

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

**OBJETOS FRONTEIRIÇOS POSSIBILITANDO O DESENVOLVIMENTO DA
INTERDISCIPLINARIDADE DURANTE A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

LUIZ ROBERTO AGEA CUTOLO (orientador)

SARAH BEATRIZ COCEIRO MEIRELLES FÉLIX (mestranda)

ITAJAÍ (SC), ABRIL DE 2005.

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

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

**OBJETOS FRONTEIRIÇOS POSSIBILITANDO O DESENVOLVIMENTO DA
INTERDISCIPLINARIDADE DURANTE A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, para obtenção do título de Mestre - Área de concentração em Saúde da Família.

Orientador: Professor Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo.

ITAJAÍ (SC), ABRIL DE 2005

À você.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Cutolo, orientador, por ser essencial no meu amadurecimento pessoal e profissional, pela sua amizade, dedicação e confiança. Espero que nossa parceria se repita no Doutorado.

À Prof. Dra. Agueda Lenita P. Wendhausen, Coordenadora do Curso de Mestrado, por acreditar em nossa primeira turma.

Agradeço aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional.

Ao meu esposo por entender meus momentos de introspecção, por me encorajar e caminhar ao meu lado.

Aos meus colegas de mestrado Simone Felippetto, Lincoln e Nilcéia por tantas alegrias divididas e a amizade que semeamos.

À Coordenação do Curso de Fisioterapia da UNIVALI.

E aos meus novos parceiros e amigos de trabalho em Londrina.

*No porto, o barco está sempre seguro.
Mas os barcos não são construídos para isso.
(John Sheid)*

FÉLIX, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles, **Objetos Fronteiriços Possibilitando o Desenvolvimento da Interdisciplinaridade durante a Graduação em Fisioterapia**. 2005. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí. SC.

RESUMO

Diariamente presenciamos profissionais de saúde com dificuldades no trabalho em equipe onde são necessárias trocas de experiências, construção de objetivos em conjunto e convivência com diferentes estilos de pensar. Isto reforça a idéia de que não somos capacitados durante a graduação a trabalhar em equipe multiprofissional, de maneira interdisciplinar como prevê o sistema de saúde vigente no país. Para construir uma mudança no ensino e na pesquisa, exige-se uma reorganização dos sistemas pedagógicos, reorientando o ensino das ciências a partir de uma visão integradora e proporcionando ao educando uma visão global da realidade. Podemos observar que é muito difícil atuar em saúde sem absorver os conhecimentos das ciências básicas, da antropologia e das ciências sociais. É complicado realizar uma práxis em fisioterapia de acordo com as demandas sociais e políticas públicas de saúde vigentes, sem a interação com outras identidades profissionais. Portanto, este estudo objetivou encontrar, através de análise temática de conteúdo, espaços denominados objetos fronteiriços, inseridos no currículo de um curso de Graduação em Fisioterapia, em que possam ser desenvolvidas atividades de ensino que permitam além da aquisição de conhecimento, o exercício da atuação em equipe interdisciplinar. Nos documentos do curso analisado, verificou-se riqueza de conteúdos que podem ser ministrados em conjunto com outros cursos da área da saúde, articulando visões sobre o mesmo tema, mas poucos são explorados. Eixos temáticos podem ser sugeridos a fim de nortear os docentes para esta proposta de ensino: políticas públicas, saúde da família, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do trabalhador, promoção e educação em saúde, dentre outros. O desenvolvimento de práticas de ensino, visando a formação de um profissional apto a atuação em equipe, inclui fóruns de discussão da realidade local, reuniões semanais, projetos de extensão, projeto de ensino, trabalhos de conclusão de curso, contendo docentes e discentes interessados e com atitude para esta prática.

Palavras-chave: Equipe interdisciplinar de saúde. Ensino superior. Educação em saúde. Fisioterapia.

FÉLIX, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles, **Boundary Objects Enabling the Development of the Interdisciplinarity during the Graduate in Physical Therapy.** 2005. 122 p. Dissertation (Master's Degree) - University of Vale do Itajaí

ABSTRACT

Every day we come across health professionals having difficulties in team work in which it is necessary to have experiences exchanging, group construction of objectives and dealing with different styles of thinking. This context reinforces the idea that we are not well qualified during the graduation course to work in a multiprofessional team, in an interdisciplinary way as the national health system outlines in this country. In order to construct a significant change in teaching and research, a reorganization of the pedagogical systems must occur, redirecting the teaching of sciences from an integrative view and providing the student a global view of the reality. We can observe that it is quite difficult to work in the health area without absorbing the knowledge about the basic sciences, the anthropology and the social sciences. It is complex to perform praxis in physiotherapy according to the social demands and public health policies in force, without the interaction with other professional identities. Thus, this study aimed at finding, through the theme analysis of contents, spaces named as boundary objects inserted in the curriculum of a graduate course in Physiotherapy, in which it is possible to develop teaching activities which makes the interdisciplinary team work practice possible in addition to the knowledge acquisition. In the documents of the analyzed course, we verified a wealthy of contents which can be taught in connection with other courses in the health area, articulating points of view about the same theme, but a few of them are really explored. Thematic axis can be suggested in order to direct the teachers to this proposal of teaching: public policies, family health, woman health, children health, the elders health, workers health, promotion and education in health area, among others. The development of teaching practices, aiming the graduation of a professional well qualified for team work, includes seminars with discussions about the local reality, weekly meetings, extension projects, teaching projects, course conclusion essays, joining together teachers and students who are interested and have attitude to this practice.

Key-Words: Patient care team. Higher education. Health education. Physical Therapy (Specialty).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	34
FIGURA 2	34
FIGURA 3	35
FIGURA 4	36
FIGURA 5	36

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO I	16
I.1 O ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE	16
I.1.1 Breve histórico do ensino superior em saúde no Brasil.....	17
I.2 A SAÚDE PEDE MUDANÇAS	18
I.2.1 A visão fragmentada da saúde	19
I.3 POSSIBILIDADES DE MUDANÇA	22
I.4 EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE	26
I.4.2 A gênese da fisioterapia	27
I.4.2.1 O perfil esperado do Fisioterapeuta	29
CAPÍTULO II.....	32
II.1 BASE EPISTEMOLÓGICA	32
II.1.1 Conceituando Interdisciplinaridade	32
II.1.2 Situando Coletivos de Pensamento e Estilos de Pensamento	37
II.1.3 Contextualizando Objeto Fronteiriço.....	39
CAPÍTULO III	42
III.1 METODOLOGIA	42
III.1.1 Procedimento Ético.....	42
III.1.2 Base Teórica	42
III.1.3 Coleta de dados	43
III.1.4 Fonte de dados.....	44
III.1.5 Análise dos Dados	46
CAPÍTULO IV.....	49
IV.1 CARTAS DE INTENÇÕES E A INTERDISCIPLINARIDADE.....	49
IV.1.1 Declaração Alma-Ata (OPAS, 1978)	49
IV.1.2 Carta de Ottawa (OPAS, 1986).....	51
IV.1.3 Declaração de Adelaide (1988).....	52

IV.1.4 Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).....	53
IV.1.5 Lei Orgânica da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990).....	54
IV.1.6 Pólo de Educação Permanente em Saúde – (BRASIL, 2004b)	54
IV.1.7 Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003).....	56
IV.2 SÍNTESE DAS CATEGORIAS ENCONTRADAS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS	59
CAPÍTULO V	61
V.1 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS TÉCNICOS	61
V.1.1 Projeto Pedagógico	61
V.1.1.1 Breve introdução.....	61
V.1.1.2 Locais de desenvolvimento de atividades práticas de ensino, pesquisa e extensão	65
V.1.1.3 A Missão do Centro e do Curso.....	66
V.1.1.4 Objetivos geral e específicos do curso.....	68
V.1.1.5 Preocupações com a mudança do perfil do profissional.....	69
V.1.1.6 Docentes	70
V.1.1.7 Pesquisa e Extensão no Curso	72
V.1.1.8 Matriz Curricular e Metodologias de Ensino	72
V.1.1.9 O Estágio	75
V.1.1.10 Intercâmbios e Convênios do Curso: espaços potenciais para o desenvolvimento da Interdisciplinaridade	76
V.1.1.11 Linhas de Pesquisa: Objetos Fronteiriços ainda inexplorados	77
V. 1.1.12 Avaliação Institucional do Curso.....	79
V. 1.1.13 Planos de ação	79
V.1.2 Planos de Ensino	81
V.1.2.1 Comentários Gerais	81
V.1.2.2. Espaços potenciais para práticas interdisciplinares	83
V.1.2.3 Disciplinas a serem preparadas para desenvolver a interdisciplinaridade. 95	
V.1.2.4 Síntese das Áreas do Conhecimento que podem funcionar como Objetos Fronteiriços	95
V.1.2.5 Situações Problema: possíveis objetos fronteiriços.....	96
V.1.2.6 Expressões que indicam Interdisciplinaridade.....	98
V.1.2.7 Bibliografia	98
V.1.2.8 Estratégias De Ensino	99
V.1.3 Projetos de Extensão	99
V.1.3.1 Comentários Gerais	99
V.1.3.2 Programa de Humanização do Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA).....	100
V.1.3.3 Programa de Atenção Integrada à Saúde Materno-Infantil no Bairro Imaruí	102
V.1.3.4 Curso Superior de Extensão Universidade da Vida – UNIVIDA.....	104

V.1.3.5 Atenção Integrada à Saúde do Idoso no Município de Itajaí (SC) e Região	105
V.1.3.6 Projeto Porto Saúde II.....	107
V.2 SÍNTESE DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS TÉCNICOS.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	117

APRESENTAÇÃO

A necessidade e as dificuldades de atuar em equipe de maneira a trocar experiências, construir objetivos em conjunto e articular diferentes **Estilos de Pensamento**¹, vivida por mim logo após a graduação como fisioterapeuta, reforçou minha idéia de que não somos iniciados durante a graduação ao trabalho interdisciplinar.

