Estudo do Homem Sadio, Estudo dos Mecanismos de Agressão e Defesa do Organismo Humano e o Estudo do Homem Doente. Descreve em detalhes como se dividem as disciplinas entre os ciclos, e como elas se relacionam com o último ciclo, o do Internato Médico. Não há referência à questão da interdisciplinaridade. Percebe-se ainda o caráter biologicista e flexneriano prevalente na estrutura curricular.

Incluo a seguir a matriz curricular para consulta:

Quadro 06

MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA

CÓDIGO	DISCIPLINAS	REQUISITO PARALELO	PRÉ-REQUISITOS	CRÉD.	C/H	
1	2541	Anatomia Humana		12	180	
	2542	Histologia		06	090	
	2543	Embriologia Humana		04	060	
	2544	Antropologia		02	030	
	0341	Sociologia		02	030	
	2545	Ética Médica		01	015	
Total carga-horária 1º período				27	405	
2	2575	Anatomia Humana		2541	12	180
	2576	Histologia		2542	08	120
	2577	Metodologia Científica			02	030
	2578	Crescimento e Desenvolvimento Humano			02	030
	2579	Ética Médica			01	015
	2580	História da Medicina			01	015
Total carga-horária 2º período				26	390	
3	2659	Imunologia Básica	2664		04	060
	2660	Genética Médica		2543	03	045
	2661	Fisiologia Humana e Biofísica		2576	08	120
	2662	Organização dos Serviços de Saúde			02	030
	2663	Anatomia Humana		2575	08	120
	2664	Química Fisiológica	2661		04	060
	2665	Ética Médica			01	015
Total carga-horária 3º período				030	450	
CÓDIGO	DISCIPLINAS	REQUISITO PARALELO	PRÉ-REQUISITOS	CRÉD.	C/H	
4	2835	Biologia Molecular		2660, 2664	04	060
	2836	Epidemiologia e Bioestatística			03	045
	2837	Ética Médica			01	015
	2838	Fisiologia Humana e Biofísica		2661	06	090
	2839	Imunopatologia		2659	03	045
	2840	Microbiologia Médica		2659	04	060
	2841	Parasitologia Médica		2659	04	060
	2842	Patologia Geral	2838, 2839	2664	04	060
	2843	Semiologia Médica		2661	04	060
Total carga-horária 4º período				33	495	
5	2914	Anatomia Patológica	2923	2839-2842-2843	02	030
	2915	Clínica Médica	2923	2839-2842-2843	06	090
	2916	Clínica Cirúrgica	2923	2839-2842-2843	06	090
	2917	Doenças Infecciosas e Parasitárias		2840-2841	02	030
	2918	Diagnóstico por Imagens	2923	2842-2843	03	045
	2919	Ética Médica			01	015
	2920	Farmacologia e Terapêutica		2842	06	090
	2921	Medicina Preventiva		2836	03	045
	2922	Medicina Familiar e Comunitária	2921	2843	02	030
	2923	Patologia Clínica		2835	02	030
Total carga-horária 5º período				33	495	
6	2924	Anatomia Patológica		2914	02	030
	2925	Clínica Médica		2914-2915-2918	06	090
	2926	Clínica Cirúrgica		2916	06	090
	2927	Diagnóstico por Imagens		2918	02	030
	2928	Ética Médica			01	015
	2929	Medicina Familiar e Comunitária		2922	04	060
	2930	Medicina Legal		2914-2915-2916-2918	02	030
	2931	Medicina Ocupacional	2925-2926		02	030
	2932	Pediatria		2843	06	090
2933	Psicologia Médica			02	030	
Total carga-horária 6º período				33	495	
7	2934	Anatomia Patológica		2924	02	030
	2935	Clínica Médica		2925	06	090

CÓDIGO	DISCIPLINAS	REQUISITO PARALELO	PRÉ-REQUISITOS	CRÉD.	C/H	
2936	Clínica Cirúrgica		2926	06	090	
2937	Diagnóstico por Imagens		2927	02	030	
2938	Ética Médica			01	015	
2939	Ginecologia		2925-2926	04	060	
2940	Medicina Familiar e Comunitária		2929	04	060	
2941	Pediatria		2932	04	060	
2942	Psiquiatria		2933	04	060	
Total carga-horária 7º período				33	495	
8	2943	Anatomia Patológica		2934	02	030
	2944	Clínica Médica		2935	05	075
	2945	Clínica Cirúrgica		2936	05	075
	2946	Diagnóstico por Imagens		2937	02	030
	2947	Ética e Bioética			02	030
	2948	Geriatrics		2935-2936	02	030
	2949	Medicina Familiar e Comunitária		2940	03	045
	2950	Obstetrícia e Medicina Fetal		2939	06	090
	2951	Pediatria		2941	02	030
	2952	Pediatria (Cirúrgica)		2941	02	030
3607	Nutrição			02	30	
Total carga-horária 8º período				33	495	
9	2953	INTERNATO Medicina Familiar e Comunitária	todas as disciplinas do 9º período	todas as disciplinas até o 8º período	25	375
	3816	Ginecologia/Obstetrícia			25	375
	3815	Pediatria			25	375
	2987	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)			02	030
Total carga-horária 9º período				77	1155	
10	2954	INTERNATO: Medicina Familiar e Comunitária	Todas as disciplinas do 10º período	todas as disciplinas até o 9º período exceto o TCC	25	375
	3869	Clínica Médica			25	375
	3870	Clínica Cirúrgica			25	375
Total carga-horária 10º período				75	1125	
11	2955	INTERNATO: Medicina Familiar e Comunitária	Todas as disciplinas do 11º período	todas as disciplinas até o 10º período exceto o TCC	25	375
	3871	Pediatria			25	375
	3872	Ginecologia/Obstetrícia			25	375
Total carga-horária 11º período				75	1125	
12	3873	INTERNATO: Clínica Médica	2956	todas as disciplinas até o 11º período e aprovação do TCC	25	375
	2956	Clínica Cirúrgica	3873		25	375
	3874*	Estágio Optativo Obrigatório – Clínica Médica		todas as disciplinas até o 11º período e aprovação do TCC	25	375
	3875*	Estágio Optativo Obrigatório – Clínica Cirúrgica			25	375
	3876*	Estágio Optativo Obrigatório – Pediatria			25	375
	3877*	Estágio Optativo Obrigatório – Ginecologia e Obstetrícia			25	375
3878*	Estágio Optativo Obrigatório – Medicina Familiar e Comunitária			25	375	
Total carga-horária 12º período				75	1125	
TOTAL GERAL DA CARGA HORÁRIA				550	8250	

* O acadêmico interno faz opção por somente uma destas disciplinas

Alterações curriculares e respectivos atos legais

Resolução n.º 034/CONSEPE/99, de 31 de maio de 1999 – aprova inclusão de pré-requisitos no três primeiros períodos implantados desde o 1º semestre de 1998

Resolução *ad referendum* n.º 054/CONSEPE/99, de 23 de julho de 1999 – aprova inclusão de requisitos paralelos e pré-requisitos no 4º período

Resolução n.º 063/CONSEPE/99, de 01 de setembro de 1999 – homologa a Resolução nº 054/CONSEPE/99, de 01 de setembro de 1999 – que *ad referendum* estabeleceu requisitos paralelos e pré-requisitos para o 4º período

