

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

NILCÉIA MOTA MARQUES

**CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES DO CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE (CCS) SOBRE AS PRÁTICAS CURRICULARES
INTERDISCIPLINARES. UNIVALI – CAMPUS I.**

Itajaí 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NILCÉIA MOTA MARQUES

**CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE (CCS) SOBRE AS PRÁTICAS CURRICULARES
INTERDISCIPLINARES. UNIVALI – CAMPUS I.**

Dissertação submetida à Universidade do Vale do Itajaí UNIVALI, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Doutor Luiz Roberto Agea Cutolo

Co-orientadora: Professora Doutora Elisete Navas Próspero

Itajaí 2005

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas Sarah e Carolina, que souberem entender a importância desse momento em minha vida. Este trabalho é fruto da tenacidade de meu marido Saulo, e da persistência de meu orientador, Cutolo; aos dois dedico os resultados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro, a Deus; que não tem me faltado; e aos meus pais, a quem devo, mais que a vida, a lição de vida que desde muito cedo tem guiado meus passos.

E agradeço a todos os que, de alguma forma, em algum momento, não permitiram que me faltassem forças para chegar até aqui.

Agradeço também a todas as pessoas e entidades que contribuíram para que eu pudesse desenvolver e concluir este trabalho. E foram muitos os que, de alguma forma, direta ou indireta, deram essa contribuição. Nomeá-los a todos seria tarefa quase impossível, além de oferecer o risco de uma omissão absolutamente injusta e imperdoável.

Aos meus colegas do Mestrado, a cada um deles, por diferentes razões, agradeço pela oportunidade de aprender um pouco mais a ver o mundo, a pensar soluções para pequenos e grandes problemas.

Agradeço ainda a todas as pessoas da Universidade do Vale do Itajaí, que tornaram possível que eu pudesse fazer esse curso e realizar o meu trabalho de pesquisa, em especial aos Coordenadores e Professores dos cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e aos meus colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, Departamento de Atenção Integral à Saúde (DAIS), em especial às Enfermeiras Marisa da Rocha, Diretora do DAIS e Áurea Sant' Ângelo, Coordenadora de Enfermagem, pelo imprescindível apoio e carinho, e ainda ao psicólogo Carlos Máximo por acreditar sempre que eu posso. Agradecimento muito especial devo manifestar aos meus orientadores Luis Roberto Agea Cutolo e Elisete Navas Sanches Próspero, de quem recebi todo apoio, incentivo e carinho na fase do trabalho de pesquisa e elaboração dessa dissertação.

Agradeço ainda aos meus familiares, obrigados a conviver com as tensões, incertezas, angústias, momentos de frustração e de desânimo, sucedendo-se ao longo de meses e meses de estudo, e, por certo, afetando-os de algum modo. A eles dedico a minha alegria por chegar ao fim deste percurso.

A todos estes (e a todos aqueles que, por falha minha, não foram mencionados) o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

RESUMO.....	09
ABSTRACT.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	12
PROBLEMA DE PESQUISA:.....	15
OBJETIVOS:.....	16
2. UM POUCO DE HISTÓRIA: EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.1 SOBRE A EDUCAÇÃO.....	17
2.1.1 A REFORMA UNIVERSITÁRIA E A LEI DAS DIRETRIZES E BASES.....	18
2.1.2 A NOVA LDB E OS RUMOS PARA A EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL.....	19
2.1.3 AS DIRETRIZES CURRICULARES E AS MUDANÇAS NO SISTEMA FORMADOR.....	20
2.1.4 SOBRE O PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	21
2.2 UM POUCO ACERCA DA SAÚDE.....	24
3. SAÚDE E DOENÇA COMO UM PROCESSO SOCIAL.....	28
3.1 SAÚDE/DOENÇA: UMA PREOCUPAÇÃO ANTIGA.....	28
3.2 A CULTURA CLÁSSICA GREGA E AS ORIGENS DA MEDICINA ORIENTAL.....	30
3.3 A PRÁTICA MÉDICA RELIGIOSA NA IDADE MÉDIA.....	33
3.4 IDADE MODERNA: O AVANÇO DA CLÍNICA E DOS CONCEITOS DE CAUSALIDADE.....	37
3.5 IDADE CONTEMPORÂNEA: DA DETERMINAÇÃO SOCIAL À MULTICAUSALIDADE.....	43
4. A CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	50
4.1 O INÍCIO DO SÉCULO XX ATÉ 1920.....	50
4.2 SOBRE OS MODELOS ASSISTENCIAIS NO BRASIL.....	51
4.3 O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS DE 1920 A 1945.....	57
4.4 O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS DE 1945 A 1970.....	60
4.5 O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS DE 1970.....	62
4.6 O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS DE 1980.....	66
4.7 O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS DE 1990.....	70

4.8 O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS DE 1990 A 2001	73
4.8.1 PSF: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	75
4.8.2 MAIS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PSF.....	77
4.9 A SAÚDE E O SETOR PRIVADO.....	78
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	84
5.1 A EPISTEMOLOGIA E A INTERDISCIPLINARIDADE.....	84
5.2 SOBRE FLECK E SUA CONTRIBUIÇÃO.....	86
5.3 SOBRE ALGUMAS CATEGORIAS EPISTEMOLÓGICAS.....	87
5.4 SOBRE A CATEGORIA INTERDISCIPLINARIDADE.....	93
5.4.1 SOBRE AS GRADUAÇÕES DOS DIFERENTES TERMOS.....	97
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....	109
6.1 PROCEDIMENTO ÉTICO.....	109
6.2 BASE TEÓRICA.....	109
6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	110
6.4 COLETA DE DADOS.....	111
6.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	111
6.5.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	113
6.5.2 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA.....	114
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	116
7.1 ANÁLISE DO PRIMEIRO AGRUPAMENTO.....	117
7.1.1 CONCEITO DE INTERDISCIPLINARIDADE.....	117
7.1.2 CATEGORIA QUE FAVORECE O OBJETO LIMÍTROFE.....	118
7.1.3 DIFICULDADES PARA EFETIVAR A INTERDISCIPLINARIDADE.....	119
7.1.4 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS QUE FAVORECEM A INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE OS CURSOS.....	122
7.2 ANÁLISE DO SEGUNDO AGRUPAMENTO.....	124
7.2.1 CONCEITO DE INTERDISCIPLINARIDADE.....	124

7.2.2 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS QUE FAVORECEM A INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE OS CURSOS.....	129
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
9. REFERÊNCIAS	133
10. APÊNDICES.....	144

**TÍTULO: CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
SOBRE AS PRÁTICAS CURRICULARES INTERDISCIPLINARES. UNIVALI – CAMPUS I.**

REFERÊNCIA: MARQUES, Nilcéia Mota. **Concepções dos professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS) sobre as práticas curriculares interdisciplinares. UNIVALI Campus I.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí, 2005.

RESUMO

Neste trabalho buscou-se conhecer as concepções dos professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS) sobre interdisciplinaridade e como os mesmos a oportunizam em seus respectivos cursos. Para tanto foi lançado mão de uma abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas na coleta de dados; análise temática das falas e análise multivariada dos dados obtidos. Foram entrevistados um coordenador pedagógico, sete coordenadores de cursos de graduação do CCS, incluindo: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, odontologia, psicologia e sete professores dos respectivos cursos, totalizando quinze profissionais. A partir da transcrição das entrevistas foram elaborados quatro blocos temáticos: 1 – conceito de interdisciplinaridade (atitude, integração/interação, planejamento de ações, expansão de limites e integralidade); 2- categoria que favorece o objeto limítrofe (área do conhecimento); 3- dificuldades para efetivação da interdisciplinaridade (falta de tempo, complexidade do processo saúde/doença, formação tecnicista/especialista); 4- práticas pedagógicas que favorecem a interdisciplinaridade (projetos, oficinas/TCCs e atividades integradas). Os dados apontam que os professores possuem uma concepção pragmática da interdisciplinaridade, com mais clareza das dificuldades para a sua efetivação. Por outro lado, na fala dos coordenadores, verificou-se diversas categorias que sinalizam aproximações do conceito de interdisciplinaridade apontado em literatura;

contudo, em sua maioria, os coordenadores não elencaram dificuldades para implementar a interdisciplinaridade entre os cursos do CCS.

Palavras-chave: educação, epistemologia, sistema único de saúde.

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO

No transcorrer dos onze anos em que desenvolvo meu trabalho como enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde do município de Itajaí, foi possível perceber a importância de um saber mais integrado com um trabalho que se voltasse para a mudança de percepções e práticas. A escola, desde o ensino fundamental até a pós-graduação, inquestionavelmente, vem norteando meu caminho e levando-me à apropriação de muitos princípios, posturas e estilos de pensar, que são sem dúvida, de grande ajuda.

Senti, entretanto, que havia uma necessidade de romper com as práticas individualizadas e buscar a produção coletiva. Pois, os fatos no cotidiano profissional, não seguem a lógica que se aprende nos bancos escolares. Muitas situações sequer foram discutidas no transcorrer de minha formação profissional (graduação em enfermagem, especialização em enfermagem obstétrica e ginecológica e especialização em vigilância sanitária). O trabalho interdisciplinar e a própria categoria interdisciplinaridade, por exemplo, são terminologias bem recentes para mim, sendo, inicialmente, meio que códigos secretos a serem decifrados...

E foi mediante essas, e tantas outras constatações, que fui em busca do Mestrado Profissionalizante em Saúde, oferecido pela UNIVALI, como forma de melhor aprender e apreender, o maior número possível de informações e me instrumentalizar para tantos os novos, quantos os velhos desafios que o cotidiano profissional nos apresenta.

Acredito que construímos nosso conhecimento quando interagimos com o mundo, num processo paulatino, mas também, contínuo. E o Mestrado vem me proporcionando essa interação, além de ampliar minhas

possibilidades de descoberta e de ter proporcionado o “plus” que faltava para minha profissão.

Nessa pesquisa, a qual é parte integrante de uma pesquisa-mãe intitulada “Práticas interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde na UNIVALI-Campus I”, coordenada pelo orientador desta dissertação, vislumbrou-se uma melhor compreensão da categoria interdisciplinaridade. A mesma integra o grupo de Pesquisa Gestão do Trabalho na Educação e Saúde, na linha de Formação de Recursos Humanos na Saúde, direcionando-se ao contexto da formação universitária de graduação. Sendo que, nosso grupo de pesquisadores, inicialmente, tinha propostas diversas, cada uma voltada para a sua área de formação profissional, entretanto, o tema “interdisciplinaridade”, surge, após muitas discussões, como um meio de integrar os interesses individuais de maneira coletiva.

Na questão interdisciplinaridade, o Ministério da Saúde, também dá sua contribuição, pois demonstra, através da elaboração de recente documento, no qual destaca a relevância da construção de uma agenda de reestruturação na formação da saúde, em sintonia com as políticas públicas de saúde, a vontade de formar uma parceria com o Ministério da Educação, dividindo a responsabilidade sobre as estratégias e prioridades educacionais que constituem a formação e competências no setor saúde (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, tratando de assegurar a universalização do atendimento, ou seja, proporcionar à população brasileira acesso às ações e serviços de saúde, através de entidades vinculadas ao sistema, observando os princípios da equidade, da integralidade, da resolutividade, universalidade

e descentralização (BRASIL, 1990). Esses mesmos princípios podem ser entendidos como: integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada e inclusão de práticas assistenciais ditas alternativas.

Fazendo uma aproximação com os princípios do SUS, o de maior interesse para essa pesquisa é o pertinente à integralidade. Esta integralidade diz respeito à:

- visão que se deve ter do indivíduo em seu ambiente coletivo como um todo;
- a possibilidade de proporcionar ao indivíduo a atenção nos três níveis: promoção, proteção e recuperação da saúde, se assim se fizer necessário;
- e ainda, o entendimento de maior relevância para o meu recorte de investigação, o usuário do SUS tem o direito de acesso, quanto ao seu atendimento, por todos os profissionais da equipe de saúde.

Dessa forma, Pinheiro e Mattos (2001), apontam a integralidade como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, buscando sempre ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Para tanto, essa ampliação deve adquirir a perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre suas diferentes necessidades enquanto usuários do serviço.

Sendo assim, a integralidade, como princípio de acesso, amplia o aspecto de visão das questões de saúde-doença, cumprindo uma das estratégias fundamentais do SUS e sua execução no Programa de Saúde da Família (PSF): o trabalho em equipe.

Posto isso, despertaram-me questionamentos:

- Como vencer a contradição entre o SUS e seus princípios e doutrinas diante da realidade colocada?
- Como trabalhar, especificamente, num modelo em construção, que seja centrado na equipe, e não na visão hierarquizada e centrada no médico?

Essas perguntas remetem-me ao núcleo formador. Apesar do entendimento da relação dialética entre formação e prática, e a sujeição de ambos aos determinantes sociais (Cutolo, 2001), optei, como recorte, a investigação junto ao lugar onde se realizam as práticas pedagógicas norteadas de ações formadoras do perfil do profissional.

Sendo assim, dentro desta perspectiva, realizei uma aproximação ao que foi o meu **problema de pesquisa**:

- **Como os professores dos cursos de graduação do CCS percebem, ensinam e oportunizam a interdisciplinaridade?**

E foi dentro desse contexto que desenvolvi e estruturei minha pesquisa, para a qual o entendimento de **práticas curriculares**, ficou no âmbito de toda e qualquer prática, sendo formal, informal ou oculta, desde que vise a formação profissional.

Para tanto tive como **objetivos**, nos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Psicologia fazer uma análise das práticas curriculares, caracterizar a concepção de interdisciplinaridade dos professores envolvidos, identificar objetos-limítrofes ou fronteirços e propor formas de inclusão de práticas curriculares interdisciplinares nos referidos cursos.

2. UM POUCO DE HISTÓRIA: EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL

2.1 Sobre a educação

Saindo de Portugal no dia 09 de março de 1500, a frota de treze navios comandada por Pedro Álvares Cabral chegou ao Brasil, depois de quase sete semanas de viagem. Ou melhor, chegou a uma terra desconhecida: o Brasil ainda não tinha esse nome. O que então aconteceu, sabemos hoje através das cartas escritas por Pero Vaz de Caminha (escrivão da armada) e enviadas ao rei D. Manuel. Assim sucedeu-se, por um longo período, um amplo inventário sobre a natureza e as potencialidades da nova terra descoberta. Quanto ao solo, Caminha observou que era fértil, mas não encontrou indícios de metais preciosos e outros minérios de interesse. Por fim, disse nas cartas que a principal missão do rei, na sua opinião, deveria ser cristianizar os índios. Aproveitando, assim, para recomendar o envio de missionários o mais breve possível (SALVADOR 1982).

Desse modo, a história da educação no Brasil tem seu início com a vinda dos jesuítas e a inserção da educação catequética, para os índios, e para os filhos dos nobres, donos das terras, a educação que lhes possibilitassem a entrada nas faculdades (XAVIER, 1994).

Nesse sentido, o mesmo autor destaca, que a educação superior começa em 1808, sendo que, antes dessa data os estudos universitários eram realizados na Europa. E foi em torno de 1820 que foram criadas as Escolas Régias Superiores, sendo situada em São Salvador, na Bahia, a que oferecia o Curso de Medicina. Aos poucos, outros cursos da área da saúde foram criados, os quais se espalharam pelo sudeste, onde justamente estavam as famílias detentoras de mais posses.

2.1.1 A reforma universitária e a Lei das Diretrizes e Bases

No que diz respeito ao sistema educacional brasileiro, ao longo de sua história, passou por diversas reformas. Em 1911, com o surgimento de novas elites sociais, principalmente em São Paulo, a necessidade de criar curso superior em outras regiões do país levou a promulgação da Lei Rivadávia. Essa lei promoveu uma reforma no ensino sob a perspectiva das escolas se transformarem gradativamente em entidades privadas, subvencionadas pelo Estado (OLIVEIRA, 1981).

A primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 4.024/61) é datada de 1961, e dividiu o ensino em três diferentes etapas:

- o ensino primário, de quatro a seis anos e obrigatório;
- o ensino secundário foi dividido em ginásio e secundário, com duração de sete anos;
- o ensino superior com duração de acordo com habilitação profissional, atribuía ao extinto Conselho Federal de Educação, a incumbência de definir os currículos mínimos dos cursos de graduação (BRASIL, 1961).

Ainda no que diz respeito à LDB, Lei das Diretrizes e Bases da Educação, vale destacar, que a mesma tramitou no congresso por mais de dez anos, de 1948 a 1961 e, por fim foi considerada uma das mais avançadas do mundo, naquela época (VILLARDI, 1998).

Em outro cenário, o da ditadura militar, foi realizada a reforma educacional, Lei 5.540/68, que deu origem à Lei das Diretrizes e Bases da Educação Superior, Lei 5.692/71, com extinção das cátedras e agrupamentos das

disciplinas em departamentos (FONTES, 2001).

Segundo Ivama (1999), a finalidade dessa reforma era acelerar a formação profissional para a demanda gerada pelo crescimento econômico da época, com “pedagogia tecnicista”, cujo objetivo era formar os profissionais em curto período de tempo e com os menores custos possíveis.

2.1.2 A nova LDB e os rumos para a educação superior no Brasil

Na perspectiva de responder às necessidades de transformação do sistema educacional brasileiro, em 1995 foi promulgada a Lei 9.131/95. A referida lei designa o Conselho Nacional da Educação (CNE) e suas Câmaras de Educação Básica e Superior, para atuar de modo a assegurar a participação da sociedade nas mudanças que ocorreriam no setor da educação nacional. Dentre elas, a elaboração da nova Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1995).

Em 1996, a nova LDB foi promulgada e desde então o Ministério da Educação (MEC) tem conduzido as discussões sobre o processo da formação dos profissionais para atuarem nas diferentes áreas, por meio de Diretrizes Curriculares (LOPES e MACEDO, 2002).

Como consta na LDB, a educação envolve os processos formativos que se desenvolvem em ambiente familiar, no convívio humano, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. A educação deve vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social, desenvolvendo o aluno e preparando-o para a qualificação no trabalho (BRASIL, 1996).

Ainda no mesmo documento, no que se refere ao ensino superior, a LDB tem como principais finalidades estimular a criação cultural, desenvolver o

espírito científico e o pensamento reflexivo; formar profissionais aptos a participarem do desenvolvimento da sociedade brasileira, colaborar na sua contínua formação; e incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e tecnologia, disseminando a cultura e assim promovendo o desenvolvimento do homem e do meio em que se vive.

A LDB estabelece que as instituições formadoras devem fixar seus currículos e programas por meio de diretrizes gerais pertinentes, conduzindo a sua elaboração pelas diferentes carreiras de modo a possibilitar a formação de profissionais aptos a aprender a aprender, nos diversos momentos de seu cotidiano.

Lopes e Macedo (2002) destacam que o MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) convocou em 1997, através do Edital 04/97, todas as entidades, escolas e movimentos a participarem da discussão e elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para as diferentes carreiras. Na ocasião, nem todas as entidades responderam à convocação do Ministério. O Ministério criou comissões de especialistas de cada carreira do ensino superior do Brasil, para ordenar e sistematizar as idéias de outros segmentos e elaboração das propostas finais das Diretrizes Curriculares e que foram encaminhadas para o Conselho Nacional da Educação.

2.1.3 As diretrizes curriculares e as mudanças no sistema formador

Através do Edital 04/97, ficou definido o conjunto de elementos constitutivos que as Diretrizes Curriculares deveriam contemplar: perfil, competências e habilidades, conteúdos curriculares, duração dos cursos, estrutura modular, estágios e atividades complementares e conexão com a avaliação institucional (FORGRAD, 2003).

No mesmo documento, procurou-se organizar o debate nacional e o processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, o que foi rico e importante para a história da educação superior no país. Apesar das dificuldades apresentadas, o processo envolveu vários representantes da educação e da sociedade interessada. Proporcionou a análise e a crítica ao modelo de ensino superior vigente, gerando a concepção de propostas inovadoras e criativas por parte dos educadores e de toda a comunidade que participou do processo (FORGRAD, 2003).

Nesse sentido, Almeida (2003) descreve que houve uma grande mobilização por parte da comunidade interessada no assunto, conferindo assim, maior legitimidade ao mesmo. Foram enviadas cerca de 1200 propostas, provenientes de universidades, de faculdades, de organizações profissionais, de docentes e de discentes. Ocorrendo também a ampla participação do setor público e privado na organização de seminários, encontros e debates, com a presença da SESu/MEC, os quais tiveram grande destaque.

2.1.4 Sobre o Pólo de Educação Permanente em Saúde

Um movimento social de importante valor foi a Rede Unida, a qual surgiu em 1985, a partir do movimento da Rede de Integração Docente Assistencial (IDA) e também do Projeto UNI, desencadeador de mudanças no ensino dos profissionais da saúde, com o apoio da Fundação Kellogg na América Latina. Estes dois movimentos deram origem, em 1997, à atual Rede Unida (SCHMIDT, 2002).

A Rede Unida, destaca Schmidt (2002), surgiu como proposta de agregação de pessoas, instituições e projetos, configurando-se como ator social presente e ativo nos cenários de discussões relacionadas aos Recursos Humanos em Saúde (RHS). Impulsionando mudanças na

formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, a Rede foi concebida como espaço articulador de troca de experiências entre serviços, instituições de ensino e pesquisa, e comunidade, com o compromisso de possibilitar a construção de um sistema de saúde equitativo, eficaz e com forte participação popular.

Atualmente, com a nova gestão nacional, aparentemente voltada para o resgate das políticas sociais e econômicas relevantes e necessárias para o desenvolvimento do País, o Ministério da Saúde retoma o papel de ordenamento dos RHS. Na estrutura atual do Ministério da Saúde, foi criado a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o departamento de Gestão na Educação em Saúde em sua estrutura, na clara intenção de formulação de uma política que resolva o ordenamento e fortalecimento dos RHS (BRASIL, 2005).

A partir da criação desses órgãos, percebe-se que o Ministério da Saúde assume seu papel de gestor federal do SUS no que se refere às formulações de políticas orientadoras da formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade. Além disso, reafirma a necessidade de capacitação de outras áreas e da própria população, para favorecer a articulação intersetorial e o controle social no setor saúde. Estes aspectos serão executados a partir dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que atualmente estão sendo implantados nas diferentes regiões do Brasil (BRASIL, 2005).

Além disso, o Ministério da Saúde constatou que os recursos humanos em saúde têm se constituído num dos grandes problemas para a construção de um modelo assistencial do SUS, voltado para a defesa da vida. Sendo assim, surge o PEPS como forma de estar promovendo a aproximação dos órgãos formadores, serviços, entidades profissionais e usuários, para definirem as prioridades e necessidades de capacitação, através de cursos

para trabalhadores de saúde, estudantes e usuários que atendam às necessidades de saúde da população.

A proposta dos PEPS para o SUS é mais ampla do que a integração ensino-serviços de saúde, sendo que estes não são apenas campo de práticas, mas também “campos de gestão” e, portanto o ensino inclui a gestão. A gestão e o Controle Social no SUS, também devem ser objeto de preocupação da universidade. Todavia, a representação de docentes e estudantes no controle social, é algo ainda a ser construído nos PEPS. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de sensibilizar os estudantes das carreiras da saúde para que entendam o papel do SUS como o principal espaço de mercado de trabalho hoje (BRASIL, 2005).