Como formanda da primeira turma do Curso de Fisioterapia da UNIVALI – Campus 1 em 2000, vivenciei vários percalços por ser um curso novo e posso afirmar que durante os quatro anos de estudo o trabalho em equipe não foi muito enfatizado. Em 2002 fui convidada a ingressar no corpo docente do mesmo curso como professora assistente da disciplina de Prática Sob a Forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Neurológica.

Hoje estou longe do local onde fui formada e iniciei a carreira docente. Por contingências da vida, resido atualmente em Londrina (PR) e atuo como docente em dois locais: Universidade Estadual de Londrina (UEL), Curso de Fisioterapia - Setor de Neurologia e no Instituto Filadélfia de Londrina (UNIFIL), também no Curso de Fisioterapia. Devido ao grande interesse por novos **Coletivos de Pensamento**² e por interação de conhecimentos, participo das reuniões do Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) – 17ª Regional do Paraná, representando o Curso de Fisioterapia da UEL.

Meu primeiro curso de Pós-Graduação foi na forma *Lato Sensu* na área de Fisioterapia em Neurologia. Mas, exercendo a docência, um grande interesse pela temática educação aflorou. A chance de desenvolver este trabalho surgiu com o Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho que, com as temáticas desenvolvidas, transformou um problema da vida prática em pesquisa concreta. Engajada na Linha de Pesquisa Formação de Recursos Humanos para o SUS do Grupo de Pesquisa Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que tem como uma de suas questões de pesquisa a formação de recursos humanos em saúde, aqui desenvolvo meu estudo.

A construção do projeto de pesquisa que gerou esta dissertação foi fruto de discussões de um grupo composto inicialmente por cinco mestrandos, do qual faço

¹ Esta categoria epistemológica será explicada no Capítulo II.

parte, e nosso orientador. Tínhamos inicialmente vários problemas de pesquisa relacionados cada qual com seu exercício profissional. Com as temáticas das aulas e conseqüente amadurecimento do grupo, outras questões surgiam a cada encontro e cada vez mais era percebido que as especificidades profissionais e as diferenças no modo de pensar já não eram tão fortes. O horário reservado para as orientações costumava acontecer com o grupo todo, que aproveitando a diversidade profissional, terminou por criar um tema comum, que despertava interesse e vislumbrava grandes possibilidades a todos.

Posteriormente nosso “projeto mãe” foi inserido como sub-projeto de um Projeto Integrado vinculado ao Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) – Campus 1. O projeto integrado é apoiado pela Fundação de Ciência e Tecnologia (FUNCITEC) e intitulado “Competências dos Recursos Humanos em Saúde para a Consolidação do SUS/Programa/Estratégia de Saúde da Família”. É composto por professores doutores do Mestrado supra citado, mestres, mestrandos, graduandos e profissionais.

O grupo ao qual faço parte pesquisa “Práticas Curriculares Interdisciplinares dos Cursos de Graduação em Saúde” que é um trabalho vinculado ao Projeto Integrado do FUNCITEC, e se desmembra nas dissertações do grupo. Somos em quatro pesquisadores e contemplamos os cursos de medicina, enfermagem, odontologia e fisioterapia. Três pesquisadores estão realizando análises dos documentos pedagógicos destes cursos investigando a temática interdisciplinaridade. Uma das pesquisadoras dará enfoque à análise de conteúdo temático da fala dos docentes dos cursos através de entrevistas, procurando verificar como é trabalhada esta forma de atuação na graduação. O curso de fonoaudiologia, através de uma docente interessada em nossos estudos, passou a participar de nossas discussões, e posteriormente uma discente elaborou um Trabalho de Conclusão de Curso, defendido no segundo semestre de 2004, derivado do mesmo projeto do qual fazemos parte.

A dissertação que aqui apresento enfoca o Curso de Fisioterapia. Em uma primeira abordagem da literatura, foi marcante o contraste entre a abundância da produção teórica sobre interdisciplinaridade e formação dos recursos humanos em saúde e a escassez da mesma relacionada ao profissional fisioterapeuta. Dificuldade maior foi

² Esta categoria epistemológica será explicada no Capítulo II.

encontrar publicações de qualidade sobre relatos de experiências interdisciplinares na graduação em fisioterapia.

O pressuposto desta pesquisa é que o profissional fisioterapeuta não está sendo preparado, durante a graduação, para trabalhar em equipe realizando ações em conjunto como prevê o SUS. Portanto, será que existem espaços potenciais dentro da matriz curricular para desenvolver práticas interdisciplinares que permitam o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade? Será que o Curso de Fisioterapia da UNIVALI está preparando os futuros profissionais para atuarem desta forma? Como o currículo do Curso de Fisioterapia da UNIVALI aborda a interdisciplinaridade?

O desenvolvimento desta dissertação está organizado da seguinte forma:

APRESENTAÇÃO - situo minha trajetória profissional, o interesse pelo mestrado.

CAPÍTULO I - revisão da literatura na área do ensino superior em saúde, a necessidade e possibilidade de mudanças na saúde, a equipe interdisciplinar em saúde e a fisioterapia como profissão.

CAPÍTULO II – apresentação do referencial teórico.

CAPÍTULO III - apresentação do procedimento de pesquisa.

CAPÍTULO IV – cartas de intenções e a interdisciplinaridade, análise dos documentos oficiais.

CAPÍTULO V - identificação dos objetos fronteira nos documentos técnicos do curso de fisioterapia da UNIVALI (Campus I) através da análise de conteúdo temático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – onde projeto as possibilidades de mudanças no ensino superior em saúde, considerações a cerca das análises e a necessidade de continuidade dos estudos na área.

Para que o entendimento da montagem deste trabalho ficasse mais claro para o leitor, por questão didática, dispus os conteúdos na forma de sub-títulos.

CAPÍTULO I

I.1 O ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

Podemos observar que é muito difícil atuar em saúde sem absorver os conhecimentos das ciências básicas, das ciências sociais. É complicado realizar uma práxis em fisioterapia de acordo com as demandas sociais e as políticas públicas de saúde sem a interação com nutrição, enfermagem, odontologia, medicina, enfim, outras identidades profissionais (MEIRELLES et al, 2003).

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), em documentos recentes (setembro de 2003, fevereiro de 2004, agosto de 2004), redimensionam a importância da reestruturação na formação e educação dos profissionais de saúde, na capacitação de profissionais de outras áreas e da população, isto é, em apoio às políticas públicas de saúde, no sentido de firmar parceria com o Ministério da Educação no que permeia a necessidade de mudanças curriculares, que dentre outras coisas, tem como premissa a interdisciplinaridade e o desenvolvimento na formação de competências no âmbito da saúde (BRASIL, 2003abcd, 2004ab).

O Sistema Único de Saúde (SUS) sugere o processo descentralizador, ao mesmo tempo em que se amplia o conceito de saúde para além da ausência de doença, mas como o resultado das condições de vida, trabalho, moradia, acesso, transporte e estilo de vida, o que pressupõe um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2003a).

Conhecendo a situação tal qual se apresenta, acredito que a formação de profissionais preparados para trabalhar e compreender as políticas-sociais vigentes é uma urgência da nossa sociedade. O processo transformador inicia-se dentro das universidades e a interdisciplinaridade, tão necessária para atuação no setor saúde, deve ser aí introduzida.

A importância da interdisciplinaridade tem sido identificada nos documentos dos Ministérios da Educação e da Saúde. Logo após a publicação do Edital MEC/SeSu 04/97, as entidades responsáveis aceleraram seus estudos sobre as diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde. Dentre outros perfis esperados dos graduandos, as diretrizes definem habilidades em trabalhar como membro de uma equipe e atuar

multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde fundamentada na convicção científica, de cidadania e de ética (ALMEIDA, 2003).

A formação dos profissionais que hoje atuam em unidades ou centros de saúde foi feita, predominantemente, através de treinamento sob a forma de estágios em serviços complexos como clínicas e hospitais universitários, não em ambientes ligados a situações do dia a dia da comunidade. A formação acadêmica tem se baseado em currículos engessados, não flexíveis, inspirados no currículo mínimo, sem um adequado equilíbrio entre a teoria e prática (ALMEIDA, 2003; FONTES, 2001).

I.1.1 Breve histórico do ensino superior em saúde no Brasil

Os currículos das profissões da área da saúde foram construídos tendo como base o Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos da América (EUA). O documento, elaborado por Abraham Flexner a pedido da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, tinha por objetivo fixar diretrizes para o ensino médico naquele país e no Canadá seguindo o modelo cartesiano-newtoniano aceito pela ciência moderna, influenciando também outras nações. Apresentava um currículo mínimo de quatro anos de estudos com rígida formação em ciências básicas (primeiro ciclo) e profissionalizantes (segundo ciclo). Neste último, os estudos deveriam ser realizados dentro de hospitais, com corpo docente formado por especialistas (FONTES, 2001; MEIRELLES et al, 2003). As escolas germânicas e francesas também influenciavam muitas nações a seguirem seus modelos de educação médica.