Resolução n.º 092/CONSEPE/99, de 06 de outubro de 1999 – aprova alteração na grade curricular do curso de Medicina

Resolução *ad referendum* n.º 024/CONSEPE/01, de 25 de abril de 2001 – aprova modificação no 8º período da Matriz Curricular estabelecida pela Resolução n.º 092/CONSEPE/99

Resolução n.º 026/CONSEPE/01, de 07 de maio de 2001 – homologa a Resolução n.º 024/CONSEPE/2001

Resolução n.º 081/CONSEPE/01, de 20 de dezembro de 2001 – aprova alteração da matriz curricular, reestruturando a oferta de disciplinas

Resolução n.º 087/CONSUN/CaEn/02, de 14 de novembro de 2002 – aprova alteração no oferecimento das disciplinas do Internato Médico para alunos ingressantes em 1999

5.3 - ANÁLISE DOS PLANOS DE ENSINO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVALI

Ainda seguindo o roteiro pré-estabelecido pela metodologia de trabalho, antes de realizar a análise temática de conteúdo dos planos de ensino, situo-os em relação aos blocos de informação modificados, de Olabuénaga e Ispiuza (1989).

Os planos de ensino do curso de Medicina da UNIVALI, contidos em dois volumes denominados “Catálogo do Curso 1” e “Catálogo do Curso 2”, produzidos em 2003, e disponíveis sob a forma de brochuras, foram organizados pela Pró-Reitoria de Ensino, pela Coordenação do Curso de Medicina e pelo Departamento de Ensino e Avaliação da UNIVALI.

Destinam-se aos professores do curso, ao corpo docente e a todos aqueles que desejarem ou necessitarem consultá-los por qualquer motivo. Estão disponíveis em meio eletrônico no site da UNIVALI (www.univali.br), e na forma de brochura encadernada na Coordenação do Curso.

Contêm dados gerais a respeito do curso de Medicina, apresentam seus objetivos gerais e específicos, delineiam o perfil profissional esperado do egresso e suas competências, sempre de acordo com o disposto nas Diretrizes Curriculares do MEC. Expõem a matriz curricular por semestres letivos; esclarecem o sistema de avaliação dos alunos e do curso; fornecem a relação dos professores por disciplina com a respectiva titulação de cada um; descrevem os programas e planos de ensino propriamente ditos, divididos por semestre letivo, e apontam as referências bibliográficas utilizadas.

Têm como objetivo demonstrar a correlação que existe entre os conteúdos a serem ministrados no curso e o perfil do profissional que se espera formar ao final deste. São instrumentos de mediação entre o ensinar e o aprender, sob a ótica da pedagogia moderna, visando à formação de competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) adequadas para o futuro profissional médico (UNIVALI, 2003).

Baseiam-se no disposto nas Diretrizes Curriculares do MEC, focalizando a formação do egresso no sentido de desenvolver um sentido humanista, ético e científico no futuro médico, “generalista e policlínico, capaz de atuar na investigação, na prevenção e no tratamento das doenças, promovendo a saúde de pessoas e da comunidade, voltado especialmente para as atividades do ‘médico de família’” (UNIVALI, 2003, p. 8).

Uma vez em contato com os documentos referentes aos Planos de Ensino, segui o roteiro estabelecido por Triviños (1987), embasado em Bardin (1977), realizando a análise de acordo com as suas três etapas básicas de trabalho (pré-análise,

descrição analítica e interpretação inferencial), já descritas no capítulo 3.6 desta dissertação.

O curso de Medicina possui 81 disciplinas obrigatórias e 5 optativas obrigatórias, divididas em 12 semestres letivos (vide quadro 06). O material analisado, por sua enorme extensão, foi separado de acordo com o objetivo deste trabalho, ou seja, a busca de termos ou expressões relativos à interdisciplinaridade, capazes de engendrar objetos fronteiros ou interfaces entre a graduação em Medicina e outros cursos da área da saúde.

Todos os itens que compõem os planos de ensino de cada disciplina, semestre a semestre, foram analisados em seus conteúdos, com a intenção de identificar espaços possíveis de exercício da interdisciplinaridade sob uma ótica multiprofissional.

Uma vez avaliados os 86 planos de ensino, estes foram reagrupados em três grandes grupos de disciplinas, de acordo com a possibilidade de fomentar objetos fronteiros baseados no conceito de interdisciplinaridade, e com o conteúdo específico de cada disciplina, em relação à sua especificidade para a formação do futuro profissional médico:

– Objetos Fronteiros Potenciais: Disciplinas com conteúdo específico, a maioria do núcleo básico biológico e estrutural do curso, com um potencial limitado para a interdisciplinaridade proposta;

- Objetos Fronteiriços Viáveis: Disciplinas que têm grande potencial para a formação dos espaços interdisciplinares;
- Objetos Fronteiriços Concretos: Disciplinas que contêm espaços interdisciplinares já definidos por seus conteúdos e finalidades.

Esta sub-divisão dos objetos fronteiriços tem um cunho objetivo em relação ao recorte que utilizei em meu trabalho de pesquisa. Considero importante assinalar que todo conhecimento é complexo, conforme descrito por Fleck e já exposto anteriormente.

Assim sendo, toda e qualquer disciplina pode ser considerada um objeto fronteiriço potencial, viável ou concreto. No entanto, se assim considerarmos, este trabalho se torna praticamente irrealizável. Entendo, aceito e antevejo as inúmeras possibilidades que o tema gera, mas, por motivos de ordem prática, devo seguir o recorte pelo qual optei, o de objeto fronteiriço enquanto interface entre os diversos cursos da área da saúde e o curso de Medicina.

Convém lembrar que, de acordo com o disposto no Projeto Pedagógico já analisado anteriormente, o conceito de interdisciplinaridade presente na estrutura atual do curso na maior parte das vezes faz referência à relação entre as diversas disciplinas componentes da grade curricular da Medicina.

Cito como exemplo do que foi citado no parágrafo anterior, os *Seminários Interdisciplinares em Doenças Transmissíveis*, cujo termo “interdisciplinar” presente

no título, diz respeito principalmente à integração entre as diferentes disciplinas presentes no projeto dos Seminários:

*“- Seminários interdisciplinares em doenças transmissíveis – são realizados três seminários semestrais para os alunos do 4º período do curso, no qual estão envolvidas as disciplinas de Microbiologia, Parasitologia, Epidemiologia, Patológica Clínica, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Clínica Médica”(UNIVALI, 2004, p. 14)
(meu grifo).*

Passo, a seguir, a enumerar cada grupo de disciplinas conforme a divisão estabelecida anteriormente.

- OBJETOS FRONTEIRIÇOS POTENCIAIS:

Incluo nesta categoria todas as disciplinas que, por suas características e especificidades, poderiam ser classificadas como de formação para o futuro médico, o que pode complicar a formação de uma interface com outros cursos da área da saúde, já que cada curso especifica um nível de informação diferente e adequado à formação de seus egressos.

Em sua grande maioria são disciplinas de caráter eminentemente biologicista, cuja aprendizagem faz parte do arcabouço teórico do conhecimento médico. Estão presentes em todos os períodos dos ciclos básico e clínico, mantendo uma relação vertical e horizontal entre si, servindo de pré-requisitos para a progressão na grade

curricular do curso (herança flexneriana...). Incluo nesta categoria também algumas disciplinas de formação profissional, específicas do ciclo clínico.