A proposta da educação permanente em saúde para a universidade, a partir da criação dos PEPS visa a:

- conjugação educação–trabalho;
- operação de mudanças nas práticas de formação e de saúde;
- articulação ensino–gestão–atenção–controle social;
- articulação intersetorial, com base locorregional e gestão colegiada;
- produção de conhecimento de cujos resultados podem ser aplicados na rede básica (BRASIL, 2005).

Com isso, verifica-se que existe hoje uma integração maior entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) para o desenvolvimento de programas conjuntos. A estratégia proposta de Educação Permanente em Saúde para o SUS é algo que busca romper

com a racionalidade administrativa hegemônica, baseada na hierarquia rígida, na verticalidade e nas decisões a partir de cima. E, conforme destaca o Ministério da Saúde (2005), a Educação Permanente busca a conformação de Rodas de Gestão da Educação no SUS. Nesse espaço estarão os gestores dos vários níveis de comando do SUS; as Instituições de Ensino (docentes e estudantes); os representantes de usuários (Controle Social); os serviços de saúde do SUS, inclusive os Hospitais Universitários (HUs).

Os PEPS constituem, portanto, o espaço de discussão do papel do nível estadual na coordenação das demandas e ações, as quais devem envolver não somente as instituições públicas que têm compromisso com o SUS, como também as instituições privadas (BRASIL, 2005).

No que diz respeito ao papel das instituições de ensino superior, o Ministério da Saúde (2005) aponta que as mesmas devem: desenvolver atividades pedagógicas na rede de serviços de saúde; produzir conhecimento a partir dos serviços de saúde, sendo que a Educação Permanente pode atuar para transformar as práticas de ensino-aprendizagem e de produção de conhecimento. Devem, ainda, atuar no território em articulação com os serviços de saúde, mobilizando docentes e estudantes.

2.2 Um pouco acerca da saúde

Dessa forma, percebe-se que a saúde e a educação, assim como a própria sociedade, modificam-se de acordo com as necessidades ou interesses de seus governantes ou de seu povo. Nestas caminhadas históricas, a saúde e a educação vão ganhando, por exemplo, novos formatos, a educação com a LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) e a saúde com o SUS (Sistema Único de Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família).

A sociedade contemporânea tem imposto desafios constantes aos setores da saúde e da educação, trazidos na exigência de revisões e reformulações nos aparelhos formadores de recursos humanos.

O deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, de arte de curar indivíduos doentes em arte de curar indivíduos doentes para disciplina das doenças, supôs uma passagem histórica, que se iniciou no Renascimento, final do século XV, e foi até o século XVI (LUZ, 1988).

Segundo Foucault (1980), desde o Renascimento, o ensino de clínica se organizava a partir da transmissão de um professor (tutor) diretamente para os alunos, em hospitais. Os casos deviam ser reunidos num “corpo de nosologia”, e a clínica se fechava sobre a totalidade didática de uma experiência ideal. Mais importante do que o encontro entre o doente e o médico era o de uma verdade a decifrar uma ignorância: o papel do médico de hospital era descobrir a doença. O paciente era visto apenas como portador de uma doença.

Além disso, na clínica, cita Foucault (1980), se encontravam doenças que o portador desconhecia. Pois, o que estava presente era a doença no corpo que lhe é próprio, e este não era do doente, mas o de sua verdade.

A clínica constitui a expropriação da doença, e o indivíduo serve para a sua enumeração, seu exemplo. A clínica tem a sua própria verdade sobre as doenças (FOUCAULT, 1980).

]Contudo, Porto (1990, p.20), aponta que:

a incorporação tecnológica passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, como interferência na relação médico-paciente, novos riscos, iatrogenia; níveis exagerados de especialização; institucionalização dos

cuidados de saúde; aumento nos custos dos serviços; distorção na alocação de recursos no sistema de saúde, etc.

E voltando à educação, nos Estados Unidos da América, Abraham Flexner, professor da Universidade Johns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie, para desenvolver uma primeira grande avaliação sobre a educação daquele país e do Canadá. Embora sua avaliação tenha contribuído para a reformulação e modernização do ensino médico em seu país, a mesma imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização médica, além de dar ênfase na medicina curativa e exclusão de práticas alternativas. O resultado dessa avaliação foi a publicação, em 1910, no Relatório Flexner (FONTES, 2001).

O mesmo autor acrescenta que, no Brasil, a partir da década de 1950, a elaboração dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde tomou como base o Relatório Flexner, o qual determinou as diretrizes para o ensino médico e nas demais áreas da saúde, adotando para tanto, o modelo cartesiano-newtoniano. Nessa proposta, o currículo mínimo de medicina era de quatro anos de estudos, sendo no primeiro ciclo, rigorosa formação em ciências, e o segundo ciclo era o profissionalizante, utilizando como campo de aprendizado os hospitais.

No capítulo 4, o qual é intitulado **A Conformação da Política de Saúde Brasileira**, será abordado de forma mais detalhada, as características do Relatório Flexner.

Para melhor entendimento da temática desta pesquisa, faz-se necessário uma breve contextualização histórica acerca das determinações estruturais e conjunturais da questão saúde, através da apresentação da formulação de políticas públicas e de seus antecedentes. Com a Reforma Universitária, a Lei n.º 540/68, implantada durante o governo militar, oficializou-se a separação entre o chamado currículo básico e o

profissionalizante, modificando-se a dinâmica interna dos currículos e favorecendo a lógica do complexo médico-industrial (VILLARDI, 1998).

A partir desse favorecimento, diversos atores sociais se mobilizaram contrários à prática na área da saúde. Essa mobilização tornou-se nacionalmente conhecida com o nome de **Movimento da Reforma Sanitária**, o qual será explanado com maior profundidade, no capítulo 4.

A construção do Sistema Único de Saúde, SUS, segundo Mendes (1996), é um processo no qual a diretriz da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem acontecendo desde o **Movimento da Reforma Sanitária** na década de 70, e foi justamente nesse período que se começou a perceber o quanto era inadequado o modelo de saúde vigente, fragmentado, biologicista e hospitalocêntrico, o qual era conhecido como flexneriano.

3. SAÚDE E DOENÇA COMO UM PROCESSO SOCIAL

3.1 Saúde/doença: uma preocupação antiga.

Desde os primórdios da humanidade é possível imaginar que a pergunta “o que é ter saúde” e “o que é ter doença” já fazia parte da preocupação dos indivíduos.

Primeiramente, os seres humanos viviam em agrupamentos ou tribos, geralmente nômades, que se deslocavam de um lado para o outro em busca de sobrevivência. Esse deslocamento tanto era para buscarem outras fontes de alimentos (porque ao faltarem determinadas comidas ficavam “doentes” e morriam), como de defesa e segurança às ameaças do meio (clima, animais ferozes, acidentes geográficos e de outras ordens) (VICENTINO 1994).

O mesmo autor cita, que nessas circunstâncias, o que acontecia com os homens primitivos era explicado do ponto de vista do pensamento mágico, religioso e sobrenatural. Por exemplo, a chegada do outono ou inverno que trazia a falta de determinados frutos, ou a caça, ou pesca, era atribuída aos deuses que sopravam o vento frio, causador da falta destes elementos, porque estavam irados por determinados comportamentos ou atitudes dos homens. Caso alguém morresse pelo frio, por falta de alimento ou por doença, essa era à vontade destes deuses que se cumpria.

No decorrer dos séculos ou milênios, destaca ainda Vicentino (1994), que as tribos ou agrupamentos foram se espalhando pelas diversas regiões do mundo e foram criando as diversas tradições e/ou explicações para tudo o que faziam ou lhes aconteciam. Ou seja, o ser humano se diversificou de tal modo que criou as distintas culturas e tradições para lidar com a questão da saúde e doença, que é o tema em questão. E, na proporção em

que estes agrupamentos ou tribos foram crescendo, e diversificando as culturas e tradições, foram surgindo as civilizações que marcaram profundamente a vida do ser humano na face da terra. Elementos destas civilizações, desde as mais antigas, de alguma maneira repercutem até os dias de hoje no mundo contemporâneo.

E o citado autor, continua narrando que, geralmente as civilizações mais antigas surgiram e se desenvolveram nos vales dos grandes rios, como por exemplo, no Egito, na Mesopotâmia, na Índia e na China. Este fato coincide como cultivo da terra, há cerca de 10 mil anos, e nada é mais adequado do que os vales dos rios para esta atividade.

As grandes civilizações que surgiram entre a Mesopotâmia e o Egito, ou seja, os Assírios, os Egípcios, os Caldeus, os Hebreus e outros povos, com toda essa conjuntura, viam as doenças como decorrentes de causas externas, sem que o organismo tivesse participação no processo. Por conseguinte, as causas poderiam ser elementos da natureza e/ou espíritos sobrenaturais, desde que externos ao corpo do homem (OLIVEIRA, 1981).

O interessante, conforme Oliveira (1981), é que nos hospitais primitivos, era executada atividade cirúrgica, nos socorros ministrados em ferimentos e fraturas, principalmente aos soldados; além da realização de cauterização das picadas de cobras e dos insetos venenosos.

Com o advento do Cristianismo, Facchini (1994) nos fala que houve um redirecionamento das formas de pensar as causas das moléstias. A mais difundida é a consideração do pecado como o responsável pelos males físicos, como castigos justos e vindos de Deus. A segunda “etiologia” é a introdução de um mau espírito que domina a alma e o corpo do doente, cujo agente é o demônio, o que deu origem aos exorcismos.

Apesar dessas concepções do cristianismo, o mesmo autor aponta que os povos do Médio Oriente, em geral, já desenvolviam todo um arsenal de observações e práticas empiristas. No Egito, 3.000 a.C., o empirismo já era sofisticado. E as medicinas clássicas da Índia e China estruturaram sistemas teóricos empiristas, fundados em complexas filosofias especulativas, nos quais os elementos mágicos-religiosos foram colocados em plano secundário.

A doença, conforme Oliveira (1981), era vista como consequência de um desequilíbrio entre os elementos, chamados humores, que compõem o organismo humano. A causa do desequilíbrio era posta no ambiente físico, como a influência dos astros, do clima, dos insetos e outros animais. Nesta concepção o organismo humano desempenha um papel ativo no processo. Portanto, a doença é um processo e as causas são naturalizadas. O caráter mágico-religioso mais primitivo destaca Facchini (1994), por outro lado, é reinventado pelo cristianismo primitivo; por outro, no caso dos hindus e dos chineses, perdem a vigência. A saúde é um estado de isonomia, ou seja, de harmonia perfeita entre os quatro elementos que compõem o corpo humano: terra, ar, água e fogo. A doença aparece como consequência da ação de fatores externos que provocam, no organismo, uma disonomia entre os elementos.

3.2 A cultura clássica grega e as origens da Medicina Oriental

Foi justamente entre Índia, China e as civilizações do Oriente Médio, que surgiu a civilização Grega. Ela teve muita influência em diversos campos na chamada civilização ocidental, ou seja, a européia. É que o Império Romano, que “colonizou” toda a Europa, “herdou” da Grécia grande parte da sua cultura e a difundiu por toda a Europa (VICENTINO 1994).

Destaca Oliveira (1981), que um dos aspectos culturais difundidos foi o conhecimento do processo saúde-doença. Os gregos procuravam uma explicação racional para as doenças, fundamentando o que vem sendo chamado “medicina científica”. Cita o mesmo autor, que já nos séculos VI ao IV a.C. os gregos descartam os elementos mágico e religioso como causadores das doenças. Concluem que a observação empírica, como a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho, a posição social do indivíduo, dentre outros, são entendidos como fundamentais para o surgimento das doenças.

Facchini (1994) aponta que, por ser a filosofia um dos campos do conhecimento que a civilização grega mais contribuiu para a cultura ocidental, convém destacar que a medicina grega não era uma ação só de médicos. Altas personalidades e filósofos cultivavam a “arte” da cura, cujo princípio básico exigia a harmonia entre o corpo e a alma. Por isso, surge na Grécia todo o cuidado com o corpo através de ginástica e esportes (as olimpíadas), com pouca roupa e em harmonia com a natureza.

O mesmo autor cita que havia duas linhas fundamentais na medicina grega. A primeira dizia que as doenças diferentes podem ter causas e sintomas iguais. Os defensores dessa linha priorizavam a terapêutica intervencionista, embasada em exames diretos nos doentes. Já a segunda linha, priorizava o prognóstico, onde as doenças eram vistas dentro do quadro de cada indivíduo. Sendo que, essa terapêutica era apoiada nas reações defensivas naturais, pois, segundo esta concepção, não havia doenças, mas doentes.

Cabe destacar que esta segunda linha é a hipocrática, porque Hipócrates, seu fundador, foi quem mais defendia a prática clínica, com cuidadosa observação da natureza. Ele deu ênfase nos chamados humores do corpo, que se aproximava muito do que os chineses já faziam. Hipócrates

fala dos humores do corpo que causam doenças, e seus elementos: fogo (coração), ar (pituíta do cérebro), terra (bile amarela) e a água (bile negra no estômago) (RAMAZZINI, 1985).

O mesmo autor menciona, que o diagnóstico hipocrático seguia o roteiro da exploração sensorial, da comunicação oral e do raciocínio, válido até nos dias de hoje. A ênfase é dada no prognóstico, como quarto passo, que corresponde exatamente ao roteiro clássico da medicina ocidental. Ele praticava muito a auscultação torácica, curava fraturas e luxações com manobras manuais e aparelhos. Além disso, se necessário, realizava o dreno para extração de líquidos, tanto do tórax como do abdômen. Cabe destacar ainda, que a sangria era largamente utilizada, como o foi até no século XIX, na chamada medicina moderna e científica.

Rocha (1994) aponta que Galeno é importante na vertente grega da medicina ocidental, pois foi ele quem difundiu as idéias de Hipócrates no império romano. Era filósofo e ficou famoso depois de aplicar a metodologia do diagnóstico e a terapêutica no imperador Marco Aurélio, no ano de 175 d.C. Os médicos diziam que o imperador tinha febre, o que poderia ser óbvio, e Galeno tomou-lhe o pulso, auscultou-o e disse que tinha comido algo que lhe fez mal, o que Marco Aurélio concordou. Depois da terapêutica e curado, o imperador difundiu que ele era o único médico e homem honesto, pois os outros eram invejosos, maus e ávidos por dinheiro. O mesmo autor descreve que Hipócrates viveu nos tempos de Péricles, quando havia liberdade para pensar e discutir. Galeno tinha o ambiente da universalidade do império romano, dominadora, onde era preciso haver quem mandasse, e os demais obedeciam, e isso muito influenciou também a prática da medicina ocidental, chamada científica.

3.3 A prática médica religiosa na Idade Média

Os historiadores consideram que a antigüidade termina em torno de 476 a.C. com a invasão do Império Romano do Ocidente pelos bárbaros e com ela o regime de escravidão dos povos. É o início da idade média ou época medieval (VICENTINO 1994).

Segundo Oliveira (1985), a nova sociedade estrutura-se baseada em duas classes sociais: os proprietários ou senhores e os servos. Os servos eram obrigados a prestar serviço ao senhor e a pagar-lhe diversos tributos em troca da permissão de uso das terras e proteção militar. Não se fala mais escravidão, pois o servo estava ligado à terra, não podendo dela ser retirado para ser vendido. Quando um senhor vendia as suas terras (feudo), o servo mudava de senhor. De certo modo, isto lhe dava alguma segurança, pois, ao contrário do escravo, o servo sempre podia contar com um pedaço de terra para sustentar a família, ainda que de forma precária. A terra, por conseguinte, constituiu o principal meio de produção, e a exploração do trabalho realizado pelos servos se dá através do artesanato e da agricultura.

Os vários domínios feudais eram palco de rivalidades e disputas por terra. Era o tempo das cruzadas, nas quais a presença da igreja era notória (Vicentino (1994)). Sendo assim, o pensamento religioso monopolizado pela igreja católica era instância ideológica dominante, de ampla eficácia no que se refere a regulação dos indivíduos na sociedade, inclusive sobre as concepções de saúde e doença e as respectivas práticas médicas. Ou seja, para assumir o encargo de tratar dos corpos e das almas existia a igreja, una, culta e, na concepção dos líderes, generosa (OLIVEIRA, 1981).

Na medicina medieval ocidental, nesta relação entre medicina e cristianismo primitivo, Oliveira (1981) destaca, entre outras, a medicina patrística, quando os padres tem seus zelos despertados pelos temas ligados à medicina e pelo ensino de disciplinas a ela relacionadas.

Assim, do início da Idade Média até o século XVI, o cristianismo prometia a redenção e a cura e ocorre um relativo retrocesso teórico-metodológico na medicina ocidental, que se reduz a restos do conhecimento clássico, visto anteriormente, agora conservado nos mosteiros. Aliás, esta era outra forma de prática médica, chamada de medicina monástica, porque filha da caridade pregada e praticada pelos monges, nos mosteiros que se multiplicavam (OLIVEIRA, 1981).

O mesmo autor aponta, que a ocorrência das doenças tinham duas interpretações. Segundo os pagãos, eram devidas à possessão do diabo ou como consequência de feitiçarias. Para os cristãos as doenças eram sinais de purificação e da expiação dos pecados. Nesta época, as doenças atacavam indiscriminadamente os senhores e os servos, e a terapêutica estava baseada em milagres, obtidos através da súplica, da mortificação e do arrependimento dos pecados.

Oliveira (1981) descreve ainda, exemplos de desvios gerados pela interpretação apaixonada de princípios religiosos, como a ocorrência de castrações voluntárias de antigos cristãos dominados pela disposição mística arrebatadora.

Nesse período, as causas das doenças são atribuídas à mesma variabilidade dos humores corporais, mas, agora, a fé e religiosidade são retomadas como elementos importantes no tratamento e cura. Ao contrário da veneração pela saúde do classicismo, o ideal monástico do

período medieval ocidental tendia a aperfeiçoar o espírito e descuidar do corpo (OLIVEIRA, 1981).

A lepra é considerada como a grande praga da Idade Média. A doença assumiu grandes proporções em decorrência, provavelmente, dos grandes deslocamentos de população resultantes das cruzadas. E como os médicos não tinham nada ao oferecer, a Igreja assumiu a liderança do processo usando, como princípio orientador, o conceito de contágio do Velho Testamento (ROSEN, 1994). O mesmo autor aponta que além da lepra, outras epidemias assolaram a Idade Média, como a peste bubônica, varíola, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, erisipela, antraz, tracoma, miliária e a mania dançante.

Assim, no final do período, com o aumento dessas epidemias, retoma-se a questão da causalidade das doenças. Rosen (1994), destaca que admitia-se, e aceitava-se, em geral, ser a peste uma doença comunicável. Essa idéia se apoiava na observação direta, mas não respondia a todas as questões relativas à origem e à natureza das epidemias. Assim, se a peste tinha uma natureza contagiosa, qual era, e de onde vinha, o elemento comunicável?

As respostas a essas perguntas advinham da tradição hipocrática, na forma sistematizada por Galeno e transmitida aos médicos medievais, com ênfase na importância dos fatores físicos do ambiente na causa das doenças. Alguma alteração atmosférica, uma corrupção do ar, trazia a doença; matéria em decomposição, águas estagnadas e pútridas, etc., corrompiam o ar (ROSEN, 1994).

Na tentativa de explicar o motivo pelo qual, no curso de uma epidemia, algumas pessoas se viam atingidas e outras não, muitos escritores salientavam a importância da predisposição individual. A ênfase no

indivíduo caminhava com aquela do valor da higiene pessoal. Isto porque o homem medieval cuidava de seu corpo muito mais do que se imagina. Embora se considerasse vã a existência terrena, existisse a crença na punição, ou na salvação, no outro mundo, havia também a convicção de que, seguindo-se um regime correto, poder-se-ia estender a vida até três vintenas e mais dez anos (FONSECA, 1987).

Todas as ordens monásticas possuíam regulamentações referentes à higiene pessoal e, quase sempre, os tratados se dirigiam a uma pessoa de classe alta, aconselhando-a a como viver de modo a permanecer saída (ROSEN, 1994).

Vicentino (1994) refere-se à quarta cruzada (1202 a 1204) como a cruzada comercial, quando os cristãos de Veneza, ao conquistar Constantinopla, colocam Veneza no domínio do Mediterrâneo, restabelecendo o comércio entre Ocidente e Oriente. A ascensão dos comerciantes (burgueses) permitiu que se instalasse um estilo de vida urbano. As vilas e cidades cresceram tão rapidamente que, por volta do século XIV, em algumas regiões, metade da população havia sido deslocada para as atividades comerciais e artesanais, embora muitas destas vilas e cidades estivessem situadas em áreas pertencentes aos feudos. Estas cidades eram conhecidas por burgos (seus moradores eram os burgueses), que eram obrigados a pagar pesados impostos.

Com o crescimento das atividades comerciais e a ascensão da burguesia, essas cidades passaram a buscar sua independência, conquistando sua emancipação, através de acordos (indenização) ou pela luta armada. Assim, a economia auto-suficiente – baseada no sistema de troca de mercadorias, passa a ser substituída por uma economia comercial (VICENTINO, 1994).

O mesmo acrescenta ainda que, o fim do modo de produção feudal na Europa Ocidental foi marcado por um conjunto de revoluções sociais importantes, dirigidas contra as autoridades tradicionais da vida político-econômica, e também na ciência, que acabaram por determinar uma nova forma de produzir e viver em sociedade, o **capitalismo**. A nova estrutura econômica repercutiu em todos os aspectos da vida social, e a ciência acaba tendo um salto qualitativo importante neste processo. Estamos falando do **Renascimento**.

3.4 Idade Moderna: o avanço da clínica e dos conceitos de causalidade

De acordo com Vicentino (1994), o Renascimento foi o movimento de oposição à conduta dominante peculiar à Idade Média; o incontestável acatamento da autoridade magistral (senhores feudais e reis) e o dogmatismo religioso filosófico (Igreja). No Renascimento Cultural era enfatizada uma cultura laica (não eclesiástica), racional e científica, sobretudo não-feudal. Buscando subsídio na cultura greco-romana, o Renascimento foi a eclosão de manifestações artísticas, filosóficas e científicas do novo mundo urbano e burguês (OLIVEIRA, 1981).

O mesmo autor destaca que, na medicina despontam Miguel Servet (1511-1553) e Wilian Harvey (1578-1657), que descobriram o mecanismo da circulação sangüínea – a circulação pulmonar pelas artérias e o retorno do sangue ao coração pelas veias -, André Versálio (1514-1590), que se transformou no pai da moderna anatomia, e Ambroise Paré (1509-1564) que defendeu a laqueadura das artérias em lugar da tradicional cauterização.

Oliveira (1981) considera Pare como responsável pelo uso do bálsamo no tratamento de ferimentos por arma de fogo, lugar de cauterizações por

óleo fervente, utilizado por se acreditar que o recurso era destruir o efeito tóxico da pólvora; pelas ligaduras dos vasos sangüíneos nas amputações, ao invés do emprego do cautério. Processo já recomendado por Galeno, mas praticamente abandonado; e pela manobra obstétrica da versão podálica, tida por Hilí como destituída de originalidade, visto tratar-se de processo já consagrado.