Na época do relatório, existiam apenas 40 escolas médicas na América Latina que seguiam os modelos europeus (Opas, 1994 apud CUTOLO, 2001). Com base neste documento a pesquisa foi definitivamente implantada nas escolas médicas. Seus laboratórios melhorados e os cursos de ciência reforçados no período pré-clínico, em resumo, permitiu a construção do conhecimento através da transição do empírico para o científico, da observação para a experimentação (AMORIM, 1997).

O término da Segunda Guerra Mundial fortaleceu as mudanças na dependência econômica e cultural da América Latina com os EUA e a influência alemã e francesa na educação médica cedeu espaço para o modelo flexneriano norte-americano (CUTOLO, 2001).

No Brasil este modelo chegou por volta da década de 50, mais precisamente em 1954, na USP de Ribeirão Preto (SP), através de incentivos da Fundação Rockefeller. Nessa mesma época, nos Estados Unidos os médicos formados em escolas flexnerianas já apresentavam um perfil ultrapassado e a semente da “medicina integral” estava sendo lançada (ALMEIDA, 1999; CUTOLO, 2001). Mas o modelo tornou-se dominante somente a partir de 1964, com o golpe militar e a ditadura, que impunham regras para a construção dos currículos das escolas médicas.

Embora a adoção desse modelo pelas ciências da saúde no Brasil tenha proporcionado um enorme avanço científico e tecnológico, a visão fragmentada da ciência, cada vez mais enfocada na especialização, tem se mostrado incapaz de resolver algumas questões básicas que envolvem o processo saúde/doença (MEIRELLES et al, 2003).

I.2 A SAÚDE PEDE MUDANÇAS

A partir da década de 70 começa a ficar clara a inadequação desse modelo de atenção e de educação tão fragmentado, biologicista e hospitalocêntrico, conhecido como flexneriano. O movimento pela Reforma Sanitária no Brasil surgiu nessa época. Vários motivos levaram os profissionais de saúde e a população a se engajarem nessa luta.

A história mostra que os últimos 40 anos foram marcados por profundas transformações na estrutura política e econômica da América Latina. A implantação de regimes burocrático-autoritários, a crise econômica do capitalismo que nos atingiu no início dos anos 80 e os processos de transição à democracia em um novo contexto mundial, com predomínio da ideologia liberal e dos efeitos do endividamento externo são os destaques desta época (ALMEIDA, 1999).

O governo militar imposto pelo golpe de 1964 criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde. Nessa época, a política se volta para a expansão de serviços médicos privados, especialmente hospitais, nos quais as ações educativas e preventivas não tinham muito espaço. O incentivo ao consumo de medicamentos e a indústria farmacêutica expandiram no

período. A economia aumentou e os gastos com as políticas sociais diminuíram. Muitos profissionais insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde engajam-se em um movimento de resistência à repressão política da época. Em decorrência do descaso do Estado com os problemas populares, vão sendo criadas iniciativas de busca de soluções técnicas, baseadas na mescla do saber popular e do saber acadêmico. Na década de 70 alguns profissionais de saúde começaram com os serviços comunitários desvinculados do Estado e junto com os grupos populares, a delinear uma organização de ações de saúde de acordo com a dinâmica social local. Com a abertura política, movimentos populares passam a reivindicar serviços públicos locais e exigir participação no controle de serviços antes estruturados (VASCONCELOS, 1999).

A atenção à população estava fortemente voltada para o olhar biológico da saúde/doença e percebeu-se claramente a necessidade de mudanças, bem como a urgência na revisão das políticas de saúde, que não amparavam adequadamente o indivíduo carente (VILELA, MENDES, 2003). Essas mudanças aconteceram gradativamente como consequência das discussões sobre a Reforma Sanitária. Começaram a surgir inúmeras iniciativas como a Lei nº 6.229 de Constituição do Sistema Nacional de Saúde, 1975; a Rede Médico-Sanitário e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1977; a Previsaúde, em 1980; o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social (Plano Conasp), em 1982; as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987 e finalmente a Constituição de 1988, seguindo com a publicação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que dispõem sobre o SUS. Criou-se assim a política pública de saúde vigente, nem sempre respeitada, mas muito bem intencionada.

I.2.1 A visão fragmentada da saúde

A criação do SUS, reconhecendo o direito universal à saúde e tendo como prioridade a atenção primária, passa a exigir a implementação de um modelo integral capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção. Segundo Wendhausen e Saupe (2003), várias têm sido as iniciativas para que os princípios do SUS – integralidade, universalidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização, participação social – ganhem força.

Dentre estes princípios falemos da integralidade, que por ser um termo polissêmico, pode adquirir várias interpretações. Esta prevê atenção integral ao indivíduo, como sendo um todo indivisível e integrante de sua comunidade. Reforça que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não devem acontecer de maneira desarticulada, devendo tratar o indivíduo na sua totalidade. Enfim, o homem é um ser integral, biopsicosocial e deverá ser atendido com esta visão de totalidade por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

A organização do trabalho de uma equipe facilita o princípio da integralidade, pois este prevê também que o indivíduo seja visto na sua totalidade perante olhares de todos os profissionais da saúde, pensando e planejando ações em conjunto para resolução dos problemas (MATTOS, 2001; PEREIRA, 2003) (meu grifo).

Desse modo, a idéia da integralidade requer uma nova prática de saúde que supere o modelo biologicista, que hoje vivemos nos serviços de saúde. A integralidade também desperta a necessidade de parcerias entre as áreas de saúde e outras políticas sociais, de modo a assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2004a). Podemos observar a real necessidade de uma atuação em equipe onde haja troca de saberes e informações, para que a população seja atendida de maneira integral e receba cuidados desde a promoção de sua saúde até recuperação da doença.

O avanço científico no estudo e cura das doenças é imprescindível, mas estamos tratando aqui do ensino e da formação de profissionais que terão de enfrentar um mercado de trabalho que exige atuação em equipe de maneira interdisciplinar, onde é necessário integrar saberes, criando e atingindo objetivos em conjunto.

Existem algumas dificuldades para a construção da proposta de atuação interdisciplinar na área da saúde, das quais destacam-se: o mito de que a ciência “pura e imaculada” conduz necessariamente para o progresso; o mito de que não há ciência sem poder e, acima de tudo, a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde. A organização dos conhecimentos em disciplinas, suas barreiras e a disputa de poder entre as mesmas são obstáculos epistemológicos e institucionais difíceis de serem superados. Mais difícil ainda é superar estruturas mentais, que são os

obstáculos de ordem psicossociológicas e culturais da dominação dos saberes. Os processos de competição, de posição defensiva e de segurança econômica no trabalho, a estrutura das instituições de ensino e pesquisa, que na maioria das vezes são em departamentos sem nenhuma comunicação entre si, também assumem papel fundamental na resistência à atuação interdisciplinar (COSTA, 1999; VILELA, MENDES, 2003).

Há vinte anos Mendes (1985) já comentava que a situação da saúde dos brasileiros exigia mudanças na formação e capacitação de recursos humanos que atuavam na área. O mesmo escreveu que deveríamos utilizar estratégias e práticas educacionais que superassem o limite da disciplinaridade. Como a temática já é preocupação antiga, penso que haverá um período de transição nas posições intelectuais de quem atua com saúde e com formação de recursos humanos. O velho **Estilo de Pensamento**³, em seu esforço por continuar dominante e o novo em sua luta para ganhar adeptos.

A OPS/FEPAFEM (1994) sugere que o eixo articulador fundamental na educação médica deva ser a interdisciplinaridade, pois esta possibilita um tratamento da explicação técnica e científica de forma mais integral e profunda, viabilizando soluções criativas para os problemas de saúde. Sendo assim, interdisciplinaridade é um conceito que se aplica às ciências, à produção de conhecimento e ao ensino, especialmente em áreas que demandam, de forma direta, a interdisciplinaridade, como, por exemplo, a saúde (VILELA, MENDES, 2003).

Certamente, nem todos os objetos de estudo exigem tratamento interdisciplinar, pois o conhecimento específico e detalhado faz parte da lógica do desenvolvimento científico e técnico-econômico. As palavras de FEUERWERKER (1998) nos dizem que...

... uma metodologia de ensino deveria ser a criação de experiências de aprendizagem para grupos de estudantes de diferentes carreiras, visando produzir mudanças de atitude e trabalho em equipe, ... buscando estudos epidemiológicos e sociais, perspectivas interdisciplinares, buscando a preferência pelos problemas de saúde prioritários e pela organização e funcionamento dos serviços de saúde (p.89-90) (meu grifo).

³ Esta categoria epistemológica será discutida no Capítulo II.

Desde a consolidação da ciência moderna com Galileu, verificou-se a adoção de um método que a conduziria a um saber especializado. Contudo foi a filosofia cartesiana que propôs a adoção de um método analítico, no qual um problema deveria ser decomposto em partes para sua melhor compreensão. Este procedimento conduziu as ciências ao processo de especialização, onde o objeto de estudo foi se tornando cada vez mais reduzido, sem que isso prejudicasse a quantidade de informações obtidas sobre este fenômeno conhecido por disciplinaridade (ANGELIS, 1998). Os campos disciplinares não são estruturas fixas, mas sim dependem de suas práxis. Desse modo, não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos na prática científica cotidiana (VILELA, MENDES, 2003).

Todo esse processo implicou na perda da noção de totalidade do real, produzindo uma espécie de “consciência fragmentada”. Dado que a quantidade de informações se expandiu muito, não havia mais a possibilidade de uma mesma pessoa apresentar domínio total de todas as áreas do conhecimento. Isso se reflete nas ciências, quando se verifica que todo o aprofundamento obtido analiticamente só nos permite compreender seu objeto de estudo isolado em si mesmo, desconsiderando as diversas conexões desse objeto com o restante da realidade (ANGELIS, 1998).