No entanto, volto a frisar que considero importante trabalhar a idéia da interdisciplinaridade e do aprendizado da convivência desde o início do curso, em seu “núcleo duro” ou de formação, através da sensibilização dos próprios docentes para a importância do convívio interdisciplinar entre os diversos coletivos de pensamento. Não podemos deixar de citar o fato de que a maior parte dos docentes destas disciplinas são especialistas em suas áreas, e trazem dentro de si a formação flexneriana e corporativista que tiveram.

As disciplinas apenas com potencial para servirem como objetos fronteiros capazes de estimular uma relação interpessoal entre os alunos, de acordo com os objetivos deste trabalho, seriam:

- Anatomia Humana Topográfica e Descritiva (1º, 2º e 3º Períodos)
- Histologia (1º e 2º Períodos)
- Embriologia Humana (1º Período)
- História da Medicina (2º Período)
- Imunologia Básica (3º Período)
- Genética Médica (3º Período)
- Fisiologia Humana e Biofísica (3º e 4º Períodos)
- Ética Médica e Bioética (1º ao 8º Períodos)*
- Biologia Molecular (4º Período)
- Imunopatologia (4º Período)
- Microbiologia Médica (4º Período)
- Parasitologia Médica (4º Período)
- Patologia Geral (4º Período)
- Semiologia Médica (4º Período)

- Doenças Infecciosas e Parasitárias (5º Período)
- Patologia Clínica (5º Período)
- Clínica Médica (5º ao 8º Períodos)
- Clínica Cirúrgica (5º ao 8º Períodos)
- Anatomia Patológica (5º ao 8º Períodos)
- Diagnóstico Por Imagens (5º ao 8º Períodos)
- Medicina Ocupacional (6º Período)
- Pediatria (6º, 7º e 8º Períodos)
- Ginecologia (7º Período)
- Cirurgia Pediátrica (8º Período)
- Obstetrícia e Medicina Fetal (8º Período)
- Internato em Clínica Médica (9º ao 12º Períodos)
- Internato em Clínica Cirúrgica (9 ao 12º Períodos)
- Internato em Pediatria (Obrigatório do 9º ao 11º Períodos e Optativo no 12º)
- Internato em Ginecologia e Obstetrícia (Obrigatório do 9º ao 11º Períodos e Optativo no 12º).

Marquei com um asterisco a disciplina de *Ética Médica e Bioética* para fazer uma observação a respeito de sua classificação nesta categoria. Da forma como está estruturada atualmente, realmente é uma disciplina direcionada especificamente para o estilo de pensamento médico, envolvendo diretamente aspectos da profissão. No entanto, considero essa disciplina um espaço que pode ser ocupado na questão da relação interdisciplinar multiprofissional, a partir do momento em que este aspecto seja abordado em seu conteúdo programático.

Não deixa de ser uma questão ética a dificuldade de relacionamento e de integração do profissional médico quando trabalha em equipe, tal como é realizado no PSF, assim como nos ambulatórios e nos hospitais. Se este problema for colocado para

os alunos ao longo dos oito períodos em que a disciplina é administrada, muito será feito para corrigir esta distorção ainda durante a fase de formação do aluno.

Muitas outras disciplinas poderiam ser retiradas desta lista que as classifica como “Potenciais”, tais como os Internatos e outras do ciclo básico, no entanto, retorno à argumentação de que é necessário formar um estilo de pensamento médico nos alunos, um conhecimento específico para o exercício da profissão. O que se pode e se deve fazer, é acrescentar a estes conteúdos específicos, aspectos gerais relativos ao convívio profissional com outros coletivos de pensamento, que acabariam por formar um novo estilo de pensamento médico no egresso.

- OBJETOS FRONTEIRIÇOS VIÁVEIS:

Nesta categoria incluem as disciplinas com um grande potencial interdisciplinar, já que seus conteúdos podem ser partilhados entre diferentes cursos da área da saúde, por terem caráter geral ou específico compartilhado.

A análise foi realizada por período letivo em que cada uma das disciplinas aparece dentro da estrutura curricular do curso de Medicina.

No *1º Período* do curso, momento do primeiro contato do aluno de Medicina com o ambiente acadêmico, duas disciplinas são ministradas visando à questão do aspecto humano do ser, a *Sociologia* e a *Antropologia*. Ambas têm uma carga horária de 30 h, e buscam uma compreensão dos aspectos sociais e humanos da relação com o outro.

Em nenhuma das duas disciplinas há referência à interdisciplinaridade em seus conteúdos, mas ambas poderiam servir para um primeiro contato do aluno de Medicina com os alunos dos outros cursos da área da saúde, cujas visões também deveriam ser construídas nas mesmas bases.

As aulas são expositivas, em formato de seminários e em ambas existem visitas a campo, passíveis de serem aproveitadas com o objetivo de integrar, já que o conteúdo seria basicamente o mesmo para todos os cursos. Considero estas disciplinas básicas para a construção da idéia e do conceito da integralidade na saúde, assim como do núcleo formador de um relacionamento multiprofissional de caráter interdisciplinar.

A Antropologia busca:

“Compreender o ser humano a partir de uma perspectiva holística e comparativa através das diversas práticas humanas, debatendo temas relacionados à cultura e à saúde, especificamente no que se refere à percepção do corpo, da doença, da alimentação, das curas e da vida social” (UNIVALI, 2003, p. 38).

A Sociologia tem como objetivo geral:

“Analisar os principais conceitos sociológicos aplicados às políticas do corpo, saúde e doença, de forma a contribuir para a formação ética e o bem estar geral do homem, no exercício da medicina” (UNIVALI, 2003, p. 78).

Podemos perceber com alguma clareza o espaço que pode ser ocupado para o início de uma relação interdisciplinar entre os alunos dos diversos cursos da área da saúde, representado por estas duas disciplinas da área social, se aplicadas com a finalidade de agregar os diversos saberes em construção.

No 2º Período, temos a disciplina de *Metodologia Científica*, com carga horária de 30 h, e que tem por objetivo geral:

“Estabelecer métodos de estudo sistematizados, a partir dos fundamentos teórico-práticos necessários à elaboração de projetos de pesquisa e apresentação de trabalhos científicos na área da saúde” (UNIVALI, 2003, p. 125).

As aulas são em formato de exposição dialogada, com a realização de trabalhos em grupo e visitas à Biblioteca, oportunidades ímpares para promover o contato entre os alunos dos diversos cursos da área da saúde, uma vez que o conteúdo da disciplina atende a todos em seus objetivos.

Ainda no 2º Período, temos uma disciplina denominada *Crescimento e Desenvolvimento Humano*, também com 30 horas/aula, e que versa sobre:

“Os princípios biológicos do crescimento e desenvolvimento humano; crescimento e desenvolvimento pré e pós-natal; o desenvolvimento do sistema nervoso; o desenvolvimento ósseo, dentário e imunológico e o processo de envelhecimento” (UNIVALI, 2003, p. 132).