Contudo, Pare levava sua crítica até onde lhe permitia a verificação comprobatória dos fatos e a observação meticulosa no campo da prática diária; enquanto que, ao se deparar com manifestações mórbidas desconhecidas e de todo refratárias às suas indagações, aceitava a interferência de forças ocultas, na falta de melhor interpretação. Assim, ao lado do tratamento biológico dos ferimentos, acreditava na existência de seres ocultos e consagrou capítulos inteiros aos demônios, aos feiticeiros e às moléstias por eles produzidas. Isto já em 1585 (OLIVEIRA, 1981).

Os médicos tinham também muitas oportunidades de observar e estudar doenças pestilenciais. Dois conceitos conflitantes foram estabelecidos no período: o de constituição epidêmica e de contágio, nenhum deles inteiramente novo, mas que foram desenvolvidos nesta época (OLIVEIRA, 1981).

Rosen (1994) destaca que, para Thomas Sydenham (1624-1689), existiam doenças dependentes da susceptibilidade do corpo e doenças produzidas por desordens atmosféricas. Para cada doença deste grupo havia uma determinada constituição na atmosférica ou um determinado estado de atmosfera.

Existiria, assim, uma marca característica em todas as enfermidades de uma determinada constituição atmosférica. Ao estado da atmosfera e às mudanças hipotéticas em que se produziam doenças, Sydenham chamou

de “constituição epidêmica”. Os distúrbios epidêmicos aumentavam em gravidade e violência enquanto a “constituição epidêmica” crescia e levava sua força ao máximo, e se atenuavam à proporção que os elementos atmosféricos cediam lugar a uma nova constituição. Esta prevaleceria por um certo período e a ela associar-se-iam outras doenças epidêmicas. Sydenham não tinha certeza quanto à natureza da mudança atmosférica, mas atribuía a um miasma que se elevava da terra. E chegava a pensar em uma origem astrológica das epidemias (ROSEN, 1994).

O mesmo autor afirma que para Fracastoro as doenças epidêmicas eram causadas por diminutos agentes infecciosos (sementes ou seminária), que eram específicas para cada doença, eram transmissíveis, e se reproduziam por si mesmos. Parece que as seminárias eram tidas como fermentos ou substâncias químicas que podiam variar em sua habilidade de invadir os corpos e de persistir no ambiente, o que explicaria o caráter cíclico de certas doenças.

O contágio, segundo Fracastoro, ocorreria por contato direto de pessoa a pessoa; por agentes intermediários, como os fômites; e à distancia, através do ar, por exemplo. Ele postulava que, sob condições incomuns, a atmosfera geral se infecta e produz pandemias. Conjunções atmosféricas e astrologia anormais favorecem a infecção; como muitos de seus predecessores e contemporâneos, Fracastoro acreditava em astrologia (ROSEN, 1994).

Do desdobramento dessas elaborações teóricas iniciais sobre o contágio, vai surgir a **teoria miasmática**, que será hegemônica até o aparecimento da bacteriologia, na metade do século XIX. Pela teoria, condições sanitárias ruins criavam um estado atmosférico local, que vinha a causar as doenças infecciosas e os surtos epidêmicos (BARATA, 1985).

Durante todo o século XVIII, destaca Oliveira (1981), os estudos médicos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença. O estudo das causas cede lugar à prática clínica. As pesquisas científicas interessam-se pela localização das sedes das doenças no organismo e voltam-se para desvelar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos. O método clínico, por seu próprio caráter intensivo e singular, não propicia a abordagem das questões relativas às causas das doenças, pois estas se dão no plano coletivo, não sendo, portanto, verificáveis na dimensão particular do individual (OLIVEIRA, 1981).

No início da idade moderna, mudanças culturais, como o Renascimento, acabaram por reestruturar a ideologia da política européia. Com uma política sem as amarras da Igreja, surgiram teorias que justificavam um Estado Moderno. Ou seja, o Estado forte, capaz de atender o interesse nacional, o chamado estado absoluto (absolutismo) (Macpherson, 1979). O mesmo autor aponta que dentre os pensadores da teoria política, no período absolutista, destaca-se Nicolau Maquiavel. Maquiavel aconselha o soberano a que fique acima das considerações morais, mantendo a autonomia política. A razão do estado deve sobrepor-se a tudo, ou seja, o soberano tudo pode fazer quando busca o bem-estar do país. Quando está em jogo o interesse do estado – sentencia Maquiavel – até a “força é justa quando necessária”. É dele também a sentença: “os fins justificam os meios”

Durante este período, o Estado absoluto da Idade Moderna apresentou um caráter ambíguo. Estava conformado, por um lado, como um “Estado feudal transformado”, com uma burocracia administrativa, formada em grande parte pelos senhores feudais, que mantinham valores e privilégios seculares e, por outro, firmava-se o agente mercantil que unificava mercados, eliminando barreiras internas que entravavam o comércio,

uniformizando moedas, pesos e leis, além de empreender conquistas de novos mercados

O mesmo autor cita, que os interesses estavam marcados **por um lado** pela nobreza, cuja posição, social era ainda garantida por suas propriedades rurais e títulos, embora possuir terras já não fosse sinônimo seguro de poder, devido às alterações nas relações sociais de dominação e exploração, que já não eram as mesmas do mundo feudal. **Por outro**, pela próspera burguesia que, mesmo adquirindo fortuna nos negócios, estava longe de ser uma classe dominante.

Vicentino (1994) complementa dizendo que, a Igreja, no feudalismo, fora a maior detentora de propriedades em vários países da Europa, era obrigada a remeter vultosos tributos para Roma. No processo de formação das monarquias nacionais, a Igreja passou então a ser considerada em cada Estado um empecilho ao desenvolvimento, além de personificar a própria estrutura feudal, superada e decadente .

Além disso, a Igreja passa a adotar uma postura, preconizando o “justo preço”, condenando a usura, inibindo o progresso burguês e mercantil. Exigia que a mercadoria fosse vendida a “justo preço” ou seja, pelo valor da matéria-prima utilizada acrescido do valor da mão-de-obra, o que poderia desarmar a mola mestra do sistema comercial: o lucro. Ao condenar a usura – acumulação de capital com a cobrança de juros – ameaçava a atividade bancária, que se expandia e ganhava solidez (VICENTINO, 1994).

Assim, enquanto o Estado nacional pretendia uma consciência nacional, a Igreja representava um antagonismo entre o poder político dos reis e o poder da igreja e esta contradição entre o desenvolvimento e o crescimento da sociedade burguesa e os entraves remanescentes do

mundo feudal são interpretadas, apesar das teorias políticas de Maquiavel e Bossuet, como um Estado que se mostrava cada vez mais avesso ao dinamismo capitalista (MACPHERSON, 1979).

São mencionados por Macpherson (1979) vários intelectuais que passaram a propor, portanto, um novo Estado, com novas instituições, novos valores, condizentes com o progresso científico e cultural em andamento. Dentre eles René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1642-1727) além de John Locke (1632-1704) e Adam Smith (1723-1790), considerados os fundadores do Iluminismo.

De Descartes, resgatamos a máxima “Penso, logo existo”, para quem a dúvida seria o ponto de partida do **racionalismo**. Defendeu, assim, a universalidade da razão como o único caminho para o conhecimento. Newton, com o princípio da gravidade universal, contribuiu para reforçar o fundamento de que o universo é governado por leis físicas e não submetido a interferências de cunho divino. Locke, a partir da crítica e da razão, formulou a concepção da bondade natural humana e sua capacidade de construir a própria felicidade, idéias que, como vimos, confrontavam com as bases teóricas do Estado absolutista. E, finalmente, Adam Smith, que considerava o mercantilismo um entrave lesivo a toda ordem econômica, alegava que, com a concorrência, a divisão do trabalho, o livre comércio, a harmonia e a justiça social seriam alcançadas. Ao contrário de muitos, considerava o trabalho, e não a terra, a fonte de toda a riqueza. A partir de seus Estados, absolutista para liberal, a economia passa a ser uma ciência, a economia moderna (MACPHERSON, 1979).

Estava inaugurado o Estado liberal, nacional, uma nova sociedade de classes e uma cultura comprometidas com o modo de produção capitalista. Dando início ao genuíno capitalismo, o fim da Idade Moderna

ocorre em meio a uma série de movimentos revolucionários, inaugurados com a independência dos Estados Unidos (1776), completando-se com a Revolução Industrial na Inglaterra (1760-1850) e a Revolução Francesa (1789). Esse período, que vai se estender até meados do século XIX, ficou conhecido como a era das revoluções (VICENTINO, 1994).

3.5 Idade contemporânea: da determinação social à multicausalidade

No contexto da economia política estão ligadas doutrinas que buscavam justificar e regular a ordem que se estabelecia (doutrinas liberais) e teorias que condenavam (teorias socialistas). No primeiro caso, para os economistas liberais, retornamos a Adam Smith, que considerava a divisão do trabalho como elemento essencial para o crescimento da produção e do mercado e a sua aplicação eficaz dependia da livre concorrência, que forçaria o empresário a ampliar a produção. Para tanto, buscaria novas técnicas, aumentando a qualidade do produto e baixado ao máximo os custos da produção. O conseqüente decréscimo do preço final favorece a lei natural da oferta e da procura. Ainda segundo Smith, não cabia ao Estado intervir na economia, competindo-lhe somente zelar pela propriedade e pela ordem (CARCANHOLO, 2000).

De acordo com o mesmo autor, os teóricos socialistas se dividiam em grupos distintos, os socialistas utópicos, os socialistas científicos (marxistas) e os anarquistas, que propunham reformulações sociais e a construção de um mundo mais justo. Os primeiros procuravam conciliar, numa sociedade ideal, os princípios liberais e as necessidades emergentes do operariado. Os anarquistas pregavam a suspensão de toda a forma de governo, defendendo a liberdade geral. Nos princípios marxistas, há uma interpretação socioeconômica da história, o materialismo histórico.

Outro conceito marxista básico é o da **mais-valia**, que corresponde ao valor da riqueza produzida pelo operário além do valor remunerado de sua força de trabalho. Esta diferença é apropriada pelos capitalistas, caracterizando a exploração operária. A mais-valia tende, assim, a ser um fator crescente e imprescindível de capitalização da burguesia (CARCANHOLO, 2000).

Marx e Engels elaboraram suas análises baseadas no método dialético, pelo qual o desenvolvimento dos contrários – **tese e antítese** – resulta em uma unidade transformada, a **síntese**. Tomam como exemplo o desenvolvimento burguês do mundo moderno, que seria uma antítese aos privilégios feudais (em tese) sobreviventes no século XVIII, que desembocaram na Revolução Francesa, a síntese do confronto (Macpherson, 1979). Para eles, a revolução socialista seria resultante dos contrários capital e trabalho, ou entre capitalistas e operariado, as classes sociais fundamentais do capitalismo.

A igreja, dados os efeitos da industrialização e a grande mobilização do operariado na segunda metade do século XIX, através da cúpula eclesiástica de Roma, revivifica a religião como um instrumento de reforma e justiça social, ao mesmo tempo em que, contra a doutrina marxista de luta de classes, apelava para o espírito cristão dos empregadores, pedindo-lhes que respeitassem a dignidade de seus operários. Esta era a doutrina social da Igreja (VICENTINO, 1994).

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, no contexto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, aparece, com força crescente, a concepção de **causação social**, isto é, das relações entre as condições de trabalho das populações e o aparecimento de doenças (OLIVEIRA, 1981).

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social na Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas (MACPHERSON, 1979).

Barata (1985) afirma que é necessário lembrar que a concepção miasmática da causalidade permanece hegemônica, enquanto a medicina social aparece entre os revolucionários ligados aos diversos movimentos políticos do final do século XVIII e primeira metade do século XIX.

Se a doença é uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser indicativa de distúrbios, em maior escala, da vida das massas (VIRCHOW apud BARATA, 1985, p.150).

Ainda com relação às epidemias, Virchow (apud Barata, 1985, p.152) afirmava:

As epidemias não apontarão sempre para as deficiências da sociedade? Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas, mas, em si e por si, estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde, devido às condições sociais de pobreza, o povo viveu durante muito tempo em uma situação anormal.

Os fatores externos, que até então vinham sendo responsabilizados pela produção das doenças, tem seu papel minimizado; sua ação só se traduzira em doença onde e quando o contexto social permitir que tal fato ocorra (OLIVEIRA, 1981).

As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX irão deslocar de vez as concepções sociais, restabelecendo com redobrada

força o primado das causas externas representadas por partículas que podem provocar o aparecimento de doenças. Os seminários de Fracastoro são agora “visíveis” e se chamam bactérias. Para a ciência dominante, a bacteriologia veio liberar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a “impediam de desenvolver-se cientificamente” (OLIVEIRA, 1981).

A questão da causalidade, aponta Oliveira (1981), fica explicitada em termos bem mais simplificados: para cada doença, um agente etiológico deverá ser identificado e combatido, por meio de vacinas ou produtos químicos.

A insuficiência dessa formulação **unicausal** só ficará evidente no início do século XX, quando se dará o retorno às concepções multicausais, sem que, entretanto, se recupere o conceito de causação social (Barata, 1985). Por outro lado, destaca a mesma autora, na Epidemiologia, foi somente após II Guerra Mundial, como fim do predomínio absoluto do estudo das doenças infecto-transmissíveis, que se estabeleceu a insuficiência do paradigma unicausal.

Neste período, nos países industrializados, há uma intensificação da reestruturação produtiva. As novas tecnologias começam a ocupar todos os setores da economia e as políticas sociais contemplam mais as áreas de saúde e educação (CHAVES, 1986).

Neste contexto, verifica-se um processo de transição epidemiológica marcante, que se expressa, em termos proporcionais, na tendência à diminuição das doenças infecciosas e ao aumento das doenças crônico-degenerativas na morbi-mortalidade mais prevalente. Observa-se o rápido desenvolvimento da estatística, que, aliada ao surgimento da informática, possibilita a realização de grandes estudos, com uma grande variedade

de dados, onde são analisados muitos fatores de risco. Em termos reduzidos, este é o cenário do nascimento da **multicausalidade** moderna (ROTHMAN, 1986 apud FACCHINI, 1994).

O desenvolvimento do modelo multicausal ocorre com a afirmação de diferentes abordagens, como a simples análise das múltiplas causas das doenças, o modelo ecológico e o modelo da determinação social da doença. Estas abordagens não surgem todas ao mesmo tempo e nem avançam com a mesma intensidade nos aspectos teórico-metodológicos, mas, mesmo através de marcos teóricos em franca contradição, todas concordam que o processo saúde-doença é a síntese de múltiplas determinações (Barata, 1985). Na verdade, este conceito de multicausalidade evolui desde o início do século XX, por pelo menos três “modelos” de análise.

O primeiro deles é o modelo da balança, da década de 20. No fulcro desta balança estão representados os fatores ligados ao meio ambiente e, para cada prato da balança, os fatores ligados ao agente de um lado e ao hospedeiro do outro. Ter saúde significa estar com a balança em equilíbrio. A doença parece devido ao desequilíbrio da balança seja pelo aumento do peso relacionados a qualquer um dos fatores do prato (agente ou hospedeiro) ou ao deslocamento dos fatores do meio-ambiente na direção de um ou outro desses fatores (FACCHINI, 1994). Como neste modelo os fatores são tomados isoladamente, como se não houvesse interação entre eles, observa Facchini (1994), ele mais parece uma reinterpretação do modelo unicausal, com a diferença de serem admitidas outras causas que não apenas a presença do agente etiológico.

O outro modelo em que a multicausalidade se exprime é o proposto por MacMahon, sob a denominação de Rede de Causalidade (Oliveira, 1981). Neste modelo a idéia era da existência de relações (de interações)

recíprocas entre os múltiplos fatores envolvidos. E que, para atuar sobre as doenças, bastava identificar, na rede de causalidade, um componente mais frágil e intervir, sem que fosse preciso alterar todo o conjunto de fatores envolvidos. O autor não inclui as ciências sociais nas análises.

Chaves (1986) destaca que o modelo mais acabado do conceito de multicausalidade é o modelo ecológico, bastante divulgado pelo texto de Leavell e Clark. É uma sofisticação do modelo multicausal para o estudo das intervenções médicas a partir do desenvolvimento da História Natural da Doença, com especial ênfase nas enfermidades infecciosas (por exemplo: estudos sobre sífilis, tuberculose, febre amarela, etc.).

Embora esses autores considerem importantes as contribuições das ciências sociais à epidemiologia, acabam por reduzir o social ou o biologizam, na medida em que o consideram como uma dimensão a mais do indivíduo humano, sem estabelecer uma hierarquia entre o processo sociais e biológicos.

Ao buscar a interpretação das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e com os outros homens, na produção de sua vida material, coloca todos os elementos num mesmo patamar ou mesmo plano, e a vida humana fica reduzida à sua condição animal.

Assim se manifesta Barata (1985, p.83) sobre o modelo:

A distribuição triangular dos elementos introduz no modelo uma racionalidade coerente com a ideologia capitalista, na medida em que: - reduz o elemento Homem à sua condição animal, biológica, transferindo para o “meio ambiente” sua condição de produtor, expressa pelos padrões de consumo de que desfruta, como consequência de sua inserção na produção. Desta forma, o Homem, reduzido a um ser natural, pode ser classificado segundo critérios naturais, idade, sexo, raça; - produz uma ruptura entre o sujeito social e seus produtos,

obscurecendo a origem social da produção cultural, ou seja, os fatores do meio-ambiente também aparecem com naturais; - reduz os agentes etiológicos à sua condição biológica, negando a ela a historicidade e atribuindo-lhe apenas o caráter ecológico.

O modelo de “**determinação social da doença**” é uma retomada das abordagens sociais na Epidemiologia. Seu ressurgimento no cenário epidemiológico coincide com a crise econômica e política da década de 60, com a diminuição do gasto social do Estado capitalista, com os altos custos e baixa eficácia da medicina curativista e hospitalar e com as limitações na explicação dos diferenciais de saúde-doença entre os grupos sociais pelos modelos dominantes (FACCHINI, 1994).

Neste modelo, procura-se enfrentar a necessidade da construção de um novo marco explicativo para a determinação do processo saúde-doença, que, de modo hierarquizado, articule todos os processos (condições ou características) que participam de forma essencial na produção de uma doença (BREILH, 1986 apud FACCHINI, 1994).

4. A CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A gestão das políticas públicas na área da saúde teve origem diferenciada para as ações de saúde coletiva (classificadas genericamente como preventivas) e que sempre estiveram vinculadas às instituições públicas de saúde; e as ações individuais (ou curativas) até muito recentemente vinculadas ao sistema privado (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Neste capítulo serão feitos apontamentos sobre os principais fatos ocorridos na conformação da política de saúde brasileira desde o começo do século XX, passando pelo surgimento da assistência à saúde ligada à previdência, o Movimento pela Reforma Sanitária, chegando ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a divisão da história em períodos seja sempre artificial, utilizou-se desta forma apenas para melhor compreensão didática.

4.1 O Início do Século XX até 1920

Com a derrota dos movimentos revolucionários na Europa, a Medicina Social, praticamente teve seu desenvolvimento retardado. As denúncias cada vez mais freqüentes, e de certo forma inegáveis, de que as condições de vida e trabalho estavam levando ao desgaste do proletariado, comprometendo até mesmo sua reprodução, serão absorvidas pelos governos. Todavia, as respostas dadas a elas não serão a transformação da organização social, mas as medidas sanitárias e a legislação trabalhista (ROSEN, 1994).

Reportando-nos ao tempo da chamada primeira república, destaca-se que a economia era baseada na agricultura, tendo como principal produto o café, produzido com a finalidade de exportação (Vicentino, 1994). Portanto, era de fundamental importância que os espaços de circulação

desta mercadoria fossem saneados, principalmente os portos, e que as doenças que prejudicassem as exportações, como a cólera, a peste e a varíola, fossem controladas.

Os serviços de saúde pública eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Destacase, neste período o médico Oswaldo Cruz que, à frente dessa Diretoria adotou o **modelo das campanhas sanitárias** destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. Este modelo teve inspiração militar e consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, adotando ainda um estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos como na sociedade como um todo (LUZ, 1995).

Na área de assistência individual, as ações de saúde eram eminentemente privadas. A assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social: abrigava e isolava os portadores de psicoses, hanseníase e tuberculose. Nas demais áreas de atenção, a assistência aos que não podiam custeá-la, considerados indigentes, era praticada por entidades de caridade, geralmente as Santas Casas de Misericórdia (GUIMARÃES, 1982).

4.2 Sobre os Modelos Assistenciais no Brasil

Observa-se, portanto, que desde o século passado, o sistema de saúde no País vem sofrendo constantes mudanças, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. A concepção mecanicista do organismo contribuiu para uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a um problema mecânico, e a terapia médica, à manipulação técnica. A ciência e a

tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar múltiplas partes do corpo.

Assim, o desenvolvimento científico e tecnológico, a diversidade de métodos e equipamentos terapêuticos, levou ao sucesso e contraditoriamente ao declínio, aquilo que teve início no tão citado Relatório Flexner. A expansão dos gastos em saúde, associada ao consumo de mais e mais possibilidades diagnósticas e terapêuticas, explica tal contradição (SANTANA, et al, 1999). O mesmo autor destaca que em 1910, a Fundação Carnegie publica o Relatório Flexner, contendo uma crítica à situação da medicina àquela época e propondo soluções para a questão. Este relatório se converteu na base para a implantação do ensino e da prática na saúde tal como hoje as encontramos. Suas principais propostas eram:

- definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos;
- introdução do ensino laboratorial;
- estímulo à docência em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- vinculação da pesquisa ao ensino;

- controle do exercício profissional pela profissão organizada.

No pós-guerra, quando os países europeus introduziram o estado de bem-estar social, outros países no mundo, especialmente os Estados Unidos da América, passaram a discutir as questões referentes à ineficácia do modelo de assistência à saúde o que fez surgir a proposta de reforma preventivista e da medicina integral. Tal proposta baseava-se na necessidade da ação médica ser estendida a outros níveis de atuação, especialmente o período pré-patogênico, o qual resultaria em uma medicina mais efetiva, cuja base doutrinária era o modelo da “história natural da doença”, desenvolvido por Leavell e Clark (CHAVES, 1986).

Em se tratando dos modelos assistenciais brasileiros, na literatura pode ser encontrado expressivo número de publicações sobre o tema “modelo assistencial”. Paim (1999), refere-se às formas de organização da atenção e dos modelos assistenciais hegemônico e alternativos no Brasil. O **modelo biomédico**, por exemplo, via o corpo como uma máquina muito complexa com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de forma implícita que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Pois de forma contrária não haveria a necessidade de “inspeções constantes”. A bem da verdade, o modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, porém como uma máquina que tem, ou terá problemas, que só especialistas podem detectar

Referente às formas de organização da atenção e dos modelos assistenciais hegemônico e alternativos no Brasil, a diferença entre os dois modelos consiste fundamentalmente em:

- o **modelo médico-assistencial hegemônico** organiza-se com base na demanda espontânea ou expande os seus serviços visando captar clientela e estimular o consumo (caracterizando o **modelo médico assistencial privatista**), ao passo que
- os **modelos alternativos** procuram atender à demanda organizando a oferta de serviços;
- o **modelo médico-assistencial hegemônico** procura orientar-se para atender o que pressupõe serem necessidades de saúde, visando resolver problemas nessa área mediante as atuações clássicas das Vigilâncias Epidemiológica, no combate às doenças transmissíveis; e Sanitária, no controle de riscos na proteção à saúde.

Os **modelos alternativos** procuram estruturar-se para atender às necessidades por intermédio de diferentes alternativas: ações programáticas em saúde, vigilância em saúde, estratégia de saúde da família, políticas públicas saudáveis, dentre outras.