Dessa maneira, a interdisciplinaridade se apresenta como uma resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo em que vivemos. Atualmente, a questão da interdisciplinaridade tem estado em pauta na maior parte das discussões sobre educação e sobre o conhecimento científico (ANGELIS, 1998; VILELA; MENDES, 2003).

I.3 POSSIBILIDADES DE MUDANÇA

Profissionais superespecialistas, formados nas escolas que fragmentam o ensino, quando se tornam professores, tendem a formar profissionais com a mesma visão mecanicista e biológica, deixando para trás a importância de visualizar o paciente como “um todo” inserido em um contexto familiar, profissional e social, percebendo menos o objeto real, dinâmico e interativo que é o ser humano (FAZENDA, 1991; JAPIASSU, 1976).

A educação dos profissionais de saúde deve pautar-se nos conhecimentos vividos, experimentados, pois esses permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas, de contribuir para melhorar a situação de saúde da população. A pouca consciência social coletiva e a formação isolada do contexto social levaram ao fato de que os profissionais de saúde começaram a ser muito mais parte do problema do que da solução dos mesmos. Seria interessante que as universidades incluíssem em seus planos, o princípio da responsabilidade social em cada um de seus passos, bem como os conceitos de equidade, acesso universal e qualidade do atendimento. Essa é uma preocupação também do Ministério da Saúde que publicou, em recentes documentos, a importância da reestruturação na formação dos profissionais da saúde, e que esta deve dar grande ênfase nas políticas públicas de saúde. Desta forma, pretende assumir, em parceria com o Ministério da Educação a responsabilidade sobre as estratégias e prioridades educacionais que permeiam a formação de competências no âmbito da saúde (BRASIL, 2003a).

A partir da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19/09/1990, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 de 20/12/1996, dentre outros documentos, houve a abertura para questionamentos relacionados ao perfil dos profissionais em relação às necessidades do mercado de trabalho, às novas legislações, ao perfil das doenças, à realidade das demandas de saúde da população. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos Universitários da Área da Saúde, de autoria do Ministério da Educação através de suas Comissões designadas, podem ser encontradas agrupadas em um livro organizado por Almeida (2003). As Diretrizes propõe dentre outros requisitos, a valorização dos conhecimentos em clínica médica, o **desenvolvimento de habilidades para se trabalhar em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar** e que devemos visualizar o ensino-aprendizagem como um ativo e contínuo processo de duas vias entre professor e aluno. Também projetam uma atuação preventiva e de promoção à saúde, incentivam a discussão do processo saúde/doença num contexto mais amplo que o modelo biomédico adotado atualmente, devem ser incorporadas práticas com aspectos biológicos, psicológicos, sócio-econômicos e culturais, situados na interface entre as ciências biológicas e humanas (ALMEIDA, 2003; FEUERWERKER, 2002; FONTES, 2001; SIQUEIRA, 2003).

Em outro documento, o Ministério da Saúde sugere que o processo descentralizador do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o esgotamento do

mercado especializado e as exigências sociais atuais, desafiam mudanças curriculares que tenham como premissa a interdisciplinaridade (BRASIL, 2003b). O ensino baseado na interdisciplinaridade tem grande poder estruturador, pois os conceitos e procedimentos encontram-se organizados em torno de unidades mais globais, em que várias disciplinas se articulam. A escola é a principal responsável pela mudança do perfil do profissional formado (VILELA; MENDES, 2003).

Se o Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia para a reorganização do modelo de atenção, está criando um campo novo da atuação, este mercado exige um profissional com outro perfil, habilidades e atitudes (COFFITO, 2003a).

Algumas iniciativas governamentais são consideradas fundamentais para o processo de reestruturação do ensino na área da saúde. A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde há quase dois anos, pode ser vista como a principal iniciativa de um grande esforço que vem sendo desenvolvido para garantir aos profissionais o perfil adequado aos princípios e diretrizes do SUS. Funcionando em todos os Estados da Federação, os Pólos são divididos em Regionais, cada um denominado Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS). Estes permitem uma aproximação ensino-serviço inédito nas estratégias de capacitação (BRASIL, 2004b).

Outra estratégia interessante lançada às universidades é o AprenderSUS. Durante todos estes anos de implantação e efetivação do SUS no país, a descentralização, a equidade e a universalidade foram bem observadas em quase todos os processos, porém a integralidade não alcançou satisfatoriamente a mesma amplitude e desenvolvimento desejada. Como já comentado neste texto, a integralidade pode assumir várias interpretações. Mas conforme estudos do Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), pode ser entendida como a interação democrática entre os atores envolvidos na prática do cuidado de saúde, em diferentes níveis do sistema. O Ministério da Saúde visa com o AprenderSUS dar mais um passo na construção de relações de cooperação entre as universidades e o sistema de saúde, e a integralidade deve ser o eixo de mudança na formação (BRASIL, 2004a; MATTOS, 2001).

Um dos incentivos do Ministério da Saúde é o financiamento via PREPS para...

...implantação de laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas

e aprendizagem de técnicas profissionais com características de trabalho em equipe (multi e interdisciplinar), segundo a dimensão cuidadora nas ações profissionais..., (BRASIL, 2004, p.8) (meu grifo).

também deseja “*qualificação de infra-estrutura para a diversificação dos cenários de prática*” (BRASIL, 2004a, p.8). Interessante este recorte do texto, pois está adequado com o que desejo nesta pesquisa, espaços potenciais para o desenvolvimento da interdisciplinaridade na graduação em fisioterapia e laboratórios e outros cenários “extra-muro” são excelentes para isso. Percebo nestas frases do texto a proximidade de integralidade e interdisciplinaridade, da mesma forma que trato neste estudo.

O documento que apresenta o AprenderSUS traz algo importante que cabe ressaltar:

... a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2004a, p.4-5) (meu grifo).

O AprenderSUS é enfim mais uma iniciativa por parte do governo para modificar o perfil do profissional que atua hoje em saúde pública. O Ministério da Saúde vem investindo na consolidação do SUS e seus princípios. Esta proposta foi lançada no primeiro semestre de 2004, algumas oficinas têm sido realizadas e universidades estão sendo visitadas. Acredito nesta iniciativa, tanto que estou inserida na construção de um grande projeto moldado de acordo com o AprenderSUS, que envolve todos os Cursos do Centro de Ciências de Saúde da UEL, universidade em que atuo.

Recentemente, na fase de conclusão desta pesquisa, foi proposta pelo Ministério da Saúde a criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Utilizando novamente o princípio da integralidade como pilar para qualificar a Atenção Básica. Define como propósito destes núcleos, o desenvolvimento de ações na Saúde Mental, Reabilitação e Atividade Física, estabelecendo parcerias com o Ministério do Esporte para auxiliar neste terceiro item. Isto abre espaços para a inserção de profissionais fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogos, como afirma o documento (BRASIL, 2005). Mais uma vez o mercado de trabalho requer ações fisioterápicas em saúde pública e a

necessidade de preparo deste profissional para atuar neste campo.

I.4 EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Acredito que a ampliação do número de programas com caráter comunitário abre uma necessária discussão em relação à composição de suas equipes, oferecendo uma maior integralidade dos atos profissionais capazes de permitir que demandas de saúde, não contempladas pelas assistências já oferecidas, venham a sê-lo através da agregação aos programas, dos profissionais de saúde hoje oficialmente ausentes. Na 12^a. Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, o plenário aprovou a composição de equipes multiprofissionais, incluindo fisioterapeutas, como apoio às equipes de saúde da família, de acordo com necessidades locais (inserção esta pensada desde 1993). Aumentando ainda mais as vagas e oportunidades de trabalho com a saúde da comunidade. A presença de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde, além de aumentar a eficácia resolutiva dos Programas, requalifica as Unidades Básicas de Saúde para prestar assistências específicas mais complexas (COFFITO, 2003ab).

Cremos que o PSF ainda é sub-utilizado pela ausência concreta da multiprofissionalidade garantidora da integralidade assistencial prevista na Constituição e que lhe traria maiores respostas sociais além de aliviar as demandas reprimidas nas estruturas assistenciais do SUS (COFFITO, 2003, p.3).

Se a práxis das profissões da área da saúde continuar com esta visão superespecialista, enquanto o Ministério da Saúde pretende a formação de profissionais para atender as demandas da atenção básica (que corresponde a cerca de 80% dos problemas), há uma contradição que precisa ser trabalhada e moldada para poder atender ao mercado que está em constante mudança.

Quando falo da necessidade da atuação em equipe, quero destacar um profissional membro desta equipe, que é objeto deste estudo: o fisioterapeuta. Os fisioterapeutas são situados como parte dos recursos humanos em saúde, pois se

encontram entre o conjunto de profissionais com competências para desenvolver ações de saúde, tais como promoção, proteção e reabilitação, de acordo com a Resolução COFFITO-80, publicado no Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional pelo COFFITO (2001).

A grande dificuldade encontrada na inserção do fisioterapeuta nos Programas de Saúde da Família e na Saúde Coletiva em geral, diz respeito à formação inicial e a criação da profissão, de caráter predominantemente reabilitador. Quando lembramos a gênese desta profissão, podemos destacar que um campo profissional ou área do conhecimento é constituído pelo que as pessoas fazem ou o resultado desse “fazer”. Observa-se que determinados fatos humanos, ocorridos em certos momentos da história, direcionaram o objeto de estudo de uma área e de trabalho da profissão fisioterapeuta. O objeto de trabalho de cada profissão mostra-se assim vinculado ao contexto dos fatos humanos, variando a sua concepção com a oscilação dos mesmos. A concepção do objeto de trabalho em fisioterapia assumiu diferentes enfoques, desde a sua concepção primordial nos tempos antigos, até a época atual.