É uma disciplina de caráter biológico, com aspectos psicológicos entremeados, que traz aspectos comuns à Medicina, à Enfermagem, à Odontologia, à Fisioterapia, à Educação Física, à Psicologia, à Fonoaudiologia e a outros cursos da área da saúde, sob a visão do trabalho multiprofissional em equipe e do conceito de integralidade enquanto atendimento do paciente como um todo.

Este conceito de crescimento e desenvolvimento do ser em sua trajetória de vida é fundamental para a construção do conhecimento com ênfase na prevenção e promoção à saúde, conforme preconizado pelos princípios norteadores do SUS, sem esquecer os aspectos referentes à recuperação e reabilitação da saúde.

No 3º Período, na disciplina de *Química Fisiológica*, vislumbro uma possibilidade de interface entre a Medicina e a Farmácia, profissões complementares, mas que pouco se conhecem e menos ainda se comunicam, em virtude principalmente das circunstâncias ligadas ao complexo médico-industrial, ao qual não interessa um intercâmbio mais estreito entre estes profissionais, por motivos de ordem econômica.

A base de conhecimento desta disciplina é a bioquímica, disciplina fundamental para ambas as profissões na construção de seus conhecimentos. Tem como objetivo geral:

“Compreender os aspectos gerais envolvidos na relação estrutura-função de biomoléculas e das principais vias do metabolismo celular, bem como seus

mecanismos regulatórios, correlacionando-os às diferentes manifestações clínicas”

(UNIVALI, 2003, p. 185).

Penso que algum tipo de integração entre os alunos em sala de aula, durante seminários ou atividades em comum, seria interessante para um maior reconhecimento mútuo entre os dois coletivos de pensamento.

No 4º Período, temos a disciplina de *Epidemiologia e Bioestatística*, também de interesse comum a todos os cursos da área da saúde, já que visa principalmente a formação de conhecimentos ligados ao processo saúde-doença das populações, de acordo com seu objetivo geral:

“Conhecer as principais aplicações da epidemiologia e da bioestatística, aplicando a abordagem epidemiológica para medir o processo saúde-doença em populações, reconhecendo os principais delineamentos de estudos epidemiológicos, sua força e limitações e discutindo a causalidade das doenças com ênfase nos fatores modificáveis” (UNIVALI, 2003, p. 218).

Esta disciplina pode ser um ponto de partida para a formação de um raciocínio conjunto entre os alunos dos cursos da área da saúde, visando também um trabalho em equipe verdadeiramente interdisciplinar quando do exercício multiprofissional no PSF, pois, o levantamento de dados epidemiológicos norteia os objetivos a serem alcançados pela equipe junto à população atendida por esta.

A estrutura da disciplina se baseia em aulas expositivas, com um seminário e um fórum ao final, que poderiam ser aproveitados para mesclar alunos de diferentes cursos, com o intuito de resolver situações-problema, objetos fronteiros evidentes, dentro da competência específica de cada profissão, visando uma solução coletiva, em equipe. Como já citei anteriormente, minha posição é meramente propositiva, deixando a questão pedagógica de operacionalização da idéia, se viável, para os colegas educadores.

No 5º Período, a disciplina denominada *Medicina Preventiva*, com carga horária de 45 h, toca em assuntos de fundamental importância para o exercício profissional no SUS, relativos também ao processo saúde-doença, envolvendo aspectos sócio-políticos, econômicos e sociais, e de grande interesse para os coletivos de pensamento envolvidos com a estratégia de Saúde da Família: além dos futuros médicos, os futuros enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogos, enfim, todos aqueles envolvidos com os aspectos relativos à prevenção e promoção à saúde da população, conforme descrito em sua ementa:

“História natural da doença. Saneamento do meio. Prevenção primária - promoção da saúde - fatores ambientais. Proteção específica - vacina. Fatores nutricionais na prevenção da saúde. Exame periódico de saúde. Prevenção terciária - diabetes mellitus - e hipertensão. Programas de prevenção do câncer - reabilitação em Medicina Preventiva. O exercício físico em Medicina Preventiva” (UNIVALI, 2003, p. 387).

O uso do termo “*Medicina Preventiva*”, pode ser um pouco restritivo em relação à idéia de equipe multiprofissional, dentro da proposta de atividade em comum durante a graduação. Talvez um termo que fizesse referência à integralidade pudesse ser um pouco mais abrangente em relação ao conteúdo da disciplina. Acredito que a formação de uma base de conhecimento comum às diversas profissões nesta área seja um fator facilitador durante a divisão de tarefas no trabalho em equipe, principalmente no PSF.

Ainda no 5º período, visualizo uma possível continuidade da integração iniciada no 3º período, entre a Medicina e a Farmácia, através da disciplina de *Farmacologia e Terapêutica*, reunindo dois EP complementares em relação ao assunto terapêutica. Neste momento, pode-se vislumbrar ainda uma integração ainda maior, incluindo a Odontologia e a Enfermagem, que também lidam com o assunto em nível profissional.

No 5º Período inicia uma disciplina de importância primordial para a formação do futuro médico generalista: *Medicina Familiar e Comunitária*. Esta disciplina acompanha o aluno de medicina do 5º ao 8º Períodos, integrando os conhecimentos necessários para a prática da atenção primária, na família e na comunidade.

Seu conteúdo programático tem um caráter essencialmente voltado para a prática médica, o que dificulta uma proposta de integração interdisciplinar com alunos de outros cursos. No entanto, poderia ser previsto algum momento conjunto com alunos de enfermagem, odontologia e outros coletivos de pensamento componentes das equipes multiprofissionais atuantes no PSF, sob a forma de seminários ou de

atividades em grupo, para a resolução de problemas práticos de saúde individuais e comunitários.

No 6º período, a disciplina de *Medicina Legal*, carga horária de 30 h, poderia encontrar uma interface com o Direito, e a disciplina de *Psicologia Médica* (30 horas/aula), poderia ser o elo de ligação entre os futuros médicos e psicólogos, visando um trabalho em equipe verdadeiramente interdisciplinar. Do mesmo modo, no 7º período, poderíamos incluir a disciplina de *Psiquiatria* (60 horas/aula), como um OF viável para a integração entre a Medicina, a Psicologia e a Enfermagem.

No 8º Período, existe um espaço viável de integração com a Nutrição, a Enfermagem e a Farmácia, que é a disciplina de *Nutrição*, com carga horária de 30 horas/aula, e cujo conteúdo faz referência à conduta dietoterápica, em nível hospitalar e ambulatorial, conforme referido na ementa da disciplina:

“Valor nutricional dos alimentos e sua utilização pelo organismo. Desnutrição hospitalar e populacional e suas conseqüências. Transtornos do comportamento alimentar. Nutrição nas patologias. Terapia nutricional aplicada ao grupo materno-infantil. Bases da nutrição enteral e parenteral. Terapia nutricional em situações patológicas” (UNIVALI, 2003, p. 715).

Ainda no 8º período, a disciplina de *Geriatrics* (30 horas/aula), que por suas características engloba vários tipos de cuidados diferentes demandados pelo tipo de paciente, poderia servir de OF viável para a concretização da interdisciplinaridade na saúde, já que faz parte do campo de trabalho não só da área médica, como da

Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Terapia Ocupacional e outras.

Nenhuma destas disciplinas faz referência literal à questão da interdisciplinaridade em seus planos de ensino. As propostas e sugestões enumeradas até o momento são possibilidades a serem exploradas no campo educacional.