Assim, surgem tentativas no cenário internacional de abandonar o modelo proposto por Flexner em 1910. A exemplo disso, tem-se a reunião de Viña del Mar em 1956, movimento latino de superação do modelo vigente, bem como o ideário da integração docente-assistencial (SANTANA, et al, 1999).

Atualmente, a experimentação de modelos assistenciais no Brasil têm sido desenvolvida em alguns municípios e regiões brasileiras, constituindo-se, muitas vezes, em experiências inovadoras. E como afirma Campos (1997), esses experimentos ainda não constituem estratégias definitivas consolidadas, sendo necessário reconhecer que a adoção do Sistema

Único de Saúde (SUS) não tem conseguido alterar de forma substancial as práticas curativo-individuais do modelo hegemônico.

Em sua obra, Canguilhem (1990) aponta que as relações entre o normal e o patológico tornam mais complexa a abordagem da prática em saúde, determinando uma ação impregnada de organicismo e reducionismo, contribuindo para a fragmentação dos indivíduos.

Sendo assim, na adoção de novas práticas sanitárias, a dificuldade mais evidente é a efetiva incorporação do conceito ampliado do processo saúde-doença, que simbolize a ruptura com o reducionismo do modelo hegemônico. Além das divergências que se manifestam quando se procura compreender os complexos fenômenos relacionados às causas do adoecer e de morrer, são grandes as dificuldades sanitárias (TARRIDE, 1998).

Quanto aos serviços médicos, estudos de Luz (1978) e Costa (1985) demonstram que entre os anos de 1930 e 1940, a assistência aos doentes era prestada por médicos de clínicas privadas. E a assistência hospitalar, como já foi mencionado anteriormente, era realizada nas Santas Casas de Misericórdia, pertencentes a instituições religiosas.

A partir de 1950, quando se formulou a política de substituição de importações e se intensificou o processo de industrialização, enquanto na área pública continuava a vigorar o **modelo campanhista** de prevenção e tratamento de doenças, uma rede hospitalar privada foi se estabelecendo, na lacuna deixada pelo Estado, de tal modo que, ao final da década, sua magnitude era muito mais significativa que a das Santas Casas de Misericórdia e dos estabelecimentos públicos. Vale ressaltar, que junto com a organização de um sistema de saúde ainda muito fragmentado, na década de 1920 já se iniciava um protótipo do que seria a previdência e

assistência médica corporativa que então a partir de um dispositivo designado “Lei Elói Chaves”, se organizaram através de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), as quais terão suas características melhor explicadas no próximo sub-capítulo. Essas Caixas se estruturavam como empresas e eram administradas por empresários e trabalhadores. Embora sinalizasse o início de substituição do modelo **campanhista**, que não correspondia mais às necessidades do período de industrialização, as Caixas só atendiam a grupos específicos da população trabalhadora, inserida no mercado formal. O processo de substituição, que se intensificou nos anos de 1960, configurando o modelo médico assistencial-privatista, vigorou de forma hegemônica até meados dos anos de 1980 (COSTA, 1985).

A partir de 1964, no período de governo militar autoritário e caracterizado por políticas públicas centralizadoras, o modelo das CAPs foi substituído por uma nova forma de previdência social, que incluía os trabalhadores urbanos com vínculos formais, de modo condizente com a abertura do país ao capital internacional. Pois, com a industrialização, o pólo dinâmico da economia passa a ser os centros urbanos e gera-se uma massa operária que deve ser mantida hígida na sua capacidade produtiva. Desse modo, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que correspondeu à aliança entre uma tecnoburocracia federal e o setor médico empresarial (BUSS, 1995).

Para Teixeira (1989) as principais características desse modelo são as seguintes:

- ampliação da cobertura previdenciária para quase toda a população urbana e rural;
- formação de um complexo médico industrial, através da intervenção estatal;

- opção pela prática médica individual, curativa, assistencialista e especializada, em prejuízo da saúde pública;
- padrão de prática médica voltada para a lucratividade do setor saúde, buscando a capitalização da medicina e a produção privada desses serviços.

Nessa época houve um crescimento geométrico de estabelecimentos hospitalares privados conveniados ao INPS e, de 1969 a 1984, ou seja, em quinze anos, a expansão do número de leitos da rede privada foi de 465%. Direcionada por interesses empresariais essa rede chegou a receber 70% dos recursos do INPS para a assistência hospitalar (BUSS, 1995).

Foi a partir desse momento histórico, que se consolidou o modelo hospitalocêntrico que até hoje domina o mercado da saúde, sendo visto pela população brasileira como sendo o ideal para o tratamento da saúde (TEIXEIRA, 1989). Do ponto de vista de padrões sanitários, contudo, esse é um modelo que consome tecnologias, muitas vezes, desnecessárias; orientado para a lucratividade de empresas médicas; baseia-se muito mais nas doenças e na clínica do que na prevenção e promoção da saúde. Sendo, por conseguinte, um modelo discriminador e excludente.

4.3 O Sistema de saúde nos anos de 1920 a 1945

Deve-se considerar que desde o início do século, e neste período, as ações de caráter coletivo dispunham de instrumentos de intervenção mais eficazes que a assistência médica individual, para a qual a tecnologia não acumulara avanços suficientes. O **sanitarismo campanhista** continua sendo a principal característica da política de saúde, dando continuidade às iniciativas tomadas no período anterior. São dessa época as organizações da campanha contra a tuberculose, em 1936, a realização

de ações centradas no combate às endemias rurais e a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mantido, à época, pela Fundação Rockefeller, mas dentro da política ministerial (CORDONI Jr, 1979).

Mesmo com as características dominantes do período, começa a surgir as primeiras sementes do modelo médico assistencial que se consolidará somente após o início dos anos de 1960. Surge a assistência previdenciária no País, com a Lei Elói Chaves, em 24 de janeiro de 1923. Esta lei cria, em cada uma das empresas de estrada de ferro, uma caixa de aposentadoria e pensões (CAP) para os respectivos empregados. Mais tarde, em 1926, as CAPs foram estendidas aos portuários e marítimos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Podem ser citadas, como principais características das CAPs: a concessão de benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) e prestação de serviços (assistência médica e farmacêutica) aos empregados e seus dependentes. Eram organizadas por empresas, e administradas e financiadas pelos empregados e empregadores (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). O controle por parte do poder público era exercido à distância, ou seja, como uma instância externa ao sistema administrativo, e destinado exclusivamente à resolução de conflitos entre a administração das Caixas e algum segurado. Registram-se, nesta época, a criação de 183 Caixas de Aposentadoria e Pensão (BELINATI, 1994).

As profundas mudanças que ocorreram no País a partir da revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder, a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929 e a longa crise do café que culminou com a desvalorização deste produto no mercado internacional, provocaram, como já citado, o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e para empreendimentos industriais na região centro-sul

do País. Surgia, na estrutura da sociedade brasileira, um novo contingente formado por trabalhadores assalariados, principalmente nos setores de transporte e na indústria (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

O Estado se caracteriza por desenvolver um papel fortemente interventor sobre a sociedade, tarefa facilitada pelo fato deste estar sob o domínio de uma ditadura (a de Getúlio Vargas). Este Estado antecipa-se a conflitos que poderiam surgir entre a nascente classe operária urbana e a classe patronal, ao mesmo tempo em que busca cuidar da força de trabalho fabril, que começa a se concentrar no meio urbano (CORDONI Jr, 1979).

Dessa forma, em 1933 surgiu uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agora não mais por empresa, mas sim por categorias de trabalhadores. São criados então o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPB), dos empregados de Transportes e Cargas (IAPTEC), dos Comerciais (IAPC), dentre outros (BELINATI, 1994).

Muito mais do que representar uma modernização, transportaram uma estrutura que era da sociedade civil para o interior do aparelho de Estado. O que ocorreu foi um controle progressivo por parte do Estado na gestão das instituições previdenciárias, passando o presidente dos institutos a ser nomeado pelo Presidente da República. Os representantes dos empregados e empregadores passaram a ser indicados pelos respectivos sindicatos, e não mais escolhidos por eleição direta. Também com relação ao financiamento houve mudança, sendo instituída a participação do Estado, além da dos empregados e empregadores (contribuição tripartite), e os recursos ficaram centralizados nas mãos do Estado. Esse processo de centralização do poder é coroado com a criação do Ministério do Trabalho, em 1930 (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Em consonância com o regime de capitalização que estava sendo implantado nesse período, houve um aumento da rigidez dos critérios para a concessão de benefícios, a diminuição dos valores a serem concedidos, e o aumento progressivo da contribuição dos assegurados. Estas medidas fizeram com que mais de 70% da receita fosse destinada às reservas previdenciárias. Os vultosos recursos acumulados sob o controle do Estado tornaram-se importantes para viabilizar o projeto político-econômico do novo regime: a industrialização (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Registram-se também, em 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde, que passa a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo (Belinati, 1994). Sendo que, a assistência à população não vinculada ao mercado formal do trabalho continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade, conforme já citado no período anterior.

4.4 O Sistema de saúde nos anos de 1945 a 1970

Nos anos finais da ditadura militar as críticas que vinham se gerando em setores contra-hegemônicos começaram a se expressar de maneira organizada e por meio de experiências assistenciais públicas mais próximas às reais necessidades da população. Principalmente na segunda metade da década de 1970, cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, e ganha corpo o movimento conhecido como **Reforma Sanitária**, cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. A **Reforma** integra-se ao movimento de oposição ao golpe militar de 1964 (Cordon Jr, 1989). Surgem os departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, as idéias sobre a Medicina Comunitária, uma proposta originária dos Estados Unidos da América e difundida nos países latino-americanos através de instituições como a Kellogg e a Ford (Cordon Jr, 1979) e o conceito de

Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizado pela Conferência de Alma Ata, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por ela difundido para os países em desenvolvimento. Essas idéias marcaram o Movimento Sanitário naquele momento, como uma forma de oposição ou alternativa ao sistema de saúde de então (OMS, 1978).

Destaca-se a década de 1980 como sendo um momento histórico privilegiado para a consolidação das expressões do **movimento sanitário**, que elaborou teorias, realizou experiências e práticas voltadas para a implementação de uma política de saúde que saísse do aprisionamento do modelo discriminatório e ineficiente do INPS (BARROS, 1996). Alguns estudiosos da Reforma Sanitária brasileira atribuem à III Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1963, o pioneirismo na tentativa de descentralização da saúde no país. Essa conferência foi convocada para discutir quatro itens fundamentais:

- a situação sanitária da população brasileira;
- a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias em âmbito federal, estadual e municipal;
- a municipalização dos serviços de saúde, e
- a fixação de um Plano Nacional de Saúde (FADUL, 1978).

Sendo assim, este evento tem o mérito, de ter sido a primeira Conferência Nacional de Saúde a assumir uma diretriz explícita de municipalizar a saúde.

Autores como Elias (1996) preferem considerá-la simples tentativa de promover maior igualdade na extensão de cobertura de serviços, sem ligação com as propostas de descentralização da saúde preconizadas pelo movimento sanitário. Não existe, portanto, um consenso quanto ao real significado histórico dessa Conferência para o processo de

descentralização da saúde no Brasil. No entanto, essa Conferência tem o diferencial de ter manifestado, pela primeira vez, a intenção de incluir na agenda pública a criação de uma rede municipal de serviços de saúde, intenção esta abordada pela ruptura institucional ocorrida no ano seguinte (PAIM, 1999).

4.5 O sistema de saúde nos anos de 1970

Vive-se no país o período da ditadura militar, a qual teve início em 1968. Período este, marcado por atos institucionais e por outros decretos presidenciais de cunho arbitrário, que alteram a Constituição no que diz respeito a direitos de cidadania, informação, organização social e política (VICENTINO 1994).

Neste período, a assistência à saúde, ligada à previdência tem como principal característica a extensão da cobertura, que a partir de 1971, passa a incluir os trabalhadores rurais, em 1972 as empregadas domésticas e em 1973 os trabalhadores autônomos (Paim, 1999). O mesmo autor segue narrando que, a ampliação da seguridade social e assistência médica incluindo novas categorias sociais, a proliferação de contratos de serviços com empresas privadas, sem controle por parte da previdência dos serviços contratados, criando condições para a corrupção, foram fatos que contribuíram para a instauração de uma crise econômica na previdência. Aliado a isso se instaura uma crise política e econômica, sendo o Estado responsabilizado pelos problemas econômicos que assolavam o país.

Com o intuito de controlar estes problemas, no ano de 1974, são adotadas várias medidas políticas e administrativas de âmbito social. Uma dessas medidas foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), sendo vinculado a este as seguintes entidades: o Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS). E como órgão autônomo ao MPAS foi criada a Central de Medicamentos (CEME) (Oliveira e Teixeira, 1986). Com isso, os mesmos autores querem destacar, que neste momento, são definidos os campos de atuação do Ministério da Saúde, ao qual cabe a execução de medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive a vigilância sanitária e do Ministério da Previdência e Assistência, cuja atuação fica voltada ao atendimento médico-assistencial individualizado. Esta normalização, feita pela Lei Federal 6.229, de 1975, reforçou a já existente **dicotomia** nas áreas preventiva e curativa do sistema de saúde brasileiro.

Entre a realização da III Conferência e a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), em agosto de 1976, ocorreram no país alguns experimentos de atenção à saúde que tinham por objetivo a organização de serviços locais (GOULART, 1996).

De acordo com Paim (1999), no final da década de 1960 e início dos anos 1970, a expansão local dos serviços teve influência da proposta da Medicina Comunitária norte-americana. Essa proposta, que nos Estados Unidos da América era voltada à população pobre e negra, passou a ser apoiada no Brasil por fundações norte-americanas e era vinculada a algumas universidades e movimentos de igrejas.

Após essas experiências dirigidas à população carente, considerados “programas comunitários de saúde”, surgiram alguns projetos-piloto vinculados a departamentos de medicina preventiva, social e comunitária

de algumas universidades, direcionados às comunidades locais, ainda na década de 1970. Consistiam, esses novos projetos, em implementação de serviços básicos de saúde em áreas pobres de periferias urbanas ou rurais, procurando integrar as ações preventivas com as curativas. Mesmo sendo contra-hegemônicas ao modelo médico vigente e de coincidirem com a origem do movimento sanitário, a base político-ideológica da Reforma Sanitária brasileira tinha, eventualmente, o apoio dos governos latino-americanos por serem soluções baratas para uma demanda crescente de atenção à saúde (ESCOREL, 1998).

Em 1976, com o surgimento do PIASS, o processo de descentralização da saúde passa a ter a participação do governo federal. Esse programa recebeu influência, em sua elaboração, de técnicos que partilhavam das idéias do incipiente movimento sanitário; tratava-se de um programa de medicina simplificada que tinha por objetivo expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimento das doenças mais comuns. De início, a expansão do modelo ocorreu no Nordeste e, posteriormente, em todo o país. Num período de cerca de dez anos, a rede ambulatorial pública passou de 1.122 para 13.739 unidades e deu um impulso a algumas mudanças estruturais no sistema de saúde. Dentre estas, destacam-se a criação da carreira de sanitarista e a incorporação ao sistema de “atendentes” de saúde pública. Passou a ocorrer também maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e das prefeituras com o sistema de saúde do país (Mendes, 1993). Afirma ainda este autor, que esse período, coincidia com a plena vigência de Estado burocrático-autoritário, caracterizado por intensa centralização do poder, repressão política e arrocho salarial, como resultante da crise do “milagre econômico”, no final da década de 1960 e início de 1970. Alguns técnicos ligados ao movimento sanitário passaram a ocupar cargos de poder no aparelho do Estado, nos três escalões do governo, e passaram a exercer influência na elaboração das políticas de saúde. Documentos oficiais

explicitavam a importância na elaboração da descentralização da saúde e da participação comunitária.

O incipiente processo descentralizatório, que ocorria num momento político de ausência de liberdades democráticas, não se caracterizava por deslocamentos nos eixos do poder, o qual continuava acentuadamente centralizado. Possibilitava, todavia, que mais atores sociais aderissem ao movimento sanitário e se aglutinassem na crítica do chamado modelo médico-assistencial privatista, caracterizado por uma série de distorções. Entre elas destacam-se, de acordo com Escorel (1998):

- o excesso de atividades no âmbito da medicina curativa;
- a exclusão na cobertura assistencial de amplos segmentos sociais não cobertos pela assistência previdenciária;
- a falta de controle público das ações desenvolvidas pelo setor privado médico-hospitalar contratado, gerando distorções, fraudes, desperdícios e custos crescentes, e
- o fraco impacto do modelo vigente na melhoria dos indicadores de saúde, entre outros.

O mesmo autor complementa dizendo que, este modelo tinha o Estado como o grande financiador das ações desenvolvidas, o setor privado nacional como o maior prestador da assistência médico-hospitalar e o setor privado internacional como fornecedor de insumos e equipamentos. Essa realidade, induzida pelo Estado e resultante de sua intervenção, leva ao surgimento de um complexo industrial médico-hospitalar cujos interesses estimularam a manutenção e ampliação do modelo de saúde vigente.

Com o fortalecimento do modelo sanitário, além do aumento à crítica a essa situação, foi possível a visualização de um novo modelo de saúde,

universal e igualitário, inspirado na reforma sanitária italiana, a qual passou a servir de referência para a reforma sanitária brasileira.

Cabe aqui destacar, que a maioria dos atores da primeira etapa do Movimento Sanitário continua empenhada e é fundamental a sua atuação, para o êxito desse segundo e difícil momento histórico da Reforma (SCOREL, 1998).

4.6 O sistema de saúde nos anos de 1980

Este período presenciou o enfraquecimento e a queda da ditadura militar, seguidos do processo de transição democrática do país, que culminou com a discussão, redação e aprovação, em 1998, da nova e atual Constituição Federal, com repercussões importantes e delineadoras no processo de construção de uma nova política para o setor saúde (ALMEIDA, 1999).

Surgiu, como base na experiência do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), no início dos anos 1980, nova proposta de política de saúde, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que ficou conhecido como Prev-Saúde. Essa proposta, que sofreu influência da VII Conferência Nacional de Saúde, de 1980, apareceu em contexto de grave crise da Previdência Social, inflação galopante e recessão econômica, com mais de quarenta milhões de brasileiros sem a cesso aos serviços de saúde (MAGALDI, 1995).

Destaca, o mesmo autor, que o Prev-Saúde foi um projeto conjunto do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o objetivo de reorganização do sistema de saúde, mediante a integração programático-funcional entre os dois ministérios e as secretarias estaduais e municipais de saúde (Paim, 1999). Além de

reforçar a Atenção Primária à Saúde (APS), o Prev-Saúde pretendia reorganizar o sistema de saúde, com regionalização, hierarquização, participação da comunidade e atenção integral. Com isso, o Prev-Saúde não saiu do papel, pois contrariava muitos interesses e não foi implementado por resistências diversas dentro do próprio governo (burocracia do Inamps), e fora dele (ABH – Associação Brasileira de Hospitais e Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo).

Foi marco essencial nesse percurso, a realização da VIII Conferência de Saúde que contou com a presença de 5.000 pessoas, após amplo processo de mobilização nacional de 50.000 participantes nas instâncias estaduais e municipais (Brasil, 1986). O relatório final desse evento serviu de base aos constituintes que, em 1988, produziram o capítulo dedicado à definição de saúde no interior da Seguridade Social e como direito universal e como dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 detalhou os princípios básicos expressos na Constituição Federal.

Uma coincidência interessante, é que em 1986, ano da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizava uma importante Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa, no Canadá, evento considerado marco, também, para a organização setorial e das políticas de saúde. Nas resoluções publicadas a partir da Conferência Internacional da OMS em Ottawa, popularmente chamada Carta de Ottawa, ficou definido o conceito e o contexto do que modernamente se considera Promoção de Saúde. Da mesma forma que a VIII Conferência Nacional de Saúde, ela coloca a questão sanitária partindo de uma perspectiva sociopolítica, econômica, técnica e médica (CORDEIRO, 2001).

Desse modo, pode-se verificar que existe nexos entre as resoluções da 8ª Conferência com a Carta de Ottawa, com o capítulo da Ordem Social da

Constituição Federal e com a Lei Orgânica da Saúde, pois como destaca Silva (1998), todos esses documentos buscam superar a dicotomia da questão do coletivo e do individual no trato da saúde e apontam os processos de produção e reprodução como elemento central da elevação dos padrões sanitários individuais e coletivos.

Conforme resume Barros (1996), o novo Sistema de Saúde Brasileiro propôs-se, nos seus documentos de origem a:

- ser acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou de sua integração no mercado de trabalho;
- reorganizar a oferta pública de serviços à população mediante programação regionalizada, baseada em análise de necessidades indicadas pelo perfil demográfico e epidemiológico local;
- ter como meta a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença;
- operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, visando à integralidade dos cuidados e oferecendo serviços de qualidade;
- contar com uma gestão cujo processo decisório fosse participativo nas esferas de governo e tendo a presença efetiva de setores da sociedade.

Obviamente que avanços nessa direção vêm sendo alcançados e evidenciados em indicadores. O número de estabelecimentos de saúde sem internação, segundo dados do IBGE/MAS quase triplicou em 1992, em relação a 1980: passou de 8,8 mil para 24,9 mil. A rede hospitalar entre 1980 e 1992 foi acrescida de 1.320 novos estabelecimentos, sendo 897 públicos e 423 privados. Dos públicos, 698 era municipais (Barros, 1996). Isso demonstra a expansão da universalização e da capacidade de cobertura dos serviços, principalmente os da rede pública e local.

Neste contexto, a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma tentativa de resposta, de um dos movimentos sociais brasileiros que chegou a transformar em ordem social a universalização do Direito à Saúde como dever do Estado brasileiro.

Barros (1996) ressalta ainda, que a construção do SUS pode ser dividida, de forma operacional, em dois momentos fundamentais:

- o primeiro, da militância técnico-política e intelectual pela constitucionalização;
- o segundo, o trabalho de gestão da implementação.

Os dois estágios se interpenetram e se diferenciam. A observação desses últimos dez anos explicita e reafirma o que já foi dito pelo autor, de que a maioria dos atores da primeira etapa do Movimento Sanitário continua empenhada e é fundamental para o êxito desse segundo e difícil momento histórico da Reforma.

Segundo Paim (1999), ocorreu no período de 1985 e 1988 a densidade teórica da Reforma Sanitária brasileira. Esse autor considera que o setor saúde, no período, avançou em sete pontos:

- contenção de políticas privatizantes do INAMPS;
- transferência de recursos federais previdenciários para estados e municípios;
- prioridade para o fortalecimento dos serviços públicos;
- estímulo à integração das ações e serviços de saúde;
- apoio à descentralização gerencial;
- incorporação do planejamento à prática institucional, e
- abertura de canais para a participação popular.

Com a promulgação do SUS pela Constituição de 1988, as forças políticas favoráveis à Reforma Sanitária saíram vitoriosas, já que o texto constitucional preservou as doutrinas e os princípios aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde. O debate entre favoráveis e contrários à implementação do SUS passa a ocorrer em outra arena política, o Congresso Nacional, onde iria dar-se a regulamentação das medidas constitucionais por intermédio das Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080 e n.º 8.142 (GOULART, 1996).