I.4.2 A gênese da fisioterapia

Na Antigüidade, período compreendido entre 4.000 a.C. e 395 d.C. havia uma forte preocupação com os portadores das chamadas “diferenças incômodas” sinônimo de doença. Tentativas de eliminar essas diferenças eram feitas com a utilização de agentes físicos (a eletricidade do peixe elétrico, movimentos do corpo, etc.). Esses agentes físicos eram empregados com finalidade terapêutica. Estudiosos comentam que os movimentos corporais como meio terapêutico já eram utilizados vários séculos antes da era cristã (A FORMAÇÃO..., 1997).

O imperador chinês Hong-Ti utilizava a ginástica curativa, com exercícios respiratórios para promover a desobstrução de órgãos. Galeno (130 a 190 d. CV.) aplicava princípios de ginástica corretiva para reeducação torácica (Ibidem). Percebe-se nesses relatos a pretensão de curar o indivíduo, caracterizando um objeto de trabalho comprometido com a ação terapêutica e voltado a partes isoladas do corpo. Embora na Grécia antiga vigorasse a concepção de “MENS SANA IN CORPORE SANO”, essa preocupação não chegou a ter grande influência nas ações relativas ao cuidado com o corpo (Ibidem).

A industrialização, com todos os seus benefícios para o progresso tecnológico e o avanço social gerado, viu surgir também a idéia de atendimento hospitalar. O hospital, além de prestar atendimento aos doentes, serviu na época como local de treinamento de profissionais destinados ao atendimento à população, com ênfase no tratamento das patologias, mas também servindo como laboratório de estudos clínicos e anatômicos. Lembramos que esse modelo hospitalocêntrico é resultado do Relatório Flexner que guiou a formação dos médicos e profissionais de saúde até pouco tempo. Esse direcionamento para a formação centrada na assistência contribuiu para o surgimento das especializações médicas ainda no século XIX (Ibidem).

A fisioterapia tem seu nascimento na metade do século XIX na Europa. As primeiras escolas apareceram na Alemanha na cidade de Kiel, em 1902 e Dresden em 1918. Depois disso a fisioterapia aparece na Inglaterra com grande destaque no cenário mundial com os trabalhos de massoterapia de Mendell e J. Cyriax, os trabalhos de cinesioterapia respiratória feitos por Winifred Linton em Londres e sobretudo os trabalhos de Fisioterapia Neurológica, em conjunto com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath que criaram um método com exercícios específicos de tratamento para crianças com paralisia cerebral. A fisioterapia chega à Escola de Medicina de Harvard por volta de 1910 (GAVA, 2004).

No Brasil a fisioterapia inicia-se no final do século XIX com a Casa das Duchas no Rio de Janeiro, existente até hoje. Em 1884, o primeiro serviço de fisioterapia da América do Sul é criado no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (Ibidem).

O objeto de estudo e trabalho da fisioterapia, por derivar da medicina, parece ter o seguido o mesmo caminho, compartimentalizando suas áreas de conhecimento e campo de atuação. Nota-se assim a grande influência do contexto histórico social na evolução das práticas e estudos ligados à fisioterapia (Ibidem).

A maneira fragmentada e especializada do cuidado à saúde atinge a população mais favorecida, com seus planos de saúde e melhor acesso aos serviços. Dentro deste contexto, exclui-se então a rede básica do serviço de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população, impedindo o profissional de atuar na atenção primária (COFFITO, 2003c). Para atender às novas políticas de saúde, fazem-se necessárias mudanças na formação destes profissionais. Trata-se de uma transformação que deve iniciar-se durante a graduação e manter-se como um processo de educação continuada após a inserção deste no mercado de trabalho (MEIRELLES et al., 2003). Aliás, o mercado também deve favorecer a absorção deste profissional na saúde

coletiva. A população precisa entender o papel deste trabalhador em saúde e reconhecê-lo como necessário. Se não houver abertura no mercado de trabalho, será um tanto complicado estruturar a fisioterapia na atenção básica.

No Brasil, a primeira escola de Fisioterapia foi a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – ERRJ, mantida pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR. A ABBR foi fundada em 05 de agosto de 1954, sendo que a Escola foi reconhecida pelo Egrégio Conselho Federal de Educação – CFE, no final do ano de 1965. Daquele momento até o ano de 2002, o CFE, posteriormente Ministério da Educação, vinha apresentando um “currículo mínimo” para o curso de fisioterapia (Parecer nº 362/63, Portaria Ministerial nº 511/64) (CARNEIRO, 2002).

A profissão foi regulamentada em 13/10/1969, pelo Decreto Lei 938/69, publicado no Diário Oficial da União de 14/10/1969, reconhecido como Curso Superior. Em 17 de dezembro de 1976, com a Lei nº 6.316, foram criados o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) (GAVA, 2004).

As conquistas dos fisioterapeutas fizeram com que a categoria ganhasse maior credibilidade e confiança para poder partir para uma proposta de alteração do currículo mínimo. Esta alteração só veio acontecer em 28 de fevereiro de 1983, com a Resolução nº 4, tendo em vista o Parecer nº 622/82 do Ministério de Educação, que estabelecia mudanças, como a carga horária mínima do Curso, que passou a ser 3.240 horas/aula em 4 anos. O currículo aprovado em 1983 ainda é base de grades curriculares em muitos cursos, que pouco a pouco vêm sendo reformuladas para atender às exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, publicadas em 2002. O currículo de 1983 estava dividido em quatro ciclos: Ciclo de matérias biológicas, ciclo de matérias de formação geral, ciclo de matérias pré-profissionalizantes e ciclo de matérias profissionalizantes (GAVA, 2004).

I.4.2.1 O perfil esperado do Fisioterapeuta

Hoje se sabe que as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) esperadas na formação do fisioterapeuta, de acordo com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Fisioterapia, elaboradas pela Comissão de Especialistas no Ensino de Fisioterapia (CEEFisio) da Secretaria de Educação Superior do Ministério de Educação

e Desporto e publicada em 19 de fevereiro e 2002, apontam para um profissional que se insira nos diversos níveis de atenção à saúde e que entenda o homem como ser humano, respeitando-o e valorizando-o, considerando suas circunstâncias éticas-deontológicas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas, atuando interdisciplinarmente, baseado em uma convicção e em uma competência técnica e científica, da cidadania e da ética, desenvolvendo o senso crítico e investigador, executando projetos de pesquisa e socializando o saber, entendendo sua profissão como uma forma de participação e contribuição social, auto-analisando sua conduta, mantendo o controle da eficácia dos recursos tecnológicos disponíveis, garantindo sua qualidade e segurança (TEIXEIRA, 2003). Acima de tudo, como está descrito nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia do Ministério da Educação (2002), apud Almeida (2003), no Artigo 5o. Parágrafo III, o fisioterapeuta deve...

atuar multiprofissionalmente, inter e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e ética (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p. 32) (meu grifo);

e a seguir, em Parágrafo único:

A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p. 33) (meu grifo).

É necessário o encontro, o sentar junto, o confronto de diferentes áreas do conhecimento e diferentes estilos de pensar das pessoas que participam do processo educativo. Já se constatou que a fragmentação do saber, a divisão entre os profissionais e a individualização das situações, só reforçam a situação delicada em que se encontra a realidade educacional brasileira. É necessário que os atores do processo ensino-aprendizagem busquem a linguagem comum e exercitem a interdisciplinaridade. Não basta simplesmente cada um dizer o que pensa dentro dos seus estilos, com seus saberes, se não houver o diálogo. É preciso possibilitar o verdadeiro movimento de interação, isto é, do agir conjunto e aberto frente a espaços de atuação em conjunto com outros profissionais de saúde, superando fragmentações e obstáculos entre as teorias e as práticas (ANGELIS, 1998; PORTILHO, 1998). Interdisciplinaridade portanto **é uma**

questão de atitude e uma construção que parte primeiramente de uma experiência de vida, para partilhar o conhecimento específico com o conhecimento do grupo, partilhando Objetos Fronteiriços⁴.

Para construir uma mudança no ensino e na pesquisa, a interdisciplinaridade manifesta-se como princípio que exige uma reorganização dos sistemas pedagógicos, reorientando o ensino das ciências a partir de uma visão integradora. A interdisciplinaridade na educação é um princípio novo de reformulação das estruturas pedagógicas do ensino das ciências, tendo assim uma interação nos conceitos e nos métodos. Esta reorganização no ensino-aprendizagem leva o educando a ter uma visão global da realidade (WACHOWICZ, 1998). Este processo não quer dizer caminhar para a superficialidade e nem para o enciclopedismo, mas ao contrário, como aponta Fazenda (1991), é caminhar para a cooperação em parceria.

As atitudes afetivas são importantes neste processo, revelando-se, por exemplo, quando um especialista em determinada esfera do saber não se sente ameaçado diante de um outro especialista ou generalista, abrindo-se para a interação do conhecimento, uma troca de saberes, que cria um coletivo de pensamento sobre um determinado objeto de abordagem comum a ambos (WACHOWICZ, 1998). Neste caso, uso a categoria descrita por Star e Griesemer (1989) como forma de interação entre diferentes áreas de conhecimento, a categoria “objeto fronteiroço” que descrevo melhor no marco teórico.