- OBJETOS FRONTEIRIÇOS CONCRETOS:

Neste sub-item, faço referência a disciplinas que já possuem espaços interdisciplinares em seus conteúdos, seja de forma explícita ou inferida, e que possibilitam uma integração imediata entre os diversos cursos da área da saúde da UNIVALI.

No 3º Período do curso de graduação em Medicina da UNIVALI, existe uma disciplina denominada *Organização dos Serviços de Saúde*, com carga horária de 30 horas/aula, que tem como objetivo geral:

“Entender os princípios e diretrizes do planejamento e administração da atenção à saúde, descrevendo a organização e funcionamento de seus serviços, para aplicação na atividade profissional” (UNIVALI, 2003, p. 174).

Seu conteúdo é dividido em 7 unidades de ensino, com os seguintes títulos:

1. Introdução à organização dos serviços de saúde;
2. Saúde e Política

3. Sistema Nacional de Saúde
4. Sistemas Locais de Saúde (SILOS)
5. A Estratégia de Saúde da Família
6. Assistência Suplementar à Saúde
7. Os Médicos no Brasil

Esta disciplina visa especificamente à formação de pessoal para atuar no Sistema Público de Saúde, e cita de forma explícita a questão da interdisciplinaridade no subitem 4.3 de sua Unidade 4:

“Organização das práticas de saúde: práticas direcionadas ao indivíduo e práticas direcionadas à coletividade; a saúde como prática multiprofissional e interdisciplinar”

(UNIVALI, 2003, p. 175) (meu grifo).

Neste caso, o sentido dado ao termo interdisciplinar corresponde ao recorte utilizado em meu trabalho, ou seja, a relação entre coletivos de pensamento diferentes.

A disciplina já existe, e poderia ser utilizada de imediato para concretizar a interdisciplinaridade preconizada pelas Diretrizes Curriculares do MEC, bastando para isso ajustar as estratégias de ensino, tornando as aulas “somente para a Medicina” em aulas para todos os cursos da área da saúde envolvidos direta e indiretamente com a estratégia de Saúde da Família.

O formato de seminários poderia ser uma opção, com atividades em grupos multiprofissionais para a discussão de casos, problemas e situações relativas à atenção em saúde no Brasil, de acordo com o preconizado pelo SUS. Como viabilizar esta questão cabe à Coordenação do Centro de Ciências da Saúde da

UNIVALI e às Coordenações dos diversos cursos envolvidos. O caminho está aí, basta seguir em frente.

Um outro objeto fronteiro já estabelecido, diz respeito ao *Internato em Medicina Familiar e Comunitária*, oferecido de forma obrigatória do 9º ao 11º Períodos, e como Estágio Optativo no 12º Período do curso de medicina. O Internato totaliza 300 créditos, ou seja, 4500 horas/aula.

É um espaço de consolidação do aprendizado para o futuro médico generalista, e possui dentro de sua organização momentos semanais de realização de atividades com todos os internos, e que poderia ser utilizado para aproximar os alunos de outros estilos de pensamento diferentes daqueles adquiridos durante os anos de formação a que se submeteram. Este espaço é denominado Atividade Acadêmica Integrada (AAI), e ocorre durante os quatro períodos do Internato. Segundo o Plano de Ensino da disciplina as AAI são:

“Atividades desenvolvidas com os alunos nos vários setores: discussão de caso clínico, artigos científicos, temas selecionados e análises das questões selecionadas de concurso público e provão do MEC. Destina-se a todos os internos reunidos concomitantemente e com a presença de um professor de cada uma das disciplinas do internato, podendo haver professores convidados de outras disciplinas, quer clínicas ou básicas” (UNIVALI, 2003, p. 731).

Atualmente tem um formato específico para a consolidação do conhecimento médico, de caráter generalista, integrando áreas com temas voltados para atividades

de Medicina Familiar e Comunitária, conforme descrito no Projeto Pedagógico do curso de Medicina (UNIVALI, 2004, p. 211).

O Projeto prevê ainda o desenvolvimento de assuntos referentes a problemas de saúde preponderantes na região, em equipes:

“Cada tema ou equipe terá um Professor Orientador cuja função é: [...] Fomentar a integração interdisciplinar [...]” (UNIVALI, 2004, p. 211)(meu grifo).

Apesar de não haver uma definição clara a respeito de como ocorreria esta “integração interdisciplinar” além do aspecto curricular, podemos inferir que alguns destes momentos poderiam ser realizados em conjunto com outros cursos envolvidos com a Saúde da Família, de acordo com o tema a ser escolhido.

É do conhecimento geral que o Internato serve para sedimentar o conhecimento teórico adquirido durante o curso, através de atividades práticas, sem as quais ficaria difícil para o egresso se inserir no mercado de trabalho, e que não existe tradição de convivência multiprofissional interdisciplinar nem dentro nem fora da Universidade, porém, é exatamente esta proposta que as Diretrizes Curriculares do MEC vieram trazer para o aperfeiçoamento do ensino na área da saúde.

O objetivo geral do Internato em Medicina de Família e Comunidade compreende:

“Prestar assistência, sob supervisão, na prevenção e resolução dos problemas de saúde freqüentes nos indivíduos, famílias ou comunidades, independentemente da idade ou sexo e do órgão ou sistema afetado, realizando

visitas domiciliares, hospitalares, história clínico-social e atividades clínico-assistenciais” (UNIVALI, 2003, p. 726).

Observamos que não é feita referência ao trabalho em equipe multiprofissional, nem à questão da interdisciplinaridade, reforçando a idéia da auto-suficiência e da autonomia médica, característica do estilo de pensamento prevalente até hoje.

O Internato prevê o atendimento de grupos específicos, exatamente como o disposto na estratégia de Saúde da Família, tanto em nível ambulatorial como domiciliar e em atividades de educação em saúde:

“UNIDADE 2 - Atividades Práticas:

Atendimento ambulatorial de MFC - na Unidade de Saúde da Família e Comunidade: Saúde do Homem, da Mulher, do Escolar, Adolescente, Idoso, Gestante, HAS / Diabetes mellitus, DIP;

Atendimento ambulatorial em atenção primária nas Unidades de Saúde do Município;

Atendimento de emergência / urgência;

Visitas domiciliares e hospitalares;

Educação em Saúde - Oficinas de Educação em Saúde;

Saúde da Criança - atendimento em orfanatos, creches e escolas de Ensino Fundamental do município de Itajaí, preferencialmente da nossa área de abrangência;

Cirurgias ambulatoriais - na Unidade de Saúde da Família e Comunidade;

Procedimentos de Enfermagem”

(UNIVALI, 2003, p.727-728)(meus grifos).

Estes grifos representam grupos específicos populacionais divididos de acordo com o risco potencial de agravo, característico de cada faixa etária e sexo, e fazem parte da estratégia de atenção integral à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. Na realidade, cada indivíduo deve ser visto como um todo, integrado à sua família e ao ambiente em que vive, e a divisão por grupos de risco só operacionaliza as ações.

Apesar de não estar previsto no Plano de Ensino, estes grupos podem ser vistos como objetos fronteiriços, campos de atuação multiprofissional e interdisciplinar, pois, dependendo do problema apresentado por um indivíduo ou por um grupo, vários profissionais com formação distintas precisam atuar para resolver o problema em questão.