4.7 O sistema de saúde nos anos de 1990

De acordo com Buss (1995) o Brasil, nos anos de 1990, tem seu sistema de saúde constituído por três seguimentos principais:

- o seguimento público, formado pelos serviços atrelados ao governo federal, estaduais e municipais;
- o seguimento contratado e pago pelo setor público, e
- o seguimento privado liberal ou contratado pelos planos de saúde pessoais ou de empresas.

O mesmo autor acrescenta, que o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de serviços públicos e privados contratados, em 1991, respondeu por cerca de 75% das internações produzidas no Brasil e tinha a responsabilidade de cobertura de toda a população brasileira.

Enquanto no Congresso Nacional e em outros cenários político-institucionais, a agenda do setor saúde era ocupada pela regulamentação dos dispositivos constitucionais e pelas propostas de operacionalização das políticas aprovadas, o Estado brasileiro enfrentava intensa crise política e fiscal, que era o prenúncio do fracasso de sua estratégia desenvolvimentista (MENDES, 1996).

O avanço do neoliberalismo no continente latino-americano, que teve início na década de 1980, mas atingiu o auge no seu final e início dos anos de 1990, e que teve no Brasil um dos últimos países do continente a se alinhar a essa proposta, somou-se ao retrocesso político representado pelo governo Collor. Por causa do seu caráter conservador, o governo Collor impôs dificuldades para a descentralização e democratização da saúde, ao vetar pontos importantes da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que previam transferência direta e automática de recursos federais aos fundos estaduais e municipais de saúde e a participação deliberativa da população no SUS, através de Conferências e Conselhos de Saúde (SINGER, 1998).

A supressão de pontos vitais da formulação do SUS deu origem a grande mobilização e reação de setores da sociedade civil, exigindo o cumprimento dos pontos acordados na discussão do texto da lei. No VII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde (VII Encontro do Conasems), realizado em Fortaleza de 9 a 13 de dezembro de 1990, o ministro da Saúde, Alcení Guerra, reconheceu que os vetos foram decorrentes das pressões da área econômica do governo. No último dia do encontro foi enviado pelo ministro o texto de nova lei aprovada pelo Congresso, Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da população e a transferência de recursos aos estados e municípios, sancionada pelo presidente em 28 de dezembro de 1990. Essa vitória do movimento sanitário deveu-se não só ao Conasems, mas também a mais de duas centenas de entidades da sociedade civil, que se articularam em um fórum reivindicatório e político que ficou conhecido como Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (GOULART, 1996).

À essa vitória do movimento sanitário, coexistiram e se ampliaram algumas dificuldades para a efetiva implementação do SUS. A expansão da universalidade dos direitos foi acompanhada de racionamento na oferta

e de progressiva queda na qualidade dos serviços. O contexto de crise econômica e de implementação de políticas neoliberais contribuíram para o racionamento na oferta de serviços sociais. Ocasionalmente, desse modo, desativação progressiva de equipamentos federais e estaduais na área da saúde, decorrentes da não reposição de servidores e o sucateamento desses serviços. Com a deteriorização real dos valores pagos aos serviços privados contratados pelo SUS reduziu-se de forma acentuada a oferta dos mesmos. Essa situação veio a favorecer o crescimento de um subsistema privado de atenção médico-hospitalar supletiva, que passa a ter como clientela, as camadas médias que querem escapar do subsistema público (MENDES, 1993).

Ressalta Paim (1999) que o subsistema público passa a ser designado de o “SUS para pobre” e abrange as classes mais carentes. Oferecendo assistência médica simplificada, com acesso mínimo aos procedimentos mais complexos, por apresentarem uma oferta reduzida. Sendo que, o sistema privado reúne os segmentos sociais das camadas médias e operariado mais qualificado, se utilizando da falta de regulação pública para selecionar clientela e doenças, transferindo ao subsistema público usuários que não lhe interessa atender. Silva Jr (1998) refere-se a isso, como sendo uma nítida manifestação de racionalidade econômica no enfrentamento dos excluídos da saúde, ao incluí-los não em uma condição de cidadania plena, igualdade na atenção, mas incorporando-os num sistema de saúde em crescente racionamento e, simultaneamente, ao possibilitar a transferência de quem poderia opor-se ao racionamento, pelo mercado, para o subsistema privado.

Nesse período, Paim (1999) passa a identificar quatro tipos diferentes de SUS:

- o “SUS para pobre”, da medicina simplificada;

- o “SUS legal”, apoiado na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142, além das Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, que deram o arcabouço jurídico-legal do SUS;
- o “SUS real”, caracterizado pela situação de privilegiamento, falta de controle, “cobranças por fora” e iniquidades do sistema de saúde.
- o “SUS democrático” é o proposto pela Reforma Sanitária e ainda não viabilizado. Para o movimento sanitário, por conseguinte, o verdadeiro SUS, democrático, constitui uma imagem-objetivo. Os militantes da Reforma têm a percepção de que a construção do SUS democrático deve ser perseguida em diversos campos e com base em diferentes estratégias.

O mesmo autor aponta, entre as estratégias dos primeiros anos da década de 1990, a IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS) com o tema “Municipalização da Saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS”. Dessa forma, pautado nas recomendações da IX CNS, formulou-se uma estratégia para a descentralização, a qual foi exposta através do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Destaca-se ainda, que essa Conferência tomou posição contrária a qualquer tipo de retrocesso na implementação do SUS. Tendo sido precedida de ampla mobilização social, sobretudo em conferências estaduais e municipais, a Conferência, além de propugnar pelo cumprimento da Constituição e das Leis Orgânicas, reforçou a proposta descentralizante da Reforma.

4.8 O sistema de saúde nos anos 1990 a 2001

Dessa forma, para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, as citadas

Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142), que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. Estas leis foram objeto de muita disputa política, e só foram concluída em dezembro de 1990 (CARVALHO e SANTOS, 1995).

Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que a organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS, foram temas detalhados na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta Lei teve que ser complementada, devido aos vetos que recebeu do então Presidente Fernando Collor de Melo, pela Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Esta segunda lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos.

De acordo com essa legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A direção do SUS é única, e é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- no âmbito da União pelo Ministério a Saúde;
- no âmbito dos estados ou do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente;
- no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Uma outra medida que contribuiu para o cumprimento dos preceitos legais da descentralização e do mando único em cada esfera de governo foi a extinção do INAMPS, através da Lei 8689 em 27 de julho de 1993. Desse

modo, as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, que muitas vezes se confundiam com as do Ministério da Saúde, passaram a ser absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS (BUSS, 1995).

4.8.1 PSF: aspectos históricos

A estruturação do Programa Saúde da Família (PSF) começa a tomar forma em dezembro de 1993 quando após uma reunião que tratava da “saúde da família”, em Brasília, o então Ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo, cria um grupo de trabalho integrado por secretários estaduais e municipais, universidades, UNICEF E OPAS, dentre outros, além de colaboradores do próprio ministério. O objetivo do grupo era discutir a proposta de implantação de um modelo de saúde mais adequado às necessidades do país (CAMPOS, 1996).

As atividades do grupo deveriam responder às necessidades de mudança de um sistema de unidades básicas de saúde no qual Almeida (1991) identificou como modelo predominante o pronto atendimento, pautado na queixa-conduta, sem nenhum tipo de vínculo dos usuários com os serviços de saúde.

O Programa Saúde da Família, lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde em março de 1994, tem como objetivo redirecionar esse modelo, fortalecendo atividades como a atenção domiciliar, trabalhos em grupos, palestras, orientações educativas e não somente consultas de enfermagem, médicas e odontológicas de urgência ou programadas. Dessa forma, de acordo com o Ministério da Saúde (1997, p.10) os objetivos específicos do PSF são:

- prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença;
- fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Tendo em vista a necessidade de estabelecimentos de mecanismos que sejam capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais, várias são as propostas de mudanças, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Nesta perspectiva, tem surgido situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde (1997), cita que, desse modo, o Programa Saúde da Família (PSF) elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre a população e os profissionais de saúde. O programa proposto, destaca o mesmo autor, estimula a municipalização e a descentralização dos

serviços, propiciando que o gerenciamento municipal dos recursos seja realizado de forma mais adequada e resolutiva. (CAMPOS, 1996).

O Ministério da Saúde (1997) acrescenta que sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de organização e atuação geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

4.8.2 Mais considerações acerca do PSF

Verifica-se então que, o Programa de Saúde Familiar enquanto estratégia de construção do SUS requer uma concepção positiva do processo saúde-doença; orientado por um paradigma sanitário de produção social da saúde que apontem para cidades saudáveis mediante a formulação de políticas públicas saudáveis, o que demanda tempos distintos, uma vez que as mudanças decorrentes são de ordem política, ideológica e cognitivo-tecnológica. Pois de acordo com Mendes (1996 p.234):

A mudança será positiva porque envolve distintos atores sociais em situação, portadores e diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Tem, também, uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por nova concepção de processo saúde-doença e por um novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão cognitiva-tecnológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto da produção social da saúde.

Assim, constata-se que um projeto dessa natureza, certamente, impõe aos seus atores, uma atuação multi e interdisciplinar para atender o princípio da integralidade do atendimento à população/famílias que residem na área

de abrangência do programa, objetivando estabelecer uma nova relação entre usuários/comunidades, formadores e prestadores de serviço de saúde.

O princípio de universalidade da assistência no PSF, ainda não pode ser detectado por toda a população brasileira no que tange ao acesso e a cobertura destes serviços. No ano de 2000, segundo dados do Ministério da Saúde (2000) existiam 4.945 equipes de saúde da família, distribuídas em 1.870 municípios brasileiros, o que correspondia a uma cobertura populacional equivalente a 17.060.250 habitantes.

4.9 A saúde e o setor privado

Elias (1999) destaca que o setor privado mostra significativa complexidade, seja em termos dos sub-setores que o compõem, seja na diversidade das modalidades internas do seus vários segmentos. Tradicionalmente, é dividido em setor lucrativo e não lucrativo (ELIAS, 1999).

O mesmo autor esclarece que segmento não lucrativo é representado pelas instituições filantrópicas (principalmente as Santas Casas de Misericórdia) e são geralmente vinculadas ao SUS. O segmento lucrativo, à exceção de uma fração altamente especializada (ambulatorial e hospitalar), não mantém vínculo com o SUS. Sua parcela mais expressiva é representada pelo subsistema da Atenção Médica Supletiva.

Embora tido como autônomo em relação ao recurso público, esse segmento beneficia-se de várias formas desse recurso: na dedução do Imposto de Renda, na apuração dos balanços e lucros das empresas, das isenções tributárias decorrentes de alegadas finalidades filantrópicas e, sobretudo, do uso corrente dos serviços públicos pelos seus beneficiários,

especialmente em emergências e procedimentos de alto custo, (RODRIGUES NETO, 1996. p. 9).

O mesmo autor lembra que a medicina supletiva teve origem no País através de um convênio firmado entre a Volkswagen e a Policlínica, em 1954, para atendimento de saúde aos seus funcionários . Mas foi somente em 1964 instituída oficialmente no sistema de saúde brasileiro, quando o então Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) celebrou convênio com a Volkswagen, através do qual o Instituto deixaria de ter a responsabilidade de prestar assistência médica aos empregados da organização conveniente, passando essa responsabilidade à própria companhia.

Essa prática foi incorporada pelo INPS após a unificação dos institutos, que devolvia mensalmente à empresa uma quantia correspondente a 5% do salário mínimo por trabalhador da empresa e, apenas no princípio, se desobrigava da atenção a esses segurados (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Desse modo, com a unificação dos institutos, a maioria das empresas convenientes com o INPS prestava assistência médica aos seus empregados através da contratação de outras empresas, denominadas de medicina de grupo, cuja função principal era a de selecionar e controlar o absenteísmo da força de trabalho, melhorando a produtividade das empresas (BAHIA, 1997).

O mesmo autor cita que os convênios entre a Previdência e as empresas de medicina de grupo foram extintos em 1979, em decorrência de mudanças na Previdência, dentro de um contexto de abertura política pela qual passava o País, desfavoráveis ao empresariamento da medicina . No entanto, várias empresas mantiveram convênios com grupos médicos, mesmo sem a interveniência da Previdência, no início dos anos 1980,

período em que se observa latência no que tange ao crescimento da medicina supletiva no País (BAHIA, 1997).

Assim, um crescimento mais acelerado dessa modalidade de assistência ocorre no final dos anos 1980 e, segundo Bahia (1997), coincide com a redemocratização do País, envolvendo a modificação de aspectos da legislação no que se refere à participação das seguradoras como ofertantes de planos de seguros-saúde. Porém, esse crescimento é explicado, segundo a autora, por um conjunto de causas e efeitos que articulam relações do mercado segurador com elementos no interior do setor saúde, mais especificamente com o declínio da qualidade de assistência médico-hospitalar pública. Na opinião de Pereira Filho (1999), vice-presidente da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG), o aumento observado, entre 1987 e 1995, de 38% no número de pessoas que se filiaram ao sistema de saúde privado no País, deve-se à precariedade dos serviços públicos de saúde.

De acordo com esses pensamentos, Paim (1999) alega que os mecanismos de racionamento das ações e serviços públicos de saúde dos anos 1980 (queda na qualidade do atendimento e filas) possibilitam a instalação de um círculo vicioso, em que a insatisfação com esses serviços expulsaria, cada vez mais, os setores com poder reivindicatório pela melhoria dos serviços. Este quadro foi o responsável pelo que se convencionou denominar de “universalização excludente”, ou seja, a universalização da assistência à saúde veio acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e do operariado qualificado.

Esses segmentos, dessa forma, demandam serviços diferenciados e contribuem para o crescimento e consolidação do mercado de planos e seguros no Brasil nos anos 1990, cuja cobertura, em 1997, era de 41

milhões de brasileiros, correspondente a 25,6 % da população (PEREIRA FILHO, 1999).

Atualmente, o subsistema supletivo de saúde é composto por diferentes modalidades de empresas:

- **medicina de grupo** – empresas médicas que trabalham com estrutura própria, além de serviços credenciados; administram planos para empresas ou famílias e são custeadas por sistema de pré-pagamento. Em 1997, eram responsáveis pela cobertura de 17 milhões de beneficiários, 82,5% compostos por trabalhadores de empresas e seus familiares. São empresas desta modalidade a Golden Cross, a Amil, a Blue Life, dentre outras;
- **cooperativa médicas** – são empresas regidas e organizadas pelas leis do cooperativismo, representadas pela diversas União de Médicos (UNIMEDs). Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos e individuais, e o lucro de suas operações são rateados entre os cooperados (médicos e outros profissionais da área da saúde) que são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviços. Este segmento, em 1997, foi responsável pela cobertura de cerca de 10 milhões de beneficiários;
- **autogestão** – modalidade organizada por empresas públicas ou privadas, com administração própria ou contratada, que atua exclusivamente no atendimento dos quadros funcionais da empresa e de seus dependentes. Em 1997, perto de 9 milhões de pessoas foram assistidas por esse sistema. São empresas

que operam por esta modalidade a Volvo, Vilarés, Banco do Brasil/Cassi, Petrobrás/Petros, dentre outras;

- **seguro-saúde** – operam no sistema de reembolso de despesas de acordo com as condições contratuais fixadas entre as partes e, geralmente, é aberto a todos os médicos e hospitais. Atuam neste segmento as empresas Bradesco, Itaú, Sul América, dentre outras do ramo de seguros. Possuíam, em 1997, aproximadamente cinco milhões de segurados (ALMEIDA, A., 1999; PEREIRA FILHO, 1999; ELIAS, 1999).

A atuação dessas modalidades na assistência à saúde, apesar de largamente difundida, não possuía regulamentação comum que definisse quais as obrigações de um plano de saúde, ocorrendo, muitas vezes, fraude contra o consumidor. Este, precisando de assistência, freqüentemente acabava sendo atendido pelo subsistema público de saúde (REHEM, 1999).

Com intuito não só de que o Estado pudesse se ressarcir do atendimento aos beneficiários dos planos de saúde, mas também de desafogar a rede pública para melhor atender aos que dispõem apenas do SUS (Rehem, 1999), foi sancionada a Lei nº 9656, de junho de 1998, vigorando desde setembro de 1998, que regulamenta a atuação dos planos privados de assistência à saúde no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1999).

Nessa lei, através das medidas previstas, ficam mais claras quais as obrigações dos planos privados no sistema de saúde, bem como o papel do Estado, que não pode se omitir, deixando que contratante e contratado se entendam, visto que o mercado não deu conta de se ajustar à complexidade do setor. O Estado deve, além de continuar sendo o

responsável pelos serviços públicos de saúde, regulamentar e fiscalizar a prestação de serviços de saúde à população pela iniciativa privada, respeitando os preceitos constitucionais:

A saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196); a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 199); são de relevância pública as ações de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação (art. 197) (BRASIL, 1988. p. 133).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A Epistemologia e a Interdisciplinaridade

A epistemologia, aqui entendida como pensamento crítico da ciência, tem, na França, terra de Foucault, uma grande tradição.

Cabe destacar o conceito de Japiassu para a palavra epistemologia:

a epistemologia é o estudo metódico e reflexivo do saber, de sua organização, de sua formação, de seu desenvolvimento, de seu funcionamento e de seus produtos intelectuais (1992 p. 16).

Bombassaro (1997) faz algumas distinções epistêmicas prático, entre o saber o conhecer. O saber, é o que vincula o homem ao mundo. Quanto ao verbo conhecer, também há a função de vincular o homem ao mundo prático, entretanto, conhecer exige sempre um complemento seja ele um substantivo, um adjetivo ou mesmo um pronome pessoal. Com isso, o conhecimento pode ser compreendido para além de uma concepção fragmentária, para além da divisão do saber em disciplinas, as quais são consideradas, freqüentemente, compartimentos estanques do pensamento. Vale ressaltar, que o conhecimento do senso comum revela a forma mais elementar de o homem interpretar o mundo.

Santos (1998) acrescenta que o senso comum faz coincidir causa e intenção; aceitando o que existe tal como existe. E finaliza afirmando que:

A condição epistemológica da ciência repercute-se na condição existencial dos cientistas. Afinal, se todo conhecimento é auto conhecimento, também todo desconhecimento é auto-desconhecimento (SANTOS, 1998, p.58).

A perspectiva atual da interdisciplinaridade surge da avaliação crítica dos princípios que orientam a ciência clássica. A prática da interdisciplinaridade, que diz respeito à combinação de disciplinas diversas para a construção do conhecimento, integra um conceito recente de ciência que se opõe à ciência clássica (SANTOMÉ, 1998).

É bem possível que o exercício da interdisciplinaridade facilitaria o enfrentamento dessa crise. Então, assumir a contradição ciência/existência, nos leva a esclarecer outras dicotomias, por exemplo, teoria e prática ação e reflexão, ensino e avaliação, generalização e especialização, curativo e preventivo, meios e fins, conteúdos e processos, indivíduo e sociedade, dentre outras, confirmando as idéias de Minayo (1990).

Desse modo, pode-se admitir que o objeto da epistemologia é o saber, sendo que o mesmo autor nos diz que:

...saber é um conjunto de conhecimentos metodicamente adquiridos, mais ou menos sistematicamente organizados e susceptíveis de serem transmitidos por um processo pedagógico de ensino (1992. p.15).

A interdisciplinaridade, afirma Santomé (1998), implica no compromisso de elaborar um contexto mais geral, aonde cada uma das disciplinas que tenham contato sofre modificação, passando a dependerem entre si.

Por conseguinte, a Filosofia e a Teologia foram substituídas pelos conhecimentos científicos, na condição de direcionadores primordiais da existência humana, mediante sua produção e ampliação tecnológica, atingindo, desse modo, múltiplos avanços e transformações de ordem social (ARAÚJO, 2002).

De acordo com a mesma autora, o progresso da ciência, amparado por métodos e idéias científicas, percorreu de forma linear um desenvolvimento cumulativo e explicado pela lógica e pela neutralidade do sujeito. Esse regime se tornou conhecido como Positivista, e contrastando com o mesmo, autores criticaram a idéia de neutralidade da relação sujeito-objeto. Surgem alguns epistemólogos como Fleck, que destacam que a relação cognoscitiva não pode ser apenas bilateral entre o sujeito e o objeto a conhecer.

5.2 Sobre Fleck e sua contribuição

Ludwik Fleck nasceu em 11 de julho de 1896 na cidade de Lwow, na região de Galícia na Polônia, área ocupada pelo Império Austro-Húngaro na época. Teve formação médica, tendo iniciado seus estudos em 1914, e após uma pausa no transcorrer da segunda Guerra Mundial, graduou-se com doutorado em medicina geral (pois ao final do curso de graduação, os médicos, mediante a apresentação de uma monografia, ganhavam o título de doutor em medicina). Durante o curso já demonstrava seu interesse por estudos no campo da microbiologia (CUTOLO, 2001).

Schäfer e Schenele (1986), destacam que Fleck interessou-se também pela filosofia, sociologia e história da ciência. Seu pioneirismo reside no fato de sua obra epistemológica ser voltada para o campo da medicina, que possui particularidades não encontradas em outros âmbitos. Os mesmos autores, ao examinarem o trabalho de Fleck, apontam que essa particularidade iria ser responsável por certas singularidades do modo de pensar médico, o que determinaria a linha de trabalho do autor baseada no caráter interdisciplinar e coletivo de pensamento.

Durante o período entre guerras, Fleck dedicou-se à pesquisa laboratorial médica, estudos e escritos sobre filosofia da ciência, e à docência médica.

Foi nomeado docente e diretor do Departamento de Microbiologia do Instituto de Medicina Ucrainiano e diretor do Laboratório Bacteriológico de Lwow, ato que sugere uma certa afinidade com o governo comunista. Lwow é invadida e ocupada pela Alemanha Nazista em 1941, e Fleck torna-se obrigado a se refugiar no gueto judeu da cidade até ser preso e levado ao Campo de Concentração de Auschwitz em 1943 (CUTOLO, 2001).

O mesmo autor complementa, relatando que Fleck, sua mulher e o filho foram salvos da política de extermínio graças aos comunistas da direção clandestina do campo de concentração. No pós-guerra manteve suas atividades de pesquisa laboratorial e atividades acadêmicas. Morreu em 1961, com 64 anos, vítima de um segundo infarto do miocárdio.

Seu trabalho mais importante e mais citado é o livro “A Gênese e o Desenvolvimento de Um Fato Científico”, editado em 1935. O qual é referenciado por Schäfer e Schenele (1986), não como uma obra acabada, mas como um “ensaio fascinante” dirigido não só aos especialistas na teoria da ciência, mas a um público mais amplo. No livro, o autor estabelece sua linha de pensamento e a descrição de categorias epistemológicas, baseado em um estudo de caso da história da medicina: o desenvolvimento do conceito de sífilis e sua identificação diagnóstica pela reação sorológica de Wasserman, com a observação da presença de anticorpos no soro sangüíneo de pessoas doentes (PFUETZENREITER, 2002).

5.3 Sobre algumas Categorias Epistemológicas

A idéia do conhecimento científico, como resultado de uma cooperação entre equipes foi apoiada por um grupo de epistemólogos classificados como socioconstrutivistas. Ludwik Fleck é considerado o pioneiro do

socioconstrutivismo na abordagem da História e da Filosofia da Ciência (CUTOLO, 2001).