⁴ A categoria Objeto Fronteiroço será discutida no Capítulo II.

CAPÍTULO II

II.1 BASE EPISTEMOLÓGICA

II.1.1 Conceituando Interdisciplinaridade

Podemos estabelecer diferentes níveis de interdisciplinaridade, conforme o grau de integração das disciplinas que são reagrupadas num determinado momento. 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 ultrapassar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido uma idéia de unidade de saber. Na tradição grega havia um programa de ensino chamado *enkúklios paidéia*, o qual foi retomado pelos romanos e transmitido à Idade Média com a idéia de uma *orbis doctrinae*. Esses modelos traziam um saber de totalidade como ideal de dedicação e tinham por objetivo a formação da personalidade integral e não meramente um saber enciclopédico, com acúmulo e justaposição de conhecimentos. As disciplinas articulavam-se entre si, formando uma unidade. A preocupação com a interação dos saberes também esteve presente no movimento Iluminista do século XVIII, quando a enciclopédia foi tomada como modelo na defesa da unidade do conhecimento e como expressão de uma nova atitude intelectual, caracterizada pela rejeição à autoridade dogmática sustentada pela igreja e pela tradição (JAPIASSU, 1976; VILELA, MENDES, 2003).

No entanto, o advento da modernidade, por volta o século XVII, provocou um processo de desintegração crescente da unidade do saber. A Era Moderna foi um período marcado por grande efervescência cultural, quando se destacou Descartes, entre outros. Descartes inaugurou definitivamente o pensamento moderno, ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade e formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução às suas partes mais simples. Esse modelo é conhecido como modelo Cartesiano

e tornou-se um marco importante na evolução do conhecimento científico (VILELA, MENDES, 2003).

O modelo Cartesiano mostrou-se bastante adequado para construir e tratar objetos simples e proporcionou uma união entre ciência e técnica, atendendo às necessidades da industrialização. Desta maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento, uma vez que as indústrias necessitavam urgentemente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos específicos de seus processos de produção e comercialização. Deste modo, o século XIX marca a consolidação das especializações. A ciência ocidental se desenvolveu com base nas noções de especialização, a qual foi se valorizando cada vez mais e, no campo das práticas sociais, novas profissões foram criadas e um novo sistema de ensino e formação foi se estruturando, partindo da estratégia da disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto e pela crescente especialização do sujeito científico (Ibidem).

Se a visão cartesiana de mundo permitiu o desenvolvimento científico-tecnológico, presente no mundo atual, o reducionismo que a caracteriza apresenta um perigo na medida que reconhece o método analítico como sendo capaz de oferecer a explicação mais completa e a única forma válida de produzir conhecimento (Ibidem).

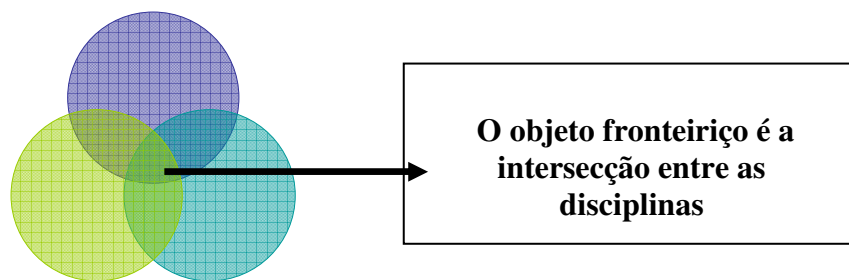
Admite-se, no entanto, que a produção do conhecimento é histórica, social, culturalmente determinada e, dessa maneira, o modelo de pensamento desenvolvido nos séculos XVI e XVII passa hoje, por revisão, em função das novas perspectivas e desafios que se apresentam à ciência. A visão positivista da modernidade, atualmente, já apresenta sinais de esgotamento e essa constatação foi possível graças ao avanço da ciência proporcionado pelo próprio modelo (Ibidem).

O termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável. Pode ser considerada uma questão de atitude, mas que necessita de conhecimentos e habilidades. É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para integral do ser humano. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços de personalidade: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis, dentre outros (JAPIASSU, 1976; VILELA, MENDES, 2003).

Não é uma moda, mas corresponde a uma nova etapa de desenvolvimento do conhecimento. Também não se trata de postular uma nova síntese do saber, mas, sim, de

constatar um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos. A interdisciplinaridade é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar problemas e questões que preocupam cada sociedade. A figura 1 explicita o que entendo por interdisciplinaridade:

FIGURA 1: Representação gráfica do conceito de interdisciplinaridade

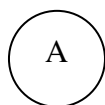


Fonte: Cutolo (2004, s/p). In: Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

Vários autores têm estabelecido classificações diferentes para expressar as modalidades possíveis de interdisciplinaridade. Dentre elas adoto neste estudo a de Japiassu (1976, p.73- 74) e, para ilustrar, utilizo as figuras de Cutolo (2004):

- **disciplinaridade**: significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias, conforme a figura 2.

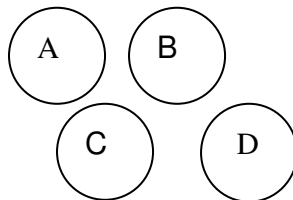
FIGURA 2: Representação gráfica do conceito de disciplinaridade



Fonte: Cutolo (2004, s/p). In: Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

- **multidisciplinaridade:** gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas. O termo multidisciplinar sugere uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuírem para aquela que as utiliza, sejam modificadas ou enriquecidas. Em outros termos, estuda um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que tenha necessariamente havido um acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados, ou seja, é descrito como uma gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas. É considerado como um sistema disciplinar de apenas um só nível e com diversos objetivos, nenhuma cooperação. Poderia ser esquematizado da conforme a figura 3:

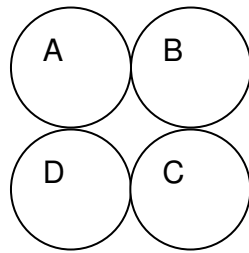
FIGURA 3: Representação gráfica do conceito de multidisciplinaridade



Fonte: Cutolo (2004, s/p). In: Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

- **pluridisciplinaridade:** justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. O pluridisciplinar realiza também agrupamento, intencional ou não, como por exemplo: certos módulos disciplinares, com algumas relações, que visa à construção de um sistema de um só nível e com objetivos distintos, dando margem a certa cooperação, mas excluindo toda coordenação. Seria a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. Como mostra a figura 4:

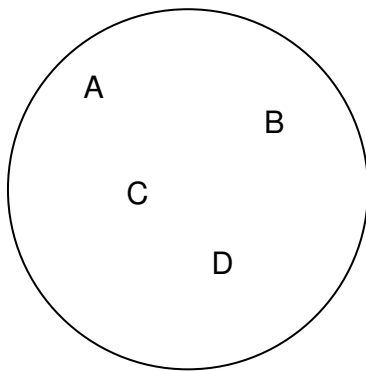
FIGURA 4: Representação gráfica da pluridisciplinaridade



Fonte: Cutolo (2004, s/p). In: Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

- **transdisciplinaridade:** Japiassu (1976) descreve este novo termo, que estaria como etapa superior ao momento interdisciplinar, no qual a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do ensino deveriam interagir dentro de um sistema total e sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas e com uma finalidade em comum. A figura 5 ilustra este conceito.

FIGURA 5: Representação gráfica do conceito de transdisciplinaridade



Fonte: Cutolo (2004, s/p). In: Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

Entender e diferenciar confusões sistemáticas entre interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade é fundamental para a análise dos dados nesta pesquisa. Japiassu (1976, p.72) lembra que 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*”.

Fazenda também conceitua interdisciplinaridade ao longo de suas obras (1991, 1992 e 2003). Como esta é ex-aluna e seguidora de Hilton Japiassu, citado anteriormente, suas definições são muito parecidas com as de seu mestre. Ressalto que Fazenda acrescenta que a interdisciplinaridade requer também uma postura de atuação, atitudes de trabalho em equipe, sentimentos de parceira, enfim, que este tipo de trabalho também envolve a filosofia do sujeito (FAZENDA, 1991; 1992; 2003).

Baseada nas definições apresentadas acredito que a atuação interdisciplinar em saúde exige uma interação dos saberes e não a unificação deles. Limites flexíveis entre as disciplinas permitem aos pesquisadores trocas que ampliam o conhecimento acerca de um objetivo comum, o que não significa renúncia do saber de sua área de conhecimento, mas permitir-se a ser questionado e questionar. Para Japiassu (1992, p.13), *“a atitude interdisciplinar ... possibilita-nos a darmos um passo no processo de libertação do mito do porto seguro”*. Através deste sentido figurado, entendo que o autor quis comentar preferimos ficar “ancorados no porto seguro” do saber que dominamos e que não gostamos muito de “aventuras em mares desconhecidos”. Portanto, acredito que a interdisciplinaridade possa ser um caminho a ser trilhado quando estamos trabalhando com diferentes Estilos e Coletivos de Pensamento.

II.1.2 Situando Coletivos de Pensamento e Estilos de Pensamento

A existência de **Estilos de Pensamento** diferentes entre os profissionais de saúde de uma mesma equipe é rica e resulta na abordagem integral ao indivíduo. É importante que apareçam limites entre as ações de cada um, e que esses se encontrem, mais ainda, se cruzem de maneira a podermos detectar situações comuns de trabalho, objetos “pontos de encontro”, **“objetos fronteiricos”**, “núcleos articuladores” onde vários profissionais possam estar atuando juntos, construindo em conjunto a melhor maneira de abordar esse objeto.