Demonstro o que afirmei acima com o seguinte exemplo: uma criança com seqüela de paralisia cerebral necessita da atenção não só do médico durante toda a sua vida, mas certamente precisará contar com o cuidado de um enfermeiro, de um dentista, de um fonoaudiólogo, de um fisioterapeuta, de um psicólogo, de um terapeuta ocupacional, etc., o que evoca imediatamente a questão da interdisciplinaridade (FELIPPETTO, 2005). Todos estes profissionais devem estar conectados entre si para que o tratamento tenha sucesso.

Da mesma forma este aspecto deveria ser abordado durante o Internato em Medicina: os internos precisam conhecer a atuação de outros coletivos de pensamento distintos dos seus para aprender a solicitar auxílio nos casos que ultrapassam a esfera médica e até para saber como, quando e para quem encaminhar estes casos.

O médico generalista que trabalha na área da Saúde Pública nunca trabalha sozinho e precisa aprender a conhecer os outros profissionais para estabelecer uma nova relação horizontal com estes, de cooperação e trabalho em equipe verdadeiramente interdisciplinar.

Poderíamos considerar estes grupos de atenção denominados Saúde da Mulher, da Criança, do Homem, do Idoso, etc., exemplos práticos de objetos fronteiriços curriculares para a concretização da interdisciplinaridade. Da mesma forma áreas específicas de atuação preventiva, curativa, recuperadora, reabilitadora ou educacional em saúde, dentre os quais podemos situar os hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura, sequelados e incapacitados, escolares, trabalhadores, etc., prestam-se ao mesmo tipo de abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

A transformação destes temas em objetos fronteiriços curriculares depende somente da atuação conjunta dos gestores, da coordenação pedagógica, do corpo docente e discente do curso de medicina da UNIVALI para sua efetivação. Esta dissertação pretende contribuir para essa tarefa, sem, no entanto, esgotar o tema, deixando para aqueles que se interessarem por um assunto tão importante, o prosseguimento da pesquisa nesta direção.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analisar as Diretrizes Curriculares do MEC e o currículo de graduação em medicina da UNIVALI, representado pelo Projeto Pedagógico e pelos Planos de Ensino do curso, com o intuito de encontrar objetos fronteiriços capazes de concretizar o conceito de interdisciplinaridade, cheguei às seguintes conclusões:

1. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina oferecem às Escolas Médicas subsídios para a implantação de um novo modelo de educação baseado na integralidade, em substituição ao antigo modelo flexneriano.
2. Este novo modelo visa à construção de um perfil acadêmico e profissional voltado para um processo de trabalho coletivo, em que os alunos de graduação em medicina são incentivados a aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer.
3. A mudança no perfil do aluno e do egresso capacita o profissional a exercer a atenção à saúde de forma integral, humanizada e voltada para a prestação de serviços aos indivíduos, às famílias e às comunidades.
4. A questão da interdisciplinaridade é abordada de forma superficial nas Diretrizes, sem indicar de que forma deve ser tratada, tanto em nível conceitual como prático, limitando-se, na maior parte dos artigos em que o tema está presente, a fazer referências a uma atuação em equipe multiprofissional, sem indicar o caminho para a efetivação da mesma.

5. Apesar de não tratar de forma detalhada da questão da interdisciplinaridade, as Diretrizes Curriculares deixam espaço para o desenvolvimento de objetos fronteiriços quando de sua implantação em nível curricular, quando preconiza a interação do aluno com usuários e outros profissionais de saúde desde o início de sua formação.
6. O Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UNIVALI tem o seu conteúdo adequado ao que determina as Diretrizes Curriculares do MEC, no que diz respeito às alterações no perfil do egresso e na estrutura curricular.
7. O Projeto Pedagógico especifica como objetivo da formação do aluno de medicina da UNIVALI o profissional generalista, voltado para o atendimento integral dos indivíduos, das famílias e da comunidade, com ênfase na Medicina de Família e Comunidade.
8. O Projeto faz referência à Interdisciplinaridade enquanto integração horizontal e vertical entre as várias disciplinas que compõem sua grade curricular, assim como a relaciona à articulação entre a teoria e a prática durante o curso, direcionando antes à questão do conteúdo programático do que a uma efetiva relação multiprofissional.
9. Cita como competência esperada do egresso atuar de forma integrada com outros profissionais de saúde, em equipes multiprofissionais, sem definir estratégias para a concretização em nível pedagógico e sem fazer referência à interdisciplinaridade.

10. Os Planos de Ensino são conseqüências diretas do Projeto Pedagógico e também tratam a questão da interdisciplinaridade como inter-relação das diversas disciplinas da grade entre si.

11. Como a integração curricular com outros cursos da área da saúde não pôde ser identificada de forma explícita nos conteúdos programáticos das 86 disciplinas do curso, separei três grupos de disciplinas em relação à possibilidade de se tornarem objetos fronteirços potenciais, viáveis e concretos, seguindo a metodologia e o referencial teórico utilizado neste estudo de caso.

12. Classifiquei entre os objetos fronteirços potenciais várias disciplinas de formação obrigatória e específica (básicas ou estruturais) da carreira médica. Entre os viáveis, aquelas disciplinas que, por seu conteúdo, possibilitam um compartilhamento de conteúdos e finalidades entre os diversos cursos da área da saúde.

13. Finalmente, entre os objetos fronteirços concretos, incluí uma disciplina específica, "*Organização de Serviços de Saúde*", que tem um conteúdo voltado para a interdisciplinaridade, e o *Internato em Saúde da Família*, o qual se presta à integração curricular multiprofissional, principalmente em relação às possibilidades concretas representadas por suas atividades ambulatoriais, assistenciais e educativas, dentro e fora da Universidade, direcionadas a grupos populacionais e agravos específicos, no ambulatório e na comunidade, onde o interno obrigatoriamente convive com outros alunos e profissionais de áreas e estilos de pensamento diferentes dos seus.

14. Como o currículo de graduação em medicina da UNIVALI é uma entidade dinâmica, sujeita a reavaliações periódicas através dos fóruns anuais e das comissões de professores e alunos, deixo a tarefa de propor a efetivação da interdisciplinaridade enquanto integração entre diferentes cursos da área da saúde a estas instâncias e aos docentes do curso, responsáveis pela formatação pedagógica do Currículo de Medicina da UNIVALI.

È certo que somente analisar as relações que existem entre as Diretrizes Curriculares do MEC e o currículo de graduação em Medicina não garante que o tema da interdisciplinaridade será automaticamente trazido à prática. É preciso muito mais; é preciso vontade e motivação para modificar estruturas tão profundamente arraigadas dentro do pensamento acadêmico e corporativo da profissão médica. A questão do ato médico está aí para comprovar o que acabo de afirmar.