A crítica de Fleck reside no conceito estático da teoria do empirismo lógico, destacando o aspecto dinâmico que há na investigação científica. Esse autor escreveu em 1929, que em relação ao Estilo de Pensamento (EP):

todo saber tem seu próprio Estilo de Pensamento com sua específica tradição e educação... cada jeito (modo) de saber seleciona diferentes questões, e as conecta com diferentes regras e com diferentes propósitos (FLECK, 1929 apud CUTOLO, 2001, p.33).

Tomando por base a compreensão originárias das relações disciplinares, sobretudo, nas categorias de Fleck (1986), utilizou-se uma análise epistemológica referenciada. Qual seja, o Estilo de Pensamento (EP) e Coletivo de Pensamento (CP), como alicerce do desenvolvimento da categoria satélite: Incomensurabilidade (ou Incongruência) de Estilos de Pensamento.

Também foi trabalhada uma categoria epistemológica derivada chamada de Objeto Fronteiriço (ou Limítrofe), a qual foi desenvolvida por Star e Griesemer (1998), sociólogos de tradição sócio-interacionistas da Escola de Chicago. Esses autores argumentam a existência de mitos freqüentes, caracterizando as cooperações científicas como sendo um consenso imposto pela natureza; entretando, quando analisam o atual trabalho das organizações com empreendimentos científicos, não conseguem encontrar esse consenso. Destacam que essas idéias são comuns entre os cientistas sociais, como por exemplo, aqueles que pertencem à “Escola de Chicago”. Acrescentam que os diferentes atores e cientistas devem contribuir para entender (traduzir) a ciência, debater, negociar, triangular e

simplificar o trabalho em conjunto (STAR e GRIESEMER, 1989 apud ARAÚJO, 2002).

Schäfer e Schnelle (1986), relatam que Fleck descreve como instrumentos conceituais o Coletivo de Pensamento e o Estilo de Pensamento:

o primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um determinado campo; o segundo, as pressuposições de acordo com um estilo sobre o que o coletivo constrói seu edifício teórico (1986 p.23 apud ARAÚJO, 2002).

Esses mesmos autores acrescentam que por detrás desses pressupostos, Fleck afirma o conceito de que o saber não é nunca possível em si mesmo, e sim sob certas presunções sobre o objeto, as quais se fazem possíveis mediante um produto histórico e sociológico de atuação de um coletivo de pensamento.

Cutolo (2001, p.55) elaborou a seguinte formulação para a compreensão de Estilo de Pensamento:

1. modo de ver, entender e conceber;
2. processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação;
3. determinado piso/sócio/histórico/culturalmente;
4. que leva a um corpo de conhecimentos e práticas;
5. compartilhado por um coletivo com formação específica.

Tendo em vista o fato de ser a saúde uma área eminentemente interdisciplinar, para sua análise, se faz necessário o uso dessa categoria auxiliar, chamada Objeto-Fronteiriço. Além disso, os enfrentamentos atuais exigem olhares plurais, levando-se em consideração a complexidade do panorama mundial e dos problemas que nele se

apresentam. Sendo assim, o Objeto-Fronteiriço surge como uma forma de análise da interdisciplinaridade.

De acordo com Cutolo (2001), o **Objeto-Fronteiriço ou Limítrofe** é uma categoria que foi desenvolvida pelos sociólogos de tradição interacionista e suas vertentes da ciência. Essa categoria pode ser entendida como conceitos, técnicas, materiais de domínio de uma área que possui compatibilidade com outros coletivos.

Cutolo (2001) elaborou uma representação esquemática para as diferentes maneiras que o objeto fronteiriço ou limítrofe pode existir, como resultante dos modos de relação entre coletivos de pensamento.

O objeto limítrofe pode se dar de diferentes maneiras. Por exemplo:

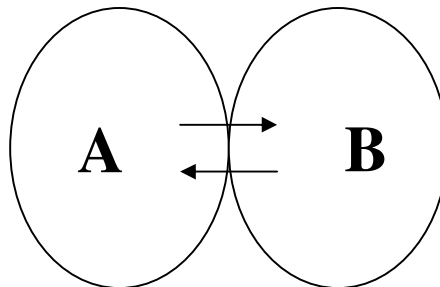


Figura 1: Exemplo 1
Fonte: CUTOLO (2004).

Neste exemplo, o objeto transita entre os coletivos de pensamento, é traduzido e apropriado de forma diferente. A significação modifica-se e não há o aparecimento de uma zona intermediária.

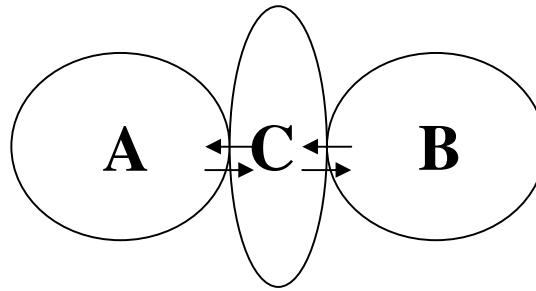


Figura 2: Exemplo 2
 Fonte: CUTOLO (2004).

Neste caso, existe a possibilidade de formação de uma “zona creola”. Os coletivos de pensamento já se socializam na nova “Língua” e uma nova linguagem, uma nova área, um novo estilo de pensamento forma-se, como conseqüência de relação cooperativa de dois ou mais coletivos anteriores.

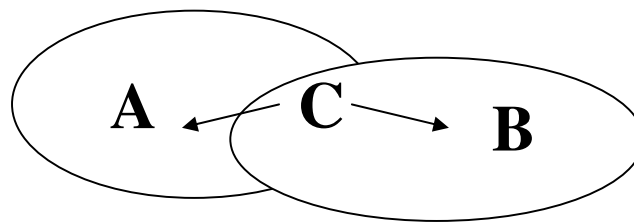


Figura 3: Exemplo 3
 Fonte: CUTOLO (2004).

Pode ser a possibilidade da congruência (comensurabilidade) entre dois estilos de pensamento permeado pela cooperação intercoletiva de pensamento. Existe, nesta situação, uma zona intermediária da qual dois coletivos se beneficiam.

Ou como prefere Löwy (apud Cutolo, 2001), uma área de domínio comum, que sofre cooperação de mais Coletivos de Pensamento para sua compreensão. Torna-se tentador imaginar, conforme aponta Cutolo (2001), que talvez essa possa ser a chave na busca de espaços

potenciais ao desenvolvimento da interdisciplinaridade. Essa categoria foi utilizada tanto na busca e análise das práticas curriculares como na elaboração de estratégias que as vislumbrem.

Cutolo (2001), adverte que a categoria Estilo de Pensamento (EP) deve ser recortada de acordo com o objeto de estudo. Nessa pesquisa, a opção de recorte pressupõe que as diferentes profissões da área da saúde, entendidas como Coletivos de Pensamento (CP), com formação específica, marco conceitual identificado e escolhas de problemas e suas resoluções bem delimitadas, de conformidade com seu EP particularizado. O mesmo autor segue dizendo que os Estilos de Pensamento condicionam o saber dos diferentes Coletivos de Pensamento. Esclarece então, que o CP pode ser expresso como o portador comunitário do EP, ou seja, quando um Coletivo compartilha de um mesmo Estilo ele forma um CP.

Outra categoria formulada por Fleck, é a Incomensurabilidade ou como prefere Da Ros (2000), Incongruência de Estilos de Pensamento. Cutolo (2001), coloca que a mesma é explicada através das “verdades” que se mostram impregnadas de um Estilo de Pensamento condicionado pela atividade histórico-social do ser humano. Sendo assim, o certo e o errado adquirem um tom relativo, o que torna incomensurável a relação entre os diferentes Estilos de Pensamento.

Da Ros (2000) complementa dizendo que a incomensurabilidade/incongruência se dá quando da ocorrência de diferentes estilos de pensamento convivendo simultaneamente e com diálogos dificultados entre eles.

Ou seja, o olhar de cada profissional é permeado por um Estilo de Pensamento próprio, tornando-se difícil fazer uma associação entre os

diferentes discursos, os quais se tornam incompatíveis. Dessa forma, a categoria Incongruência ou Incomensurabilidade é utilizada para a explicação dos diferentes discursos.

Cabe destacar, que a categoria Objeto-Limítrofe ou Fronteiriço, a qual não foi desenvolvida por Fleck, foi utilizada como ferramenta auxiliar nesta pesquisa.

Sendo, portanto, uma área de domínio comum, o Objeto-Fronteiriço surge como um instrumento para a análise da interdisciplinaridade. Com isso, torna-se possível o olhar plural que a interdisciplinaridade tanto requer.

A base conceitual que permitiu um recorte da categorização de interdisciplinaridade foi a obra de Fazenda (1991, 1996 e 2001) e de Japiassu (1976). Apesar do entendimento da interdisciplinaridade se dar como sendo um objeto em constante construção, para efeitos de aplicabilidade como instrumento de pesquisa, julgou-se necessário dar um tratamento teórico para o tema. Foi necessária uma “limpeza” no tema enquanto sistema conceitual.

5.4 Sobre a Categoria Interdisciplinaridade

Numa releitura da filosofia, revendo o passado, Fazenda (2001) nos convida a visitar Sócrates, aquele que primeiro colocou a dúvida. Nessa volta no tempo, permitido somente pela memória, buscando o fio condutor da história, o primeiro símbolo anunciado é o: “conhece-te a ti mesmo”. Conhecer-se a si mesmo é conhecer em totalidade, interdisciplinarmente. Em Sócrates, a totalidade passa pelo caminho da interioridade. Quanto maior o nível de interioridade, mais certezas surgem da limitação, da ignorância, da provisoriedade. A interioridade nos conduz a um profundo

exercício de humildade, a qual é o primeiro fundamento da interdisciplinaridade, e também o maior.

A autora complementa, ressaltando como de vital importância, lembrar da impossibilidade da construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade; contudo, é necessário a busca do percurso teórico pessoal de cada pesquisador que se pretende aventurar a tratar as questões desse tema.

Desse modo, entender e diferenciar confusões sistemáticas entre interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade foi uma das muitas empreitadas desta pesquisa, e como lembra Japiassu (1976) a interdisciplinaridade:

não possui um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma (p.72).

Sendo assim, observa-se que há diferentes opiniões sobre o que constitui verdadeiramente a interdisciplinaridade. Entretanto, considera-se que só é possível falar de interdisciplinaridade a partir do momento em que essa comunicação ou diálogo, dentre outras coisas, gerar integração mútua dos conceitos das disciplinas.

Para Fazenda (2001), primeiro é necessário a superação da dicotomia ciência/existência, no trato interdisciplinar. Isso induz a pensar que a atividade interdisciplinar requer um aprofundamento teórico nas discussões epistemológicas mais atuais e fundamentais, sendo que a questão da interdisciplinaridade envolve uma reflexão profunda sobre os impasses vividos pela ciência atualmente.

É muito provável que o exercício da interdisciplinaridade facilitaria o enfrentamento dessa crise. Assim, assumir a contradição ciência/existência, nos leva a esclarecer outras dicotomias dela decorrentes, a partir de uma releitura dos primeiros estudiosos das questões interdisciplinares nessas últimas três décadas, tentando apreender o movimento próprio vivido pela interdisciplinaridade.

Para fins didáticos, esse movimento pode ser dividido, conforme Fazenda (2001), em três décadas:

- 1970 construção epistemológica da interdisciplinaridade;
- 1980 explicitação das contradições epistemológicas decorrentes dessa construção,
- 1990 tentativa de construção de uma nova epistemologia.

Pela ótica das influências disciplinares, o movimento adquire o seguinte perfil:

- 1970 em busca de uma explicação filosófica,
- 1980 em busca de uma diretriz sociológica,
- 1990 em busca de um projeto antropológico.

E uma terceira tentativa de organização teórica do movimento seria:

- 1970- definição de interdisciplinaridade,
- 1980- explicitação de um método para a interdisciplinaridade,
- 1990- construção de uma teoria o para a interdisciplinaridade.

Fazenda (2001) aponta, com relação à interdisciplinaridade, algumas sínteses:

- a atitude interdisciplinar não resulta de uma única e simples síntese, contudo de sínteses cheias de audácia e imaginação;
- interdisciplinaridade não é categoria de conhecimento, entretando de ação;
- a interdisciplinaridade nos conduz a um exercício do conhecimento: o perguntar e o duvidar;
- entre as disciplinas e a interdisciplinaridade existe uma diferença de categoria;
- interdisciplinaridade é arte de tecido que nunca deixa ocorrer separação entre seus elementos, todavia, de um tecido flexível e bem trançado;
- a interdisciplinaridade se desenvolve a partir do próprio desenvolvimento das disciplinas.

Assim podemos entender, que a interdisciplinaridade também se estabelece a partir da importância e necessidade de uma contínua inter-influência de teoria e prática, de modo que se enriqueçam mutuamente. E que a interdisciplinaridade, atualmente, pode ser a portadora de parte, de uma possível solução, para o restabelecimento de uma nova ordem na educação-ensino no país.

É possível que Platão tenha sido um dos primeiros intelectuais a colocar a necessidade de uma ciência unificada, propondo que essa tarefa fosse desempenhada pela filosofia; sendo que, ainda na Antiguidade, a Escola de Alexandria foi uma das mais antigas que assumiu um compromisso frente à integração do conhecimento. Assim sendo, Fazenda (2001) chama a atenção para a relação mais antiga referente à interdisciplinaridade, a qual volta à velha Grécia, com a Paidéia, e com ela

a situação de preceptor e discípulo. O preceptor ajuda o discípulo a fazer uma leitura das coisas próprias do conhecimento em geral, e o discípulo, gradativamente, é estimulado a ampliar essa leitura. Paidéia, hoje pode ser simplificada à “parceria”. O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX, e só a partir da década de 60 começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido uma idéia utópica da unidade do saber.

5.4.1 Sobre as graduações dos diferentes termos

A respeito da multidisciplinaridade Cutolo (2004) refere que a mesma indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação. O autor propõe ainda, a seguinte ilustração.

MULTIDISCIPLINARIDADE

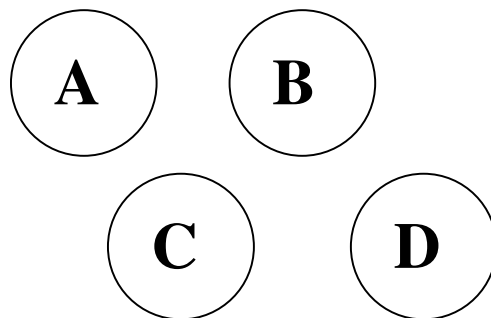


Figura4: Multidisciplinaridade

Fonte: CUTOLO (2004).

Para o mesmo autor, pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um tangenciamento entre as disciplinas. Estas duas

terminologias são freqüentemente colocadas como sinônimos o que necessariamente não se constituiria um erro.

PLURIDISCIPLINARIDADE

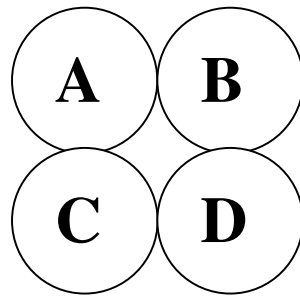


Figura 5: Pluridisciplinaridade

Fonte: CUTOLO (2004).

Cutolo (2004) ilustra também a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, conforme a seguir.

INTERDISCIPLINARIDADE

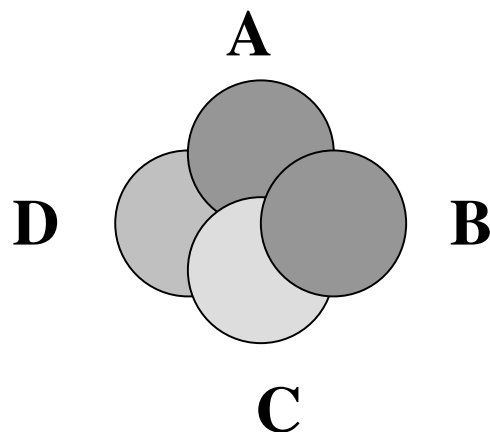


Figura 6: Interdisciplinaridade

Fonte: CUTOLO (2004).

TRANSDISCIPLINARIDADE

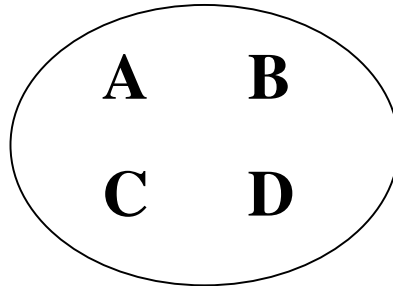


Figura 7: Transdisciplinaridade

Fonte: CUTOLO (2004).

Perini et al (2001) lembram que há uma gradação dos diferentes termos: **multidisciplinaridade**, **pluridisciplinaridade**, **interdisciplinaridade** e **transdisciplinaridade**, a saber:

- **multidisciplinaridade:** é a justaposição de disciplinas, sem que ocorra uma coerência entre a relação dessas diferentes disciplinas;
- **pluridisciplinaridade:** é a justaposição de disciplinas; dá-se quando o problema é comum, sendo tratado de forma seqüencial ou paralelo entre as diversas disciplinas;
- **interdisciplinaridade:** interação existente entre duas ou mais disciplinas, com a possibilidade de trabalho em conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases das disciplinas específicas;
- **transdisciplinaridade:** é o nível superior da interdisciplinaridade, ocorre quando o trabalho coletivo compartilha estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns.

Dessa forma, Japiassu (1976) aponta, como complementação, alguns tipos de relações que uma disciplina pode manter com outras:

- de contigüidade: as disciplinas constituem conjuntos distintos, justapondo-se uma ao lado da outra;
- de fronteira: entre as disciplinas há uma pequena zona de recobrimento que corresponde a uma fronteira comum;
- de amplos recobrimentos entre as disciplinas, a ponto de cada correr o risco de perder sua identidade própria;
- de dependência: os fenômenos que se produzem no interior de uma disciplina determinam os que se produzem no campo de uma outra;
- de interdependência: o que se produz no interior de uma disciplina converte-se em causa do que se produz no campo da outra, e vice-versa;
- de transespecificidade: levado a efeito por conceitos que, em diversos graus, têm funções semelhantes no interior de disciplinas distintas;
- de transcausalidade: aparece quando os fenômenos que se produzem no interior de duas disciplinas dependem de uma “causa” que lhes é exterior.

Desse modo, sobre a em relação que uma disciplina pode manter com a outra, “a zona de recobrimento” a qual corresponde a “uma fronteira comum” citado por Japiassu, sugere uma aproximação, ou discreta

associação, ao que os sócio-interacionistas da Escola de Chicago, chamaram de Objeto-Fronteiriço, o qual faz parte das Categorias epistemológicas que serão melhor exploradas no item 6.2, ao qual é intitulado **Sobre algumas Categorias Epistemológicas**. A terminologia adotada por Japiassu, guarda alguma semelhança, portanto, com o que é apontado por outros autores, como sendo uma categoria epistemológica designada de objeto- limítrofe ou objeto fronteiriço.

Destaca ainda Japiassu (1976) que para saber como pode situar-se determinada disciplina no conjunto das ciências humanas, é necessário começar por conhecer as relações possíveis que ela pode manter com outras, ou seja, as modalidades possíveis de colaboração, que são outra forma de interdisciplinaridade.

Entendo, dessa forma, que a interdisciplinaridade, também pode oportunizar o modo de trabalhar o conhecimento, buscando uma reintegração de aspectos que ficam isolados uns dos outros devido ao tratamento disciplinar ao qual são, freqüentemente, submetidos.

Em tempo, ressalta Fazenda (1995) que disciplina pode ser entendida como diferentes domínios do conhecimento os quais são organizados de acordo com determinados critérios.

Ao falar sobre a utilidade, valor e aplicabilidade da interdisciplinaridade, Fazenda (1996), destaca que a interdisciplinaridade não é uma panacéia que irá garantir um saber unificado, porém é um ponto de vista que possibilita uma reflexão aprofundada, crítica e salutar sobre as maneiras de se conseguir um ensino adequado e cita a interdisciplinaridade:

- como meio de conseguir uma melhor formação geral;

- como meio de atingir uma formação profissional;
- como incentivo à formação de pesquisadores e pesquisas;
- como condição para uma educação permanente;
- como superação da dicotomia ensino/pesquisa;
- como forma de compreender e modificar o mundo.

Sendo assim, para se obter a citada utilidade, valor e aplicabilidade da interdisciplinaridade, a mesma autora aponta para a necessidade de se eliminar barreiras entre as disciplinas e entre as pessoas, citando certos obstáculos a serem transpostos:

- **obstáculos epistemológicos e institucionais:** é necessário a quebra da rigidez das estruturas institucionais, para que através do respeito à verdade e à relatividade de cada disciplina, além de um conhecer melhor, para que a interdisciplinaridade se torne possível;
- **obstáculos psicossociológicos e culturais:** a falta de formação específica, a acomodação à situação estabelecida, o desconhecimento do real significado do projeto interdisciplinar, dentre os fatores, impedem a montagem de uma equipe que parta em busca de uma linguagem comum;
- **obstáculos metodológicos:** a instauração de uma metodologia interdisciplinar criaria uma postura de questionamento das formas de desenvolvimento das disciplinas, além da reflexão de todos os elementos indicados;

- **obstáculos quanto à formação:** é necessário que se estabeleça um treino constante no trabalho interdisciplinar, ao lado de uma formação teórica, pois na interdisciplinaridade passa-se de uma relação pedagógica baseada na transmissão do saber à uma relação dialógica em que a posição é a construção do conhecimento;
- **obstáculos materiais:** é primordial que ocorra, previamente, um planejamento de espaço e tempo, bem como a adequada previsão orçamentária, para que a interdisciplinaridade possa se efetivar.

A autora continua, elencando alguns dos pressupostos da interdisciplinaridade, quais sejam:

- uma atitude de abertura, não preconceituosa, no qual todo o conhecimento é igualmente importante, onde o conhecimento individual anula-se frente ao saber universal;
- uma atitude coerente, sendo que é na opinião crítica do outro que se fundamenta a opinião
- uma atitude particular, supondo uma postura única, engajada e comprometida frente aos fatos da realidade educacional e pedagógica.

É oportuno destacar, que a interdisciplinaridade aqui buscada, é concebida como uma postura político pedagógica, e não como uma justaposição ou apenas afinidade entre os conteúdos a serem trabalhados. Nessa dimensão a interdisciplinaridade fica entendida como um trabalho voltado para a mudança de concepções e práticas, ou seja, uma maneira de conceber o indivíduo historicamente situado no seu trabalho e na sociedade.

Melhor explica Fazenda (1996), quando afirma que o educador que pretende ser interdisciplinar terá a vantagem de nunca se sentir só, pois terá em sua jornada muitos parceiros, sendo eles, parceiros de teóricos, parceiro de pares, parceiro de alunos... Pois a maior premissa da interdisciplinaridade é a **parceria**.

E a mesma autora complementa dizendo que, a interdisciplinaridade marca hoje muitos dos projetos educacionais, o que não ocorre por acaso, pois através dela é evidente a possibilidade de revisão do atual paradigma da ciência e da educação.