Gostaria de elucidar o que desejo dizer com o Coletivo de Pensamento e Estilo de Pensamento. O epistemólogo Ludwik Fleck desenvolveu esses conceitos.

Ludwik Fleck (1896-1961), médico bacteriologista e imunologista de origem judaico-polonesa, desenvolveu nos anos 20 e 30, um grande interesse pela história e filosofia de ciência. Iniciou seus estudos médicos em 1914 e, após uma pausa durante a Primeira Guerra Mundial, graduou-se como doutor (os formandos em medicina

recebiam este título). Entre as guerras trabalhou em laboratórios, estudou filosofia da ciência e ingressou na docência. Na Segunda Guerra foi preso em campos de batalha por ser judeu e morar em um território invadido pela Alemanha Nazista. Pelos conhecimentos científicos foi poupado da morte e chamado a desenvolver pesquisas para a obtenção de vacinas contra o tifo. Em 1945, após a segunda guerra mundial, foi hospitalizado pela fraqueza generalizada e maus tratos recebidos no campo de concentração. Sofreu de linfossarcoma e mais tarde, em 1961, morre vítima de um segundo enfarto cardíaco (CUTOLO, 2001; LÖWY, 1994).

É considerado hoje o pioneiro na abordagem sociológica do estudo do conhecimento científico, das comunidades científicas e da prática dos cientistas. Löwy (1994) relata que Fleck afirmava que as doenças eram construções coletivas dos médicos e que os agentes causadores das doenças também são construções dos cientistas.

Com seus trabalhos sobre o jeito médico de pensar, Fleck começa a criar categorias epistemológicas. Segundo Cutolo (2001), o termo Estilo de Pensamento aparece pela primeira vez nos artigos de Fleck em 1929:

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).

Já o Coletivo de Pensamento, segundo a tradução de Camargo Júnior (2003), é definido como:

... uma comunidade de pessoas intercambiando idéias mutuamente ou mantendo interação intelectual; também veremos por implicação que esta também provê o 'suporte' especial para o desenvolvimento histórico de qualquer campo do pensamento, bem como o nível de cultura e conhecimento dados (Fleck, 1979, apud CAMARGO JÚNIOR, 2001, p. 1164).

Segundo Fleck (1986), Coletivo de Pensamento pode ser expresso como o portador comunitário do Estilo de Pensamento. Há uma certa cumplicidade entre seus membros, uma socialização de estilo e um culto comum de ideal de verdade.

Fleck trabalha o processo de conhecimento, como estando intimamente ligado aos acontecimentos sociais, históricos, antropológicos e culturais, e que, à medida que se processa, transforma a realidade (SCHÄFFER; SCHNELLE, 1986). Ele é contra o modelo empirista/positivista, atribuindo ao sujeito um papel ativo que introduz ao conhecimento uma visão de realidade socialmente transmitida.

O uso das categorias Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento neste estudo, se dá pelo fato de que as **diferentes profissões da área da saúde podem ser entendidas como coletivos de pensamento**, com formação específica, marco conceitual identificado e escolhas de problemas e suas resoluções bem delimitados, de acordo com seu estilo de pensamento particularizado. **Este marco teórico é possível de utilizar porque o recorte deste estudo permite.** Conhecendo estas categorias, estive à procura de possíveis espaços de atuação da fisioterapia com outras profissões da saúde, que, dentro de um determinado Coletivo de Pensamento, compartilhem de um mesmo Estilo de Pensamento.

Apresento aqui as palavras de Cutolo (1999, p.55), que realiza uma síntese do que seriam algumas características principais de Estilo de Pensamento:

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

II.1.3 Contextualizando Objeto Fronteiriço

Trabalhei também uma categoria epistemológica, desenvolvida por sócio-interacionistas da Escola de Chicago, dentre eles cito Star & Griesemer (1989), chamada *Boundary Object*. A correta tradução para esta expressão é **Objeto Fronteiriço ou Limítrofe**. Entendo que fronteiriço seria algo sem limites definidos, como espaços que podem ser divididos por outros saberes, por isso utilizei a nomenclatura Objeto Fronteiriço neste trabalho.

Poderíamos entender objeto fronteiroço como conceitos, técnicas, materiais de domínio de uma área (ou de um coletivo de pensamento) que possui compatibilidade com outros coletivos (CUTOLO, 2001). Ou, como prefere Löwy (1996), uma área de domínio comum, que sofre cooperação de mais coletivos de pensamento para a sua compreensão.

A mesma autora afirma que o objeto fronteiroço teria o papel central na cooperação entre distintos mundos sociais. Esta categoria foi criada com o intuito de facilitar as interações, cooperações e traduções entre mundos sociais diferentes. Os sócio-interacionistas, criadores deste conceito, acreditam que o trabalho científico é heterogêneo, requer a cooperação de um diversificado número de atores que o integram (os diferentes pesquisadores, profissionais, amadores e funcionários) (STAR; GRIESEMER, 1989).

O objeto fronteiroço representa saberes e práticas que podem habitar vários mundos sociais (posso considerá-los coletivos de pensamento), intersectados entre si, satisfazendo ao mesmo tempo as necessidades de cada um. São objetos que se moldam e se adaptam muito bem às necessidades de cada mundo social (coletivo de pensamento) (Ibidem).

Segundo Cutolo (2003) ...

... o objeto fronteiroço apresenta-se como a possibilidade dialógica entre diferentes Coletivos de Pensamento, funcionando como zona de troca, diminuindo a incongruência entre os discursos plurais estilizados (s/p).

Utilizo esta citação como um pressuposto para o desenvolvimento de minha pesquisa. Acredito que **objetos fronteiroços** podem, realmente, ser a chave na busca de espaços potenciais ao desenvolvimento da interdisciplinaridade. Uso esta categoria para caracterizar, nos documentos analisados, as áreas de conhecimento e situações problema que são possíveis espaços para o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

Nosso grupo de mestrados utilizou como referencial teórico o significado de disciplina como profissão da área de saúde, ou seja, coletivo de pensamento. Sendo assim, na interdisciplinaridade, além dos coletivos de pensamento se tangenciarem, eles se misturam, se fundem em alguns momentos, recebendo um olhar comum e ao mesmo tempo estilizado pelos sujeitos envolvidos. Fleck (1986) refere esse olhar estilizado como **Estilo de Pensamento**. E dentro de cada Estilo de Pensamento existe uma área

que pode ser de domínio comum entre dois ou mais Coletivos de Pensamento a que denominamos Objetos Fronteiriços.

CAPÍTULO III

III.1 METODOLOGIA

III.1.1 Procedimento Ético

O projeto “Práticas Curriculares Interdisciplinares dos Cursos de Graduação em Saúde”, pesquisa nuclear da qual esta dissertação é parte, foi submetido ao Colegiado do Mestrado em Saúde – Área de Concentração Saúde da Família, seguindo para o Comitê de Ética da UNIVALI em setembro de 2003, onde também recebeu aprovação sob o parecer nº. 377/2003. Foi solicitado também à Coordenação do Curso de Fisioterapia da UNIVALI – Campus 1, autorização para utilização dos documentos do Curso, referentes ao primeiro semestre de 2004, para a realização desta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão expostos ao curso analisado, sob a forma de reunião com os docentes e entrega de uma versão do trabalho final para a Coordenação do Curso. Os dados preliminares e revisão da literatura já têm sido publicados em eventos desde o início da construção do projeto.

III.1.2 Base Teórica

Proponho uma abordagem qualitativa para execução deste trabalho. Escolhi esta tipologia, pois, segundo Minayo (2002), ela se preocupa com questões que não podem ser quantificadas em variáveis. Não seria possível nesta pesquisa, tratar os dados analisados de maneira objetiva por instrumentos padronizados. A análise qualitativa se adapta bem aos objetivos deste estudo, porque ajuda a compreender e explicar a dinâmica e o processo das relações (neste caso, as relações de ensino). Estas, por sua vez são cercadas por crenças, valores, atitudes, hábitos e trabalham com experiências e vivências.

III.1.3 Coleta de dados

A técnica de coleta dos dados deu-se por análise documental. Embora pouco explorada na área da educação, a análise documental é ótima técnica de abordagem exploratória de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja utilizada sozinha para revelar aspectos novos de um tema ou problema. São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano. Estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Utilizo esta forma de coleta dos dados, pois a análise documental busca identificar informações nos documentos a partir da questão de interesse deste estudo. Estudiosos apresentam uma série de vantagens para o uso de documentos na pesquisa ou na avaliação educacional. Relatam que os documentos constituem uma fonte estável e rica. Persistindo ao longo do tempo, os documentos podem ser consultados várias vezes e inclusive servir de base a diferentes estudos, o que dá mais estabilidade aos resultados obtidos. Também são uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas associações que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador, surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre uma época. Outra vantagem é o baixo custo, o maior gasto é no tempo de dedicação do pesquisador ao selecionar e analisar os dados mais relevantes à sua pesquisa, além de atenção redobrada ao ler os documentos (Ibidem).

Pelo fato de documentos serem uma fonte de dados estática e não interagirem com o pesquisador, seria interessante conhecer como as informações contidas dos documentos são aproveitadas e colocadas em prática. Esta situação será resolvida com a dissertação de outra mestranda do grupo, que irá fazer uma interação dialógica com os docentes, através de entrevista, a fim de saber como eles utilizam estes dados.