Lampert (2001) aborda a questão da correlação entre as Diretrizes Curriculares e a mudança de rumo esperada das escolas médicas em nosso país:

A legislação, as diretrizes curriculares, frente à missão social da escola médica, o currículo escrito, documento de referência, desenho curricular, para estruturar atividades didáticas, discutir objetivos, avaliar resultados são artefatos necessários indiscutíveis. Mas não se pode mais deixar de perceber que a intenção do currículo oficial ao transformar-se em ações é permeada por interesses, valores sociais, culturais, econômicos e outros que podem ser identificados. O currículo como um artefato social e cultural tem uma história vinculada a formas específicas de organização da sociedade e da educação, implicada em relações de poder, visões sociais particulares e interessadas. Se a escola médica, responsável pela implementação do currículo, pode ser vista como dominação e reprodução, por outro lado, pode ser o lócus de resistência, e a educação como instrumento ser fonte de mudanças, motor das transformações sociais, no sentido de desenvolver o homem consciente de sua natureza humana, como sujeito pleno, social (LAMPERT, 2001, p.15).

Deixo aqui registrado um conceito de Gallian (2001), com o qual concordo plenamente, e que resume minha opinião a respeito da interdisciplinaridade enquanto conceito e prática na Medicina:

Sem dúvida há uma grande necessidade de se “reumanizar” a Medicina. De se desenvolver e fornecer recursos humanísticos para o processo de formação e de atuação do médico e dos cientistas da saúde em geral. E isso não apenas por uma questão de ética [...], mas por uma exigência fundamentalmente epistemológica; pela própria lógica do desenvolvimento do conhecimento científico. Só se pode falar em verdadeira evolução do conhecimento biológico-médico quando se procura a integração dos saberes que extrapolam o campo eminentemente físico experimental (GALLIAN, 2001, p4)

Procurei durante todo o trabalho de pesquisa, partindo de minha experiência profissional como médico atuante em Saúde Pública e adepto incondicional da estratégia de Saúde da Família como forma de ampliação e otimização da atenção primária em nosso país, contextualizar a importância da Interdisciplinaridade, conforme definido por Japiassu (1976) e Fazenda (1991, 1992, 2003) e do resgate histórico do Humanismo e da determinação social no processo saúde-doença, principalmente através da intervenção precoce junto aos alunos, ainda na graduação.

Mostrei o quanto ainda está presente o Relatório Flexner na estrutura curricular do curso de Medicina da UNIVALI, com seu biologicismo e ênfase no que é técnico e especializado, apesar das modificações propostas pelas Diretrizes Curriculares do MEC e da mudança de rumos imposta na educação médica, a partir da formação

dos Pólos de Educação Permanente e da implantação das políticas públicas de formação de recursos humanos para a área da saúde.

Para operacionalizar esta Dissertação, utilizei a epistemologia de Fleck (1986) e os conceitos de Estilos de Pensamento e Coletivos de Pensamento, assim como a definição de Objetos Fronteiriços, idealizados pelos sociólogos interacionistas da Escola de Chicago, principalmente Star e Griesemer (1989), por considerá-los parâmetros mais próximos da realidade analisada, a área da saúde, já que o próprio Fleck tinha formação médica.

A construção dos conceitos de Objetos Fronteiriços Potenciais, Viáveis e Concretos partiu da necessidade de encontrar uma forma de concretizar a integração entre o CP representado pelos estudantes de Medicina e outros CP, ou seja, os alunos dos outros cursos da área da saúde. Estes Objetos Fronteiriços curriculares representam possibilidades de efetivação desta interface ainda durante a graduação. A classificação das disciplinas de acordo com estes conceitos (OF) foi arbitrária, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos desta Dissertação.

Este trabalho não pretende esgotar o assunto interdisciplinaridade, mas antes propor possibilidades de mudança na formação dos egressos do curso de Medicina da UNIVALI, assim como de outros cursos de Medicina em todo o país, onde estas análises se mostrarem úteis e indicativas de um novo caminho para a formação de um profissional médico humanista, capaz de conviver com outros coletivos de pensamento diferentes do seu, e de atuar de forma integral, em nível individual e comunitário, contribuindo para o fortalecimento dos princípios constitucionais do SUS

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.J. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 2, p. 42-51, mai./ago. 2001.

ALVES, E.D.; ARRATIA, A; SILVA, D.M.G.V. Perspectiva Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 2-7 - jul./dez. 1996.

ANDRADE, R.M.C. Interdisciplinaridade: um novo paradigma curricular. **Dois Pontos - Teoria e Prática em Educação**, Belo Horizonte, v.3 n. 20, p. 23-28, verão 1994/95.

ARAÚJO, R.C.L.C; **Doenças**: construção e realidade na formação dos médicos. Objeto Fronteira como instrumento de interação entre diferentes Estilos de Pensamento. 2002. 158 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, N.A. Conhecimentos e habilidades docentes requeridos para uma nova concepção curricular. **Revista de Educação PUC - Campinas**, Campinas, n. 9, p. 47-51, dez. 2000.

BIANCHETTI, L.; JANTSCH, A.P. Universidade e Interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 74, p. 25-34, jan./abr. 1993.

BONA, S.C. Interdisciplinaridade - Transdisciplinaridade: um caminho rumo às novas proposições curriculares. **Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 3 n. 1, p.65-70, 1996.

BRASIL; Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais**, Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____; **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília: Senado Federal, 1988.

_____; **Lei nº 8080/90**, Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990, seção I.

_____; **Lei n 8142/90**, Brasília: Diário Oficial da União, p. 25694, 31 dez. 1990, seção I.

_____; Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____; Conselho Nacional de Educação. **Minuta do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina**, Petrópolis, 2000. Disponível em <<http://www.abem-educmed.org.br/diretrizes.htm>>. Acesso em 05 junho 2005.

_____; Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1**, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____; Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares - Curso de Graduação em Medicina**, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br/diretrizes.htm>>. Acesso em 05 junho 2005.

_____; Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____; Ministério da Saúde. **Pólos de Educação Permanente em Saúde:** diretrizes para sua organização, Brasília, 2003. Digitado.

_____; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação na Saúde:** AprenderSUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS:** O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____; Ministério da Saúde. **Saúde Investe em pólos de Educação Permanente,** Brasília, [2005]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19906>. Acesso em 20 maio 2005.

CAMPOS, F.E *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CARNEIRO, S.M.M. Interdisciplinaridade: um novo paradigma do conhecimento? **Educar**, Curitiba: Ed. da UFPR, n. 10, p. 99-109, 1995.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; OLIVEIRA JR, M. (org). **Planejamento e Gestão em Saúde**, Belo Horizonte: Coopmed, [s/d]. Cadernos de Saúde.

CURITIBA; Secretaria Municipal de Saúde. **10 Anos de PSF em Curitiba**: a história contada por quem faz a história, Curitiba, nov. 2002.

CUTOLO, L.R.A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L.R.A. Interdisciplinaridade e Ciências da Saúde. In: Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem. 18. 2004, Itajaí. **Anais**. Itajaí: ABEn-SC, 2004.

CUTOLO, L.R.A. O SUS e a Formação de Recursos Humanos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32 n. 2, p. 49-59, 2003.

CUTOLO, L.R.A.; DELIZOICOV, D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32 n. 4, p. 24-32, 2003.

DA ROS, M.A. **Estilos de pensamento em Saúde Pública**: um estudo da produção FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DA ROS, M.A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Florianópolis, 2004. Digitado.

DALLA, M.D.B. Saúde e educação médica: voltando ao caminho pela Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 1 n. 1, p. 17-23, abr. 2004.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**, São Paulo: Atlas, 1995.

ETGES, N.J. Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 73-82, jul./dez.1993.