Para Japiassu (1976) o que caracteriza a interdisciplinaridade é a incorporação dos resultados de diversas disciplinas, cabendo aqui citar que o empreendimento interdisciplinar é justificado pelas seguintes razões:

- proporciona trocas generalizadas de informações críticas, possibilitando uma reorganização do meio científico e fornece toda espécie de transformação institucional a serviço do homem e da sociedade;
- expande a formação geral dos indivíduos envolvidos na pesquisa científica especializada, permitindo-lhes descobrir melhor suas aptidões, assegurando sua adequada orientação a fim de definir o papel que deverá ser seu na sociedade, “aprender a aprender”, situar-se melhor no mundo de hoje, compreender e criticar todas as informações recebidas;
- questiona se há uma acomodação dos cientistas em seus implícitos pressupostos, em suas restritas comunicações, que tornam as trocas

difíceis, favorecendo a explicitação de seus postulados epistemológicos;

- melhor preparo dos envolvidos com a formação profissional, o que exige contribuição de diversas disciplinas fundamentais, levando, conseqüentemente, à certa formação polivalente;

- envolve e prepara os especialistas na pesquisa em equipe, fornecendo-lhes as ferramentas conceituais para que saibam analisar as situações e colocar os problemas;

- desenvolve e assegura a educação permanente que permite aos pesquisadores o prolongamento constante, no decurso da vida, de sua formação geral, universitária ou profissional.

O autor complementa dizendo ainda que a interdisciplinaridade:

não é a reorganização metódica dos estudos e das pesquisas, mas a tomada de consciência sobre o sentido da presença do homem no mundo (p. 174).

Pode-se dizer, então, que a interdisciplinaridade surge como uma tentativa para romper com o modelo fragmentário que existe nos sistemas de produção da sociedade moderna, entre a teoria e a prática, entre as disciplinas, numa tentativa de unir os possíveis pontos de convergência entre as várias áreas e a sua abordagem conjunta, possibilitando uma relação epistemológica entre as disciplinas.

Japiassu (1976) afirma que a interdisciplinarização representa mais um sintoma da situação patológica em que se encontra, hoje, o saber do que um real progresso do conhecimento. O exagero das especializações tem contribuído muito para uma situação patológica, em que uma inteligência fragmentada, produz um saber em “migalhas”. Nesse contexto, o esforço

de integração da interdisciplinaridade se apresenta como o “remédio mais adequado à cancerização ou à patologia do saber” (p. 62). Afirma ainda que o que caracteriza, por fim, a interdisciplinaridade é a intensidade das trocas entre os especialistas e o grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.

Nos dias atuais, acho que Japiassu teria se referido ao especialista como aquele que “sabe cada vez mais sobre cada vez menos”, pois este aparece, muitas vezes, como um ser humano limitado, incapaz de se situar no mundo em que vive hoje. Dessa forma, a interdisciplinaridade não é apenas uma exigência profissional, ela é também essencial para o posicionamento consciente do indivíduo como cidadão.

Por outro lado, Fazenda (1996) destaca que o termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável, sendo que a interdisciplinaridade é também uma questão de atitude, atitude esta, diferente, a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é uma substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. Estando, por conseguinte, associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis.

Dessa forma, entende-se que o que a interdisciplinaridade requer é uma mudança de atitude em relação ao problema do conhecimento, levando à substituição para a unidade do ser humano (FAZENDA, 1996). Destaca a mesma autora, que a interdisciplinaridade não é ciência, mas sim o ponto de encontro entre o movimento de renovação da atitude diante dos problemas de ensino e pesquisa, sendo a interdisciplinaridade uma

possibilidade para eliminar a lacuna entre a atividade profissional e a formação escolar.

Em suma, entende-se por interdisciplinaridade o movimento de construção de um conhecimento mais globalizante e, para tal, adota não somente a integração dos conteúdos, mas um compromisso de reciprocidade diante do conhecimento como propõe Fazenda (1996).

A interdisciplinaridade, por fim, se realiza como uma forma de ver e sentir o mundo; de estar no mundo. Se formos capazes de perceber, de entender as múltiplas implicações que se realizam, ao analisar um acontecimento, um aspecto da natureza, isto é, o fenômeno em sua dimensão social, natural ou cultural... seremos capazes, então, de ver e entender o mundo de forma holística, em sua rede infinita de relações e em sua complexidade.

Portanto desenvolver a interdisciplinaridade implica em admitir a ótica pluralista das concepções de ensino e estabelecer o diálogo entre as mesmas e a realidade escolar para superar suas limitações. Entretanto, a orientação pelo enfoque interdisciplinar para orientar a prática pedagógica implica em romper hábitos e acomodações, implica em buscar algo novo e desconhecido.

Desse modo, é importante privilegiar a prática de uma educação em que os professores e alunos se visualizem por inteiro no processo, estabelecendo-se uma mudança de atitude a respeito da formação e ação do indivíduo, dos quais fazem parte os aspectos afetivos, relacionais e éticos, acrescidos dos racionais, lógicos e objetivos. Penso, então, na interdisciplinaridade, também, como uma possibilidade de “novas alianças”, para o que será necessário, no meu entendimento, trabalhar com a imaginação, o que trará, certamente, a marca da criatividade e do

avanço. Assim, uma atitude interdisciplinar, associada ao empenho por mudar o exercício da prática, tornará o trabalho pedagógico mais significativo e mais produtivo, além de se constituir no grande desafio educacional.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Procedimento Ético

A presente pesquisa foi antecedida pelo Projeto “Concepções dos Professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS) sobre as Práticas Curriculares Interdisciplinares. Univali – Campus I” sob a orientação do professor Doutor Luiz Roberto Agea Cutolo, sendo que o citado projeto foi submetido à Comissão de Ética da Univali e aprovado através do parecer nº 377/2003 de 11/09/2003.

Com relação aos entrevistados, os mesmos tiveram a garantia plena de que não seriam identificados, sendo reservado sigilo no tocante às respostas que estes dessem no transcorrer da pesquisa. Na oportunidade, foi salientado também, que os mesmos poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que lhes fosse questionado esclarecimentos quanto aos motivos. Por fim, foi firmado o compromisso por parte da pesquisadora, de devolver os resultados após serem analisados.

6.2 Base Teórica

Para elaboração da pesquisa foi adotada a orientação dos autores: Ludke e André (1988), Minayo (1996 e 2000) e Triviños (1987), que propõem a utilização de um fio condutor para nortear o processo de investigação.

A opção foi feita pela pesquisa qualitativa que, de acordo com Minayo (2000), volta-se para os significados das ações e relações humanas, os mesmos não são captáveis em equações e médias. Desse modo, a preocupação é com os processos e não com o produto, pois sua função principal é descrever os fenômenos sociais. Como destaca Triviños (1987, p. 118) sem dúvida, muitas pesquisas qualitativas:

não precisam apoiar-se na informação estatística. Isso não significa que sejam especulativas. Elas têm um tipo de objetividade e de validade conceitual... que contribuem decisivamente para o desenvolvimento do pensamento científico.

6.3 Participantes da Pesquisa

Em pesquisas do tipo qualitativa, Triviños (1987) destaca a possibilidade de se decidir por uma amostragem intencional, considerando uma série de condições: sujeitos que são essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade de encontrar as pessoas; tempo dos indivíduos para a entrevista, entre outros, e o tamanho da população.

Optou-se por entrevistar: um coordenador pedagógico do CCS, sete coordenadores de curso do CCS (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Psicologia) e um professor de cada. Mediante isso, a intencionalidade de entrevistar os coordenadores dos cursos do CCS ficou por conta de se pressupor que os mesmos poderiam estar contribuindo de forma mais efetiva ao estudo, tendo em vista a própria exigência de um maior aprofundamento do assunto, em virtude da função que desempenham.

Os professores entrevistados foram selecionados a partir de indicações de nomes, concedidos pelos próprios coordenadores dos respectivos cursos do CCS, considerando-se a carga horária para orientação pedagógica. Todos os contatos foram feitos por telefonemas prévios, combinando o local, data e horário de suas preferências para as entrevistas.

Os respondentes escolheram ser entrevistados em seu local de trabalho. Sendo que previamente, ocorreram 04 (quatro) entrevistas piloto, as quais foram realizadas no curso de odontologia, pois os professores se

mostraram interessados em participar da pesquisa e estavam disponíveis para a realização das entrevistas, cabendo ressaltar que estas entrevistas não foram incluídas na análise.

6.4 Coleta de Dados

Para a coleta de informações, foi escolhida a entrevista semi-estruturada, que de acordo com Triviños (1987), pode ser entendida como aquela que parte de questionamentos básicos, alicerçados em hipóteses, as quais vão surgindo na proporção em que se recebe as respostas dos informantes. Além disso, a entrevista permite o aprofundamento de questões importantes da pesquisa, sendo que:

a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p.34).

As entrevistas tiveram a duração de cerca de 30 minutos e foram alicerçadas num roteiro, o qual sofreu pequenas variações em função do desenvolvimento da entrevista (apêndice I). Foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, sendo que os mesmos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, tendo a opção de não participarem, caso não desejassem. Os professores escolheram, então, a hora e o local apropriado para serem entrevistados, e assinaram o termo de compromisso (apêndice II).

6.5 Análise dos Dados

Os dados foram tratados através da análise de conteúdo temático das falas, pois segundo Minayo (1996), o termo análise de conteúdo significa mais do que um procedimento técnico, pois faz parte de uma busca

teórica e prática no âmbito das investigações sociais. Desse modo, Triviños (1987), destaca que a análise de conteúdo tem o objetivo de desvendar princípios e diretrizes, que, no primeiro não se apresentam com a devida clareza; podendo ainda, servir de auxiliar para o instrumento de pesquisa que deseje obter uma maior profundidade e complexidade acerca do assunto ou tema pesquisado. E o mesmo destaca ainda, que a análise de conteúdo é um meio para estudar as comunicações entre os homens, colocando a maior ênfase no conteúdo das mensagens.

Nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (MINAYO, 1997).

A análise temática envolve três etapas:

- **Pré-análise**

Nessa fase são escolhidas as informações a serem analisadas, de acordo com os objetivos da pesquisa, a fim de elaborar indicadores úteis para a interpretação final. Assim, após transcrever as fitas, os textos digitados foram lidos repetidamente, buscando pontos centrais, idéias em comum, para logo serem agrupadas por similaridade, formando os blocos temáticos.

- **Exploração do material**

Este é o momento onde ocorrem os recortes dos textos, compondo-os em unidades de registros. Logo, realiza-se a classificação e a agregação das informações, optando-se pelas categorias teóricas, especificando os temas. Este estudo selecionou quatro blocos temáticos.

- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação**

Com as informações em destaque, faz-se a relação entre essas informações e os referenciais teóricos, buscando responder aos objetivos propostos. Minayo (1997) recomenda que nessa etapa seja estabelecido um movimento contínuo entre o empírico e o teórico, entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, num movimento dialético, visando ao concreto pensado.

Além disso, para análise das categorias foi utilizada a análise fatorial de correspondência múltipla, pois conforme Pereira (2001, p. 133) “é uma técnica multivariada para se examinar relações geométricas do cruzamento ou contingenciamento das categorias”.

6.5.1 Análise de Conteúdo

Depois de gravadas, as entrevistas foram transcritas integralmente, sendo o conteúdo agrupado em quatro Blocos Temáticos:

- Conceito de Interdisciplinaridade,
- Categoria que favorece o Objeto Limítrofe,
- Dificuldades para efetivar a Interdisciplinaridade e
- Práticas Pedagógicas que favorecem a Interdisciplinaridade entre os Cursos.

A partir desse Blocos, formou-se um banco de dados para a extração das categorias. Para **Conceito de Interdisciplinaridade**, foram agrupadas cinco categorias:

- Atitude (Ati),
- Integração/interação (Int),
- Planejamento de Ações (Pla),
- Expansão de Limites (Exp) e
- Integralidade (Ing).

Na **Categoria que favorece o Objeto Limítrofe**, ficou a:

- Área do Conhecimento (Are).

No Bloco das **Dificuldades para efetivar a interdisciplinaridade** foram agrupadas:

- Falta de Tempo (Fal),
- Formação Tecnista/especialista (For),
- Complexidade do Processo saúde/doença (Cps).

E por fim, nas **Práticas Pedagógicas que favorecem a interdisciplinaridade entre os cursos** agregou:

- Projetos/programas (Pai),
- Oficinas/TCCs (Ofi) e
- Atividades/integradas (Aie).

6.5.2 Análise de Correspondência Múltipla

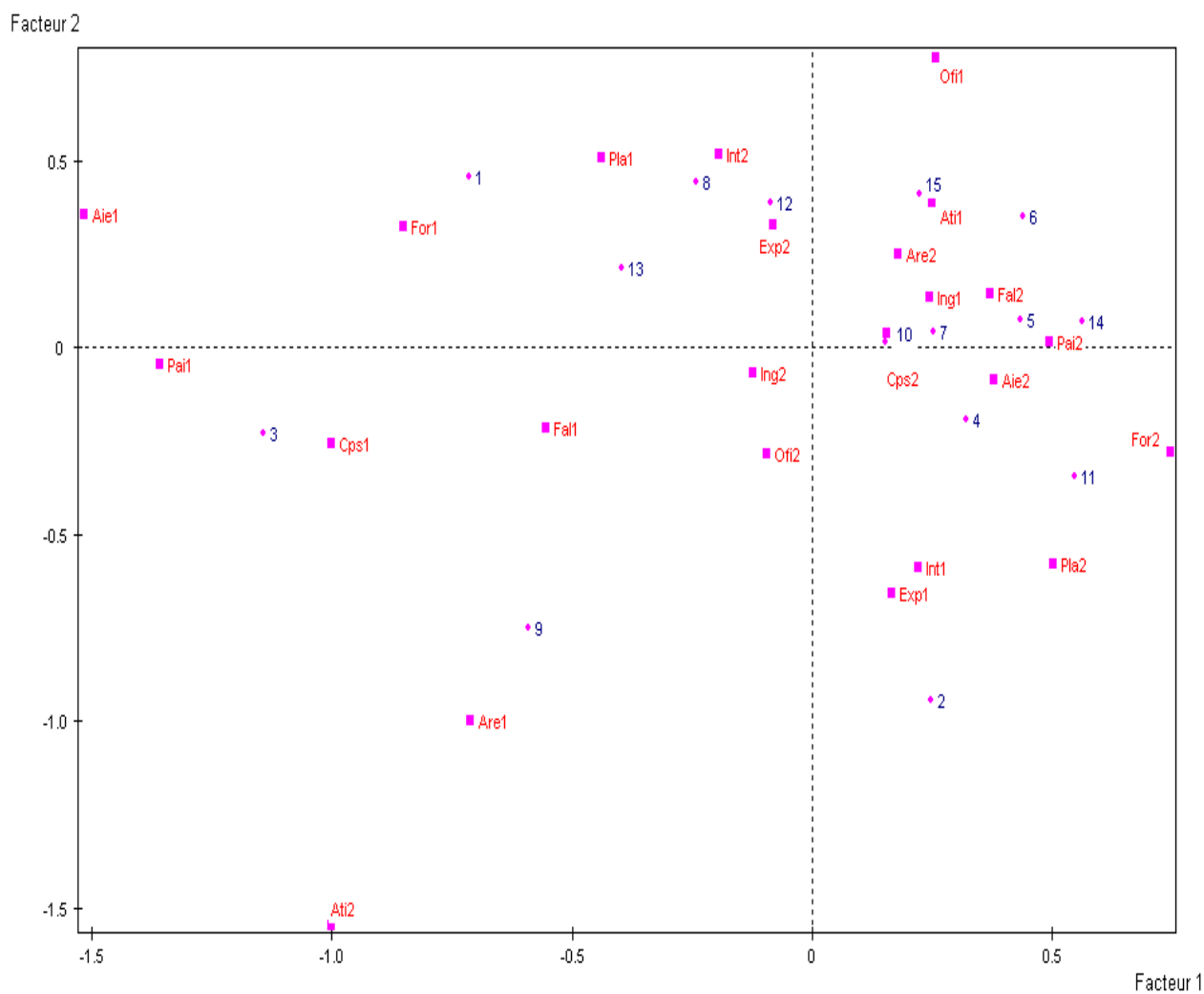
A análise de correspondência múltipla permite identificar agrupamentos de categorias e seus respectivos respondentes. Este método pode ser empregado para examinar a relação de proximidade geométrica por proporção, em dimensões que podem ser identificadas a partir dos pontos no gráfico (PEREIRA, 2001).

Convém ressaltar que o método empregado permite a utilização dos resultados em inúmeros planos fatoriais. A opção dos dois planos (fator 1 e fator 2) deve-se à observação de que esses dois primeiros planos contêm 44% ou mais de informações da base de dados, considerando todas as variáveis simultaneamente. Neste tipo de análise, esta proporção é considerada excelente. A adição de outros planos fatoriais, além de trazer pouca informação adicional, não favoreceria a visualização dos dados de forma rápida e prática.

Assim, no presente estudo, foi feita a escolha pelo método multivariado, por se tratar de uma abordagem que considera o comportamento de uma série de categorias simultaneamente.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gráfico dos Agrupamentos



Distribuição dos informantes sobre o Conceito de Interdisciplinaridade, Categoria que favorece o Objeto Limítrofe, Dificuldades para e efetivar a Interdisciplinaridade e Práticas Pedagógicas que Favorecem a Interdisciplinaridade entre os Cursos, na UNIVALI , Campus I

Analisando o gráfico é perceptível a formação de dois agrupamentos distintos, separados pelo eixo vertical.

7.1 Análise do primeiro agrupamento:

No primeiro agrupamento que se formou à esquerda do eixo vertical, há um predomínio dos professores dentre os respondentes, e pode-se observar que a principal concepção de interdisciplinaridade apontada é o **Planejamento de ações (Pla)**. Nesse agrupamento ainda foram apontadas as dificuldades para a prática da interdisciplinaridade: **Falta de tempo (Fal)**, **Complexidade do processo saúde-doença (Cps)** e a **Formação especialista/tecnicista (For)**. Ainda somente neste agrupamento é que foi apontado a o objeto limítrofe, **Área do conhecimento (Are)**. Finalmente, as propostas para a efetivação da interdisciplinaridade foram **Atividades integradas (Aie)** e **Projetos/programas (Pai)**.

7.1.1 Conceito de Interdisciplinaridade

Aqui foram agrupadas algumas falas, as quais ilustram a interdisciplinaridade como sendo algo que se dá através do:

- **Planejamento das ações (Pla)**

Outra coisa que vem de cara, quando eu penso em interdisciplinaridade, é o **planejamento de ações**. Sendo que essas ações na saúde, devem envolver vários profissionais (Informante 08).

...é quando a gente tem a disposição para fazer um projeto junto...pois é uma forma de trabalhar interdisciplinarmente. É aquela ação planejada em conjunto (Informante 13).

...é tentar **planejar**, para ver o que se pode... fazer isso é importante na questão interdisciplinar (Informante 01).

Os aspectos citados pelos informantes 08, 13 e 01 são verdadeiramente relevantes, pois planejar ajuda a definir objetivos que atendam aos reais interesses, possibilitando a seleção e organização dos conteúdos. Dessa forma, uma vez que as ações sejam mais bem planejadas, maiores serão as possibilidades reais de que a interdisciplinaridade se efetive, pois se no início, planejar vai ser algo que toma tempo, em breve, será também, fator de economia de tempo.

Autores como Fazenda (1996) destacam como sendo primordial, para que ocorra a interdisciplinaridade, um planejamento de espaço e tempo. A construção da interdisciplinaridade, complementa Morin (2001), requer iniciativas inovadoras.

7.1.2 Categoria que favorece o objeto limítrofe

- **Área do conhecimento (Are)**

Sobre a categoria que estaria favorecendo o Objeto-limítrofe ou fronteiroço pode-se ilustrar com a seguinte fala do respondente 01:

Nós precisamos **buscar nichos, momentos concretos** mesmo, e de preferência que a gente tenha possibilidades de colocá-los dentro de nossas matrizes de maneira formal...

Analiso que os **nichos, momentos concretos** caracterizam-se em objetos limítrofes, pois Objeto Limítrofe ou Fronteiroço é uma categoria que pode ser entendida como área do conhecimento, técnicas, materiais de domínio de uma área que possui compatibilidade com outros coletivos (CUTOLO, 2001).

Complementa Japiassu (1976), ao citar algumas das relações que as disciplinas podem manter com as outras, dizendo que pode existir uma área de fronteira comum, caracterizada por uma pequena zona de recobrimento. Nesse sentido, “a zona de recobrimento” a qual corresponda a “uma fronteira comum” citada por Japiassu, sugere-nos uma aproximação com o Objeto- limítrofe.

7.1.3 Dificuldades para efetivar a interdisciplinaridade

As dificuldades para a efetivação da interdisciplinaridade foram apontadas somente pelos informantes do primeiro agrupamento, onde concentram-se os professores; sendo os que vivenciam os desafios para se colocar a teoria em prática, são também os que conseguiram apontar as dificuldades concretas.

Dessa forma, uma variável apontada como dificultadora para a efetivação da interdisciplinaridade foi a:

- **Falta de tempo (Fal)**

[...] para manter a nossa carga horária, digamos assim, a gente tem que atuar em várias frentes, e isso nem sempre possibilita a gente parar, pensar; a gente está meio que “correndo atrás do prejuízo”... e assim não tem como identificar oportunidades com o outro (Respondente13)

[...] nós estamos vivenciando um “fazer” muito grande; pois a demanda, o volume de trabalho...eles estão “grandes”. Então muito tempo se gasta fazendo, ficando pouco tempo para se refletir o que nós estamos fazendo (Respondente 03).

É até esperado, que para ocorrer uma ruptura com certas concepções educacionais e apropriação de outras, há obstáculos diversos a serem enfrentados, e alguns necessitam realmente de algum tempo para serem

superados. Contudo, de imediato demanda um investimento maior de tempo, bastando começar a “identificar oportunidades com o outro”.

Outra dificuldade citada foi a:

- **Complexidade do processo saúde-doença (Cps)**

A qual pode ser visualizado na seguinte fala:

...a interdisciplinaridade é ainda mais difícil, devido à **complexidade** desse **processo saúde/doença**, que a gente vivencia hoje, sabendo que a saúde está relacionada a determinantes sociais como: o estilo de vida, alimentação, trabalho... tudo isso (Respondente 03).

O entendimento do processo saúde-doença como elemento limitador da interdisciplinaridade, parece-me equivocado. Entendo que o processo saúde-doença, poderia sim, constituir-se em um fio condutor para mediar trocas, e ser por consequência, um facilitador da interdisciplinaridade.

Pois Morin (1999) trabalha com a questão da complexidade relacionada com a interdisciplinaridade. Assim, este autor destaca, que o processo saúde-doença é tão complexo que não é possível se ter sobre o mesmo uma visão singular; sendo que a própria ótica dessa complexidade é a justificativa para se trabalhar interdisciplinarmente.

Também ganhou destaque por alguns entrevistados, como sendo um elemento que dificulta a ocorrência da interdisciplinaridade:

- **A formação especialista (For)**

...colocar o **melhor especialista** da área em determinada disciplina é muito perigoso... pois você pega um super especialista pra dar aula num curso que prevê formação generalista! É contraditório (Respondente 08).

... as próprias instituições exigem que você seja **especialista**, com mestrado e doutorado na área. E isso dificulta para que existam ações interdisciplinares, pois limita a participação de outros profissionais como uma formação e percepção mais generalista (Respondente 13).

Esta preocupação, demonstrada pelos informantes citados tem respaldo de Japiassu (1976) o qual afirma que o exagero das especializações tem contribuído muito para a situação patológica em que se encontra uma inteligência fragmentada, produzindo um saber em “migalhas”. E ainda, complementa o autor, ao justificar a validade do esforço interdisciplinar, dizendo que o mesmo proporciona um melhor preparo dos envolvidos com a formação profissional, o que exige contribuição de diversas disciplinas, levando, conseqüentemente à formação polivalente.