A dissertação aqui apresentada partiu de um sub-projeto da pesquisa intitulada “Práticas Curriculares Interdisciplinares dos Cursos de Graduação em Saúde”. O grupo de pesquisadores é composto por quatro mestrandos que estarão estudando os cursos de graduação em odontologia, fisioterapia, enfermagem e medicina. Três pesquisadores colheram dados de documentos sobre o tema interdisciplinaridade e uma pesquisadora

analisou o conteúdo temático da fala de docentes destes mesmos cursos. O curso de fonoaudiologia também esteve contemplado com o desenvolvimento de um Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvido por uma discente e sua orientadora.

Esta dissertação esteve voltada à análise dos documentos pedagógicos do Curso de Fisioterapia.

III.1.4 Fonte de dados

Primeiramente fiz uma aproximação com documentos que contribuíram historicamente com políticas públicas de formação de recursos humanos em saúde, bem como políticas públicas de ações em saúde. Segundo Lüdke e André (1986), estes são classificados com o do tipo oficial. Realizei uma leitura crítica e reflexiva destes textos, a fim de contextualizar a situação de ensino que encontramos no país. Na qualificação desta dissertação, apresentei vários documentos, pré-selecionados para análise. Durante a execução deste estudo, alguns não apresentaram informações suficientes sobre a temática desejada, que justificassem sua apresentação individual. Estes estão dispersos no embasamento deste trabalho e nas discussões. Já os documentos que tinham dados valiosos e relevantes para o recorte desta pesquisa estão descritos no Capítulo IV.

Os documentos selecionados para análise individual foram:

- Conferência de Alma Ata (OPAS, 1978);
- Carta de Ottawa - II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OPAS, 1986);
- Carta de Adelaide – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OPAS, 1988);
- Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988);
- Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990);
- Pólo de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004);
- Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003).

Também fizeram parte das análises documentos técnicos do Curso de

Fisioterapia da UNIVALI (Campus 1) disponíveis no acervo da UNIVALI, relativos ao primeiro semestre de 2004. Estes são a sustentação para atingir o objetivo geral desta pesquisa. Os selecionados são:

- Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia;
- Grade Curricular (número 2 e 3) - ANEXO;
- Planos de ensino das disciplinas do primeiro e segundo períodos do currículo 3;
- Planos de ensino das disciplinas do terceiro ao oitavo período do currículo 2;
- Projetos de Extensão que o Curso de Fisioterapia atua:
 - a. Programa de Atenção Integrada à Saúde Materno-Infantil no Bairro Imaruí;
 - b. Programa de Humanização do Hospital Universitário Pequeno Anjo;
 - c. Curso Superior de Extensão Universidade da Vida – UNIVIDA;
 - d. Atenção Integrada à Saúde do Idoso no Município de Itajaí (SC) e Região;
 - e. Porto Saúde.

Ressalto que os alunos que ingressaram no Curso a partir de 2004, estão sob a vigência de nova grade curricular (currículo 3). Esta foi elaborada através de uma reforma da grade antiga, mas agora com nova carga horária, novas disciplinas, outras oportunidades de conhecimento com as disciplinas optativas, nova nomenclatura, enfim, com o objetivo de atingir um perfil generalista do aluno egresso, que possa exercer atividades complexas que requerem uma sólida formação, sendo capaz de trabalhar o paciente como um todo. Optei por analisar a grade nova somente em seus dois primeiros semestres, pois o material disponível no Curso no momento é este.

Preocupo-me com os que profissionais que estão sendo lançados no mercado de trabalho, no contexto atual de exigência da formação para atuação em equipe interdisciplinar. Investiguei se estes estão recebendo informações e praticando o trabalho com outros profissionais de saúde, e, como posso sugerir espaços de inserção desta temática no ensino, ainda na matriz antiga, que estará formando profissionais até 2007. Acredito também que com sugestões e adequações, a construção dos planos de

ensino da nova grade podem ser apoiados em boas experiências interdisciplinares também da matriz atual.

III.1.5 Análise dos Dados

A técnica de análise dos dados coletados nos documentos oficiais e técnicos já citados foi o Método de Análise de Conteúdo descrito por Triviños (1987). Este método é antigo, tendo iniciado entre os séculos XVII e XIX, ganhando força na Primeira e na Segunda Guerra Mundial. Foi consagrado por Bardin em Paris no ano de 1977, com a publicação de seu livro *L'Analyse de Contenu* (TRIVIÑOS, 1987).

Adotei esta forma de analisar os dados pois ela se presta ao estudo “*das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências*” (TRIVIÑOS, 1987, p.159), e para o desvendar das representações que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, dentre outros, que a simples vista não se apresentam com a devida clareza (Ibidem).

Triviños (1987) comenta que Bardin caracteriza a análise de conteúdo como sendo um meio para estudar a “comunicação” entre os homens, colocando ênfase no conteúdo das mensagens. Destaca também que o método é composto por um “conjunto de técnicas”, onde são classificados conceitos, codificação dos mesmos, categorização, etc. Mas, se o pesquisador não possui domínio teórico dos conceitos básicos sobre o tema que quer analisar, a inferência não será possível. Inferência, de acordo com Krippendorff (apud LÜDKE; ANDRÉ, 1986), significa que durante o processo de decodificação das mensagens, o receptor utiliza não só o conhecimento formal, lógico, mas também o conhecimento experiencial, no qual estão envolvidas sensações, percepções, impressões e intuições.

Ainda em Triviños (1987), é citado Bardin com suas três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

Pré-análise: é a organização do material e das técnicas que serão utilizadas para a reunião das informações;

Descrição analítica: o material de documentos que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado, seguindo a base já adquirida pelo pesquisador dos referenciais teóricos. A codificação, a classificação e a categorização são importantes

nessa fase.

Interpretação inferencial: no caso de uso de documentos oficiais, o pesquisador deve se ater tanto no conteúdo manifesto dos documentos quanto desvendar o conteúdo latente que esses possuem. O primeiro pode orientar para conclusões apoiadas em dados quantitativos, numa visão estática e em nível de simples denúncia de realidades negativas para o indivíduo e a sociedade; o segundo abre perspectivas, sem excluir a informação estatística, muitas vezes, para descobrir significados e tendências, das características dos fenômenos sociais que se analisam e, ao contrário da análise apenas do conteúdo manifesto, é dinâmico, estrutural e histórico. Os investigadores que só ficam no conteúdo manifesto dos documentos pertencem à linha positivista. Os analisadores do conteúdo latente, valorizam apenas o conteúdo implícito, têm raízes idealistas, especialmente quando se realizaram as tentativas de interpretação dos livros e, documentos sagrados, em primeiro lugar, e logo nas tentativas de desvendar pressupostos especialmente de natureza cultural, como os valores característicos dos indivíduos, sem outras vinculações (TRIVIÑOS, 1987). A minha perspectiva de trabalho valoriza o que o documento traz como latente, mas também interpreta o conteúdo manifesto, através de um olhar construtivista e dialético.

Existem maneiras diferentes do conteúdo ser abordado. Pode ser na procura de expressões, palavras, sentença, parágrafo ou texto como um todo. Alguns preferem a contagem dessas palavras ou expressões, ou realizar análise temática, como estarei fazendo neste estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Estive à procura de expressões e/ou palavras que indiquem interdisciplinaridade, que foi o tema estudado. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de análise temática de conteúdo. Foram selecionadas previamente algumas expressões, que procurei de forma separada ou agrupada nos documentos, a fim de constatar de que forma os professores expressam nos documentos, a abordagem do tema aqui pesquisado:

- Multidisciplinar, interdisciplinar, pluridisciplinar, transdisciplinar;
- Trabalho em equipe;
- Multiprofissional;
- Integralidade, abordagem integral.

A partir do pensamento de Alabuénaga e Ispizuza (1989) e de suas sugestões, foi

elaborado um roteiro de análise dos documentos técnicos, o que chamo de “Blocos de Informação”:

- 1 – Conteúdo propriamente dito, do que se trata, o que aborda (geral);
- 2 – Autor institucional (características do emissor);
- 3 – A quem se destina, a quem interessa, a quem legisla, a quem se aplica;
- 4 – Como se veicula, torna acessível, conhecido;
- 5 – O conteúdo explícito do texto;
- 6 – O conteúdo simbólico, significados, valores.

Não apresento a análise de conteúdo dos documentos da forma como descrevi anteriormente (numerada), mas em forma de texto corrido.

Nos documentos classificados como oficiais, foram analisados os significados da interdisciplinaridade e como as políticas públicas abordam seu desenvolvimento. Já nos documentos técnicos foram investigados os objetos fronteiriços como espaços para o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

CAPÍTULO IV

IV.1 CARTAS DE INTENÇÕES E A INTERDISCIPLINARIDADE

IV.1.1 Declaração Alma-Ata (OPAS, 1978)

Texto construído ao final da Conferência Internacional de Cuidados Fundamentais com Saúde, co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Aconteceu em Alma-Ata, capital do Kazaquistão Soviético, de 06 a 12 de setembro de 1978, com cerca de 700 participantes de todo mundo. Disponível em bases de dados, páginas eletrônicas da Internet, em documentos oficiais da OMS e Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Se destina à governantes, instituições de ensino e toda e qualquer organização que se preocupa com a promoção à saúde.

Foi um marco importante da saúde mundial. Reafirmou o conceito de saúde que a OMS já tinha publicado em 1947, “*saúde é um estado de bem estar completo, físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades*” (OMS, 1978, p.1). A obtenção do mais alto nível de saúde possível é a mais importante meta social do mundo, cuja realização exige a ação de muitos outros setores, como agricultura, criação de animais, indústrias, educação, moradia, serviços públicos, dentre outros. Fala da desigualdade na