FARIA, E.V.F. Formação do Profissional de Saúde. **Revista de Atenção Primária em Saúde - NATES / UFJF**, Juiz de Fora, ano 2, n. 4, p. 10-11, nov. 1999 a fev.2000.

FAZENDA, I.C.A. A Questão da Interdisciplinaridade no Ensino. **Educação e Sociedade**, São Paulo, ano IX, n. 27, p. 113-121, set. 1987.

_____; **Interdisciplinaridade** – um projeto em parceria, São Paulo: Loyola, 1991.

_____; **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro**: efetividade ou ideologia?. 2 ed., São Paulo: Loyola, 1993.

_____; **Interdisciplinaridade** – História, Teoria e Pesquisa. 11 ed., Campinas: Papyrus, 2003.

FELIPPETTO, S. **Espaços Potenciais para o Desenvolvimento da Interdisciplinaridade no Curso de Odontologia**. 2005. 94 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2005.

FLECK, Ludwik; **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**, Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FORUM DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., 2004. Vitória. **Documento base para discussão**. Vitória: ABEM, 2004. :Disponível em < <http://www.abem-educmed.org.br> >. Acesso em 22 março 2005.

GALLIAN, D.M.C. A (Re)Humanização da Medicina. **Psiquiatria na Prática Médica - UNIFESP/EPM**, São Paulo, 2001. Disponível em <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em 16 junho 2005.

GOMES, D.C.R. (org). **Interdisciplinaridade em Saúde**: um princípio a ser resgatado, Uberlândia: Edefu, 1997.

JANTSCH, A.P.; BIANCHETTI, L. (Org). **Interdisciplinaridade**: Para Além da Filosofia do Sujeito. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**, Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JAPIASSU, H. **Questões Epistemológicas**, Rio de Janeiro: Imago, 1981.

KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, (2/3), p. 37-47, set./dez. 1998.

LAMPERT, J.B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 1, p. 7-17, jan./abr. 2001.

LÖWY, I. **Ludwik Fleck and the notion of “Boundary Object”**. Mimeo do Iº Seminário Internacional sobre Filosofia da Saúde, Florianópolis, 1996.

LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar**: fundamentos teórico-metodológicos. 3. ed., Petrópolis: Vozes, 1994.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E. **Pesquisa em Educação**: Abordagens Qualitativas, São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, H.B. **Apresentação de Citações em Documentos Técnico-Científicos**, Itajaí, 2001. Digitado.

MACHADO, R.J.M. Pré/Para/Pluri/Multi/Interdisciplinaridade. **Revista do Professor**, Porto Alegre, v. 11 n. 44, p. 45, out./dez. 1995.

MALFATTI, R.; SILVA, T. **Análise da Concepção de Interdisciplinaridade Referida pelos Professores Fonoaudiólogos do Curso de Fonoaudiologia da**

UNIVALI (Campus I). 2004. 67 p. Trabalho de Término de Curso (Curso de Fonoaudiologia), Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2004.

MARANHÃO, E. A; **A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde**: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde, Brasília, [2001?]. Disponível em: <
<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/efrem.asp>> . Acesso em 05 abril 2005.

MEHRY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26 n. 60, p. 118-122, jan./abr. 2002.

MINAYO, M.C.S; (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 2 ed., Petrópolis: Vozes, 1994.

MORIN, E. Inter-poli-transdisciplinaridade. *In*: _____. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. Anexo 1, p. 105-116.

NITSCHKE, R.G.; ELSÉN, I. Saúde da Família na Pós-Graduação: Um Compromisso Ético Interdisciplinar na Pós-Modernidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53 n. especial, p. 35-48, dez. 2000.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: História de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3 n.2, p. 5-21, 1994.

OLABUÉNAGA, J.I.R.; ISPIUZA, M.A. **La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa**, Bilbao : Universidad de Deusto, 1989.

OLIVEIRA, M.M; **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses**. 2 ed., Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

PEREIRA, A. C. *et al*; **Odontologia em Saúde Coletiva**, Porto Alegre: Artmed, 2003.

REZENDE, J.M. **Caminhos da Medicina**: o Ato Médico através da História, Brasília, 2001. Disponível em < <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/atomedico.htm> >, Acesso em 16 junho 2005.

RIO DE JANEIRO; Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ações em Saúde**: Programa de Saúde da Família, Rio de Janeiro, [s/d]. Disponível em:< http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/objetivos_psf.shtml >. Acesso em 20 outubro 2003.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I.. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, [São Paulo], v.10 n. 1, p. 33-53, 2001.

SANTOS M.A.M; CUTOLO, L.R.A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32 n. 4, p. 65-74, 2003.

SCHÄFFER, L.; SCHNELLE, T; Los Fundamentos de la Visión Sociológica de Ludwik Fleck de la Teoría de la Ciencia. In: FLECK, L. **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**, Madrid: Alianza Editorial, 1986.

SOUZA, A.S.; A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde – NATES/UFJF**, Juiz de Fora, ano 2, n. 2, p. 10-14, mar./jun. 1999.

STAR, S.L.; GRIESEMER, J.R; Institutional Ecology, “Translations” and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Bekerley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907 – 39. **Social Studies of Science**, Bekerley - CA (USA), v. 19, p. 387-420, 1989.

TESSER, O. A interdisciplinaridade na produção e circulação do conhecimento na universidade. **Educação em Debate**, Fortaleza 23 a 26 (1/2), p. 129-136, jan./dez. 1992/93.

TORALLES-PEREIRA, M.L.; FORESTI, M.C.P.P. Formação Profissional: reflexões sobre interdisciplinaridade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, p. 149-152, ago. 1998.

TRIVIÑOS, A.N.S. Algumas Sugestões para os Estudantes de Mestrado que Iniciam o Seminário de Dissertação. **Prospectiva**, Porto Alegre, v. 1 n. 4, p. 50 - 56, abr. 1979.

TRIVIÑOS, A.N.S.; KOPES, D. A Revisão de Literatura nas Dissertações de Mestrado. **Prospectiva**, Porto Alegre, v.1 n. 9, p. 46-51, out. 1981.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**, São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. PRÓ-REITORIA DE ENSINO. **Formação continuada para docentes do Ensino Superior**: apontamentos para novas alternativas pedagógicas, Itajaí: UNIVALI, 2002a 135 p.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. PRÓ-REITORIA DE ENSINO. **Projeto Pedagógico - Caminhos da sua construção**: princípios e diretrizes, Itajaí: UNIVALI, 2002b 54 p.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. PRÓ-REITORIA DE ENSINO. **Elaboração de trabalhos acadêmico-científicos**, Itajaí: UNIVALI, 2003. 101 p.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. CURSO DE MEDICINA. **Catálogo do Curso v. 1/2**, Itajaí, 2003. 799 p. Digitado.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. CURSO DE MEDICINA. **Projeto Pedagógico 2003-2004**, Itajaí, jun. 2004. 272 p. Digitado.

VASCONCELOS, E.M.; A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

VIEIRA, R.C.P.A. A Articulação Saúde-Educação no Brasil: Resgate e Reflexão. **Revista de Atenção Primária à Saúde - NATES / UFJF**, Juiz de Fora, ano 3, n. 5, p. 12-19, mar./jun. 2000.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11 n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.