Dessa forma, reafirmo que nos dias atuais, Japiassu teria se referido ao especialista como aquele que “sabe cada vez mais sobre cada vez menos”, pois este aparece, muitas vezes, como um ser humano limitado, incapaz de se situar no mundo em que vive hoje. Dessa forma, a interdisciplinaridade não é apenas uma exigência profissional, ela é também essencial para o posicionamento consciente do indivíduo como cidadão.

Outra questão que chama a atenção é que as dificuldades para a efetivação da interdisciplinaridade concentram-se no primeiro agrupamento, onde há predominância de informantes professores. Isso levanta a possibilidade de os mesmos estarem visualizando mais as dificuldades, por estarem no cotidiano, buscando a interdisciplinaridade, ao passo que os coordenadores acabam tendo menos possibilidades de vivenciar esse processo.

7.1.4 Práticas pedagógicas que favorecem a interdisciplinaridade entre os cursos

Nesse Bloco Temático foram agrupadas as falas que sinalizavam uma postura favorável à ocorrência de ações e situações que fossem ao encontro do favorecimento da interdisciplinaridade. Aqui, buscou-se obter dos entrevistados descrições de metodologias pedagógicas que pudessem estar contribuindo para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar entre os cursos do CCS. No primeiro agrupamento as práticas apontadas foram através de **atividades integradas e os projetos/programas**.

- **Atividades integradas (Aie)**

Na fala dos entrevistados foi possível captar algumas expressões que apontam para possibilidades de situações que contemplem a interdisciplinaridade. A percepção de oportunidades de inclusão:

E quando a gente junta essa disposição de fazer **atividades** junto, eu imagino que seja uma forma de trabalhar interdisciplinar. Pois aí cada um contribui com seu conhecimento e aprende com o grupo, e o grupo inteiro pode crescer com isso (Respondente 03).

...] acho que existem já algumas iniciativas neste aspecto, temos o **atividades integradas**, onde os alunos estão colaborando, estão trabalhando com uma coisa na mente. Na questão do ensino nós temos já alguns movimentos, por conta dos trabalhos de conclusão de curso (Respondente 01).

Contudo isso se constitui em um grande desafio educacional, e sua superação ainda vai demandar um pouco mais de tempo e de envolvimento de diversos segmentos, não só dos cursos do CCS, como também de outros Centros.

- **Projetos/programas (Pai)**

Nessa fala, percebe-se que o professor visualiza o Projeto Pedagógico como sendo um momento adequado para a inserção da interdisciplinaridade:

[...] esse **Projeto Pedagógico** seria um momento oportuno para garantir algumas questões interdisciplinares (Respondente 01).

[...] temos hoje, por exemplo, que eu percebo, **programas** de extensão, que tem um tom mais interdisciplinar. Temos **projetos** já em desenvolvimento que a gente consegue caracterizar a interdisciplinaridade (Respondente 01).

[...] no nosso **Projeto Político Pedagógico**, no qual a gente tem procurado trabalhar de forma interdisciplinar...elencando pontos de inserção entre as disciplinas dos períodos (Respondente 01).

A idéia de projeto ou planejamento pedagógico é de grande relevância para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, assim como outras ações pedagógicas empreendidas na escola. O diferencial dos projetos interdisciplinares é o envolvimento de docentes de diferentes disciplinas que vislumbrem a possibilidade de um trabalho em conjunto.

Pela integração de ações de ensino, socialmente comprometidas e eticamente fundadas, é possível a construção e reconstrução dos caminhos que se pretende seguir na formação acadêmica e profissional. Pode-se afirmar, neste contexto, que a interdisciplinaridade, como prática pedagógica é uma forma de contextualizar o conhecimento. Contudo, na maioria das vezes, os temas do cotidiano têm caráter interdisciplinar, ou seja, não se esgotam em uma única disciplina.

7.2. Análise do segundo agrupamento

O segundo agrupamento está situado à direita do eixo vertical. Este agrupamento é composto, predominantemente, pelos coordenadores dos cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Neste agrupamento destacam-se as variáveis **Atitude (Ati)**, **Integração/interação (Int)**, **Integralidade** e **Expansão de Limites (Exp)**, pertinentes ao Bloco do Conceito de Interdisciplinaridade. Aqui, possivelmente devido a uma leitura direcionada, o tema Interdisciplinaridade, foi contemplado com diversas definições. Por outro lado, neste agrupamento, percebe-se que os coordenadores não apontaram: Dificuldades para efetivação da interdisciplinaridade e nem Objeto limítrofe: sendo que Prática pedagógica que favorece a interdisciplinaridade foi somente a variável **Oficinas/TCCs (Ofi)**.

7.2.1 Conceito de Interdisciplinaridade

O conceito de interdisciplinaridade é destacado, primeiramente, dentro da variável:

- **Atitude (Ati)**

...a questão da interdisciplinaridade, ela pressupõe também um grande **despojamento** da pessoas...e em primeiro lugar (as pessoas) têm que estar sem vaidades (Respondente 01).

“Para mim interdisciplinaridade é o exercício da **humildade**, da atenção ao próximo...interdisciplinaridade é estar realmente “aberto” para estar conhecendo o outro (Respondente 06).

Nesse conjunto de idéias, ao se analisar a **atitude**, percebe-se que é algo que está bastante em pauta na relação da interdisciplinaridade, além de

apresentar aproximações conceituais com as definições citadas pela literatura. Sendo assim, é muito favorável que os informantes tenham esse entendimento sobre o assunto, pois, partindo de atitudes de **despojamento** e **humildade**, certamente tem-se um início excelente para que a interdisciplinaridade encontre um solo fecundo. É importante ressaltar que o simples conhecimento interdisciplinar, não é garantia de uma prática interdisciplinar. E ainda, complementa muito bem Fazenda (1996), ao afirmar que dentre os pressupostos interdisciplinares, espera-se uma atitude de abertura, não preconceituosa, além de uma atitude coerente ... assim, a interdisciplinaridade requer uma mudança de atitude em relação ao problema do conhecimento.

▪ **Integração/interação (Int)**

Ainda numa busca do conceito de interdisciplinaridade, dentro da variável **Integração/interação (Int)** os respondentes fizeram algumas aproximações da interdisciplinaridade com a relação entre as disciplinas, os conceitos e os acontecimentos. As falas se apresentaram dessa maneira:

...uma ligação, uma troca, uma inserção entre várias disciplinas, entre vários assuntos...**interação**
(Respondente 02).

E acho que a interdisciplinaridade pressupõe que as pessoas vão e **interagem**. Ou seja, têm aquela ação, aquela atividade em conjunto, eu entendo que interdisciplinaridade seria isso... (Respondente 13).

...então trabalhar de forma interdisciplinar é trabalhar uma **interligação** entre os conceitos (Respondente 07).

Na fala do informante 02 é verificado o entendimento de que a disciplina é a portadora da definição da relação da interdisciplinaridade. Assim, parece-me que a interdisciplinaridade é dinâmica, se dando em determinados momentos, de desfazendo, e, se refazendo em outros. E quando o informante 04 aponta a necessidade de que:

...interdisciplinaridade é estar fazendo a **relação** entre os acontecimentos, entre os fatos (Respondente 04).

Isso dá um tom dinâmico para o entendimento do que seja a interdisciplinaridade. No que diz respeito ao aspecto inter-relações entre áreas do conhecimento, a mesma é de fato, uma necessidade; a qual desperta-nos reflexões acerca dos limites das relações, reflexões e domínio do conhecimento.

Assim essas concepções remetem ao entendimento de que os entrevistados acreditam numa concretização da integração. E se aqui não ficou registrado exatamente o que seja a interdisciplinaridade, pelo menos tem-se uma forte característica da mesma, que é a incorporação dos resultados de diversas disciplinas.

Por outro lado, percebo que não há garantia, ao se ter vários Coletivos de Pensamento dentro do mesmo agrupamento de interdisciplinaridade, de que, as relações intercoletivas podem ser sinérgicas, mas podem se dar ao nível da integração.

Entendo, porém, que a interdisciplinaridade, pode ainda oportunizar o modo de trabalhar o conhecimento, buscando também uma reintegração de aspectos que ficam isolados uns dos outros devido ao tratamento disciplinar ao qual são, freqüentemente, submetidos.

▪ **Expansão de limites (Exp)**

Muitas são as facetas que envolvem a interdisciplinaridade. E os entrevistados a seguir demonstram que têm algum conhecimento a respeito das mesmas:

... seria essa fusão que me faz com que eu pegue o conhecimento do outro, aumente mais o meu; sem perder a minha identidade e sem que o outro perca a dele. Eu acho que isso é interdisciplinaridade
(Respondente 04).

...interdisciplinaridade é você trabalhar com outros profissionais tentando complementar os seus conhecimentos (Respondente 03).

Na minha concepção a interdisciplinaridade é isso! Abraça tudo. Pois nós temos que estar abertos a responder, e até para incitar a busca do aluno por temas paralelos, que permeiam a nossa aula
(Respondente 11).

Interdisciplinaridade é eu me servir do conhecimento do outro, sem perder de vista o meu conhecimento...não perdemos de vista de onde cada um veio (Respondente 04)

..porque eu estou colocando o meu pé na cada do outro, mas eu acho que interdisciplinaridade é mesmo esse exercício constante
(Respondente 06).

Entendo que ao expandir os limites se está aumentando o raio de ação. Com isso, significa também ganhar mais espaço para se viver e para se criar ao nosso redor.

Japiassu (1976) destaca, sabiamente, que o empreendimento interdisciplinar expande a formação geral dos indivíduos. Portanto, nessas falas verifica-se que os informantes buscam desenvolver a interdisciplinaridade admitindo a ótica pluralista das concepções e partindo para um diálogo entre as mesmas e a realidade, objetivando superar as possíveis limitações encontradas nesse percurso.

Sobre a variável:

- **Integralidade (Ing)**

Nesse grupo de entrevistados, pode ser percebido aproximações conceituais da interdisciplinaridade:

a saúde eu vejo a interdisciplinaridade na questão de atender o usuário, da forma mais **integral** possível: um ser social, dentro de um ambiente...e a integralidade vai ter que agir nesse contexto. Se a necessidade daquela pessoa pede [...] a gente tem uma proposta de trabalhar interdisciplinar (Respondente 08).

Como bem pode ser notado, o informante faz uma aproximação da interdisciplinaridade com a integralidade. Isso é uma aproximação desejável, contudo é importante lembrar que integralidade é um dos elementos da interdisciplinaridade, mas que a interdisciplinaridade não pode ser entendida, como freqüentemente ocorre, sendo sinônimo de interdisciplinaridade.

A integralidade, além de ser um princípio do SUS, é apontada por Pinheiro e Mattos (2001) como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, buscando sempre ampliar as responsabilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Por fim, Fazenda (2001) considera de vital importância, lembrar da impossibilidade da construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade; contudo, é necessária a busca do percurso teórico pessoal de cada pesquisador que se pretende aventurar a tratar questões desse tema.

7.2.2 Práticas pedagógicas que favorecem a interdisciplinaridade entre os cursos

- **Oficinas/TCCs (Ofi)**

As oficinas e os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) são apontados como momentos para “inserção de novos parceiros” a fim de tornar a busca da interdisciplinaridade mais fácil.

... os **TCCs** são formas de chamar profissionais que estão na prática...tendo outras profissões junto à medicina, à fisioterapia...(Respondente 01)

... e a inserção de novos parceiros fica mais fácil...
tem que ter **oficinas** e discussões sobre o assunto (interdisciplinaridade) (Respondente 06)

... eu acho que as vivências, **as oficinas**...
são oportunidades de experimentar (a interdisciplinaridade) (Respondente 14).

... O **trabalho de conclusão de curso** é uma oportunidade de iniciação (a interdisciplinaridade) (Respondente 01)

Desse modo, observa-se que quando as falas dos entrevistados remetem às oficinas, pode-se inferir que existe uma preocupação dos mesmos em buscar práticas curriculares, o que é desejável. Da mesma forma que os TCCs, pois “buscar novos parceiros” é uma forma de compartilhar

conhecimentos e vivências. Sendo verificados esforços, os quais merecem ser valorizados, através da sinalização de transformações alcançadas e os mesmos podem estar orientando o alcance de novos níveis de visão interdisciplinar.

Percebe-se que essa forma de agir é permeada por um Estilo de Pensamento com sua específica tradição e educação...cada jeito (modo) de saber está aqui, selecionando diferentes questões e as conectando com diferentes regras e com diferentes propósitos (FLECK, 1929 apud CUTOLO, 2001).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo resultou do desmembramento de uma pesquisa-mãe intitulada “Práticas interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde na UNIVALI-Campus I” desenvolvida pelo CCS da UNIVALI Campus I.

No campo da ciência, isto é, da produção do conhecimento científico, esta pesquisa, por utilizar da interdisciplinaridade, pode servir de orientação para duas ordens de dificuldades a saber: a primeira relacionada ao conhecimento já produzido, e a segunda, que diz respeito à produção de novos conhecimentos. A ultrapassagem dessa circunstância é possível, modificada e orientada pela lógica interdisciplinar, a qual indica o movimento circular na busca da unidade na diversidade.

Sendo que as categorias aqui trabalhadas, **objeto-fronteiriço** e **interdisciplinaridade** podem estar contribuindo para a superação da dissociação do conhecimento produzido e para orientar a produção de uma nova ordem de conhecimento. **O objeto-fronteiriço** é um instrumento de análise da interdisciplinaridade, sendo portanto, mais que uma categoria. O mesmo então, surge como a solução para se ter o olhar plural que os objetos da saúde e da educação tanto requerem.

Com o objetivo de promover avanços no conhecimento, a interdisciplinaridade tem como cenário novos horizontes e novas analogias, nova linguagem e novas estruturas conceituais.

Em conseqüência, o modo simplificado de produzir conhecimento passa a ser questionada e demanda-se uma epistemologia capaz de estabelecer um novo processo de conhecimento, que é propiciado apenas mediante o permanente confronto entre diferentes (FEYRABEND, 1989).

Acredita-se que a presente pesquisa possa contribuir para o debate sobre a formação em nível de graduação, sobretudo na vigilância de espaços potenciais para o desenvolvimento de projetos pedagógicos integradores. Projetos potenciais que eduquem os atores profissionais da área da saúde dentro de uma perspectiva dialógica de construção de conhecimento e práticas plurais que atendam à nova demanda da complexidade de entendimento saúde/doença.

A pretensão é que com a conclusão do estudo, o mesmo possa ser apresentado em Eventos científicos pertinentes ao tema em questão e a publicação dos dados obtidos em revistas científicas. Além do que, não se descarta a possibilidade do desenvolvimento de novos trabalhos (monografias, dissertações e outros) utilizando-se deste, ou como forma de continuidade do mesmo.

9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.P.C. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde em Ribeirão Preto**. Tese Livre Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1991.

ALMEIDA, A. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. In: **estudos avançados: dossiê da saúde pública da USP**. São Paulo, v.13, n.35, 1999.

ALMEIDA, M.J. (Org.) **Diretrizes curriculares nacionais para cursos universitários na área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ARAÚJO, R.C.L.C. **Doença: construção e realidade na formação dos médicos**: o objeto fronteira como instrumento de interação entre os diferentes tipos de pensamento. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação, CED/UFSC, Florianópolis, 2002.

BAHIA, L. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. In: **Cadernos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 1997.

BARATA, R.C.B. **A historicidade do processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1985.

BARROS, E. Políticas de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.1, n.1, 1996.

BELINATI, W. **Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário**: Londrina, 1994. Tese de doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

BOMBASSARO, L.C. **As fronteiras da epistemologia**: como se produz o conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRASIL, Presidência da República – Sub-chefia de Assuntos Jurídicos. **Lei 4.024/61 - Fixa diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, 1961.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Gabinete do Ministro, 1986.

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

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Presidência da República – Sub-chefia de Assuntos Jurídicos. **Lei 9.131/95 – Altera dispositivos da Lei 4.024/61**. Brasília, 1995.

_____. Presidência da República – Sub-chefia de Assuntos Jurídicos. **Lei 9.394 Institui a Lei de diretrizes e bases da educação**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação para a Política de Educação na Saúde**. Mimeo. Brasília, 2003.

_____. **Caminhos para as mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/Caminhos_para_a_mudanca_2.pdf>acesso em 05 fev. 2005.

BUSS, P.M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva à Organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta das cebs**. São Paulo: Lemos, 1997.

CAGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAMPOS, G. W. S. **Análise das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde do SUS**. Mimeo, São Paulo: Unicamp, 1996.

CARCANHOLO, R. **Sobre o conceito da mais-valia extra em Marx**. Anais do V Encontro da Sociedade de Economia, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2000.

CARVALHO, G.I. ; SANTOS, L. **Sistema único de saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CONSELHO FEDERAL de MEDICINA, **Planos e seguros-saúde**: Esclareça aqui suas dúvidas. Medicina Conselho Federal, Brasília, n.107, jul. 1999.

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde**. Mimeo. Rio de Janeiro, 2001.

CORDONI Jr, L. **Medicina Comunitária**: emergência e desenvolvimento da sociedade brasileira. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

_____.(Org.). **Os encontros populares da saúde**: um caminho para a contra hegemonia. Curitiba: NESCO, 1989.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUTOLO, L. R. A. **Estilos de Pensamento em Educação Médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação, CED/UFSC, Florianópolis, 2001.

_____. **Anais do VIII fórum de escolas de enfermagem**. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí-SC, 2004.

Da Ros, **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da

epistemologia de Ludwik Fleck. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação, CED/UFSC, Florianópolis, 2000.

ELIAS, P.E.M, **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS:** as dimensões técnica e político-institucional. Tese de Doutorado: Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1996.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FACCHINI, L.A. Porque a doença? A influência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** : vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

FADUL, W. Minha política nacional de saúde. In: **Saúde em debate**, v. 7, abr/jun, 1978.

FAZENDA, I. C. **Interdisciplinaridade:** um projeto em parceria. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 1995.

_____. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro:** efetividade ou ideologia? 4. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Interdisciplinaridade:** História, Teoria e Pesquisa. 8. ed. Campinas: Papirus, 2001.

FEYERABEND, R. **Contra o Método.** 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

FONSECA, C.M.O. **História e saúde pública:** a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

FONTES, O.L. Educação em ciências da saúde e novas configurações epistêmicas. In: **Saúde em revista – educação em saúde**. Piracicaba, v.3, n. 5/6, 2001.

FORGRAD. **Diretrizes curriculares para os cursos de graduação**: reunião da diretoria executiva, 2000. Disponível em:< <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/DocDiretoria.doc>>. Acesso em: 05 fev.2005.

FOUCAULT, L. **O Nascimento da Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GONZALES, M.E.Q. (Org.). **Encontro com as ciências cognitivas**, Marília: UNESP, 1997.

GOULART, F.A.A. **Municipalização**: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E.L. (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

IVAMA, A.M. **La educación y la practica farmaceutica en Brasil y Espana en el contexto de la organización**. Tese de Doutorado. Universidade de Alcalá, Alcalá de Henares, Espana, 1999.

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

_____ Atitude Interdisciplinar no Sistema de Ensino. In: **Tempo Brasileiro: Interdisciplinaridade**. Rio de Janeiro, v.108, jan/mar,1992.

LOPES, A.C. e MACEDO, E. **Disciplinas e integração curricular**: história e políticas. Rio de Janeiro: DP & A, 2002.

LUCCHESI, P.T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. In: **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, n.14, dez. 1996.

LUDKE, M. e ANDRE, M.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **Natural, Racional, Social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campos, 1988.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Projeto GERU. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

MACPHERSON, C.B. **A teoria política do individualismo possessivo de Hobbes até Locke**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

MAGALDI, C. Políticas de saúde no Brasil. In: **Apostila de textos de apoio de políticas de saúde**. Londrina, 1995.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema_único de saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1996.

_____.(Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.

OLIVEIRA, A.B. **A evolução da medicina até o início do século XX**. São Paulo: Pioneira, 1981.

OLIVEIRA, J.A. A. e TEIXEIRA, S.M.F. In: **Previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

PAIM, J.S, A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PEREIRA FILHO, L.T. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados – Dossiê de Saúde Pública da USP**, São Paulo, v13, n35, 1999.

PERINI, E. et al. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.5, n. 8, 2000.

PFUETZENREITER, M. R. A epistemologia de Ludwik Fleck como referencial para a pesquisa no ensino na área da saúde. In: **Ciência e Educação**. v.8, n.2, 2002.

PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PORTO, M.A.T. A Circulação do Sangue, ou o Movimento no Conceito de Movimento. In: **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.1, n.1, 1994.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1985.

REHEM, R. **Planos de saúde no Brasil**: questões e soluções. Estudos avançados – Dossiê de saúde pública da USP, São Paulo, v.13, n.35, 1999.

ROCHA, L. E. (Org.). **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

RODRIGUES NETO, E. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. In : **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 49/50, mar.1996.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

SALVADOR, V. **História do Brasil (1500-1627)**. Belo Horizonte: Edusp, 1982.

SANTANA, J.P. (Org.). Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: **Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde** – CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999.

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: ATMED, 1998.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências. Porto: Afrontamento, 1998.

SCHÄFER, L e SCHELLE, T. Los fundamentos de la vision sociológica de Ludwik Fleck de la teoria de la ciência. In: FLECK, L. **La genesis y el desarrollo de um hecho científico**. Madrid: Alianza, 1986.

SCHMIDT, L.A.T. **Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SILVA Jr. A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde. In: **O debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SINGER, P. Desafios com que se defrontam as grandes cidades brasileiras. In: **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública**: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, S.M.F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, C.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 2002.

VICENTINO, C. **A história geral**: Idade Média, Moderna e Contemporânea, incluindo Pré-história, Grécia e Roma. 5 ed. São Paulo: Scipione, 1994.

VILLARDI, R. (Org.). **Múltiplas leituras da nova LDB**: Lei da diretrizes e bases da educação nacional. Rio de Janeiro: Dunya, 1998.

XAVIER, M.E. (Org.). **História da Educação**: a escola no Brasil. São Paulo: FTD, 1994.

10. APÊNDICES

Apêndice I

Roteiro para a Entrevista.

- Qual a sua compreensão sobre interdisciplinaridade?
- Qual a articulação entre o seu curso e os demais cursos do CCS?
- Existem espaços, na sua opinião, que possam ser utilizados para um currículo interdisciplinar?
 - Se sim: cite quais?
 - Se não: sugira quais seriam possíveis na sua opinião.

Apêndice II

Termo de Consentimento

Nome _____

Idade _____ Sexo _____ de _____

naturalidade _____

Domiciliado

em _____

De _____ profissão _____ e

RG _____ foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada “Concepção dos Professores de Centro de Educação de Ciências da Saúde (CCS) Sobre as Práticas Interdisciplinares UNIVALI – Campus I”

Embora o(a) Sr(a) venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que o(a) Sr(a) poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, sendo que o Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais, garantindo-se privacidade e a confidência das informações e será realizada pela mestrandia Nilcéia Mota Marques, sob supervisão de Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo.

Itajaí (SC) _____ de _____ 2004.

Assinatura (de acordo): _____

Participante do estudo.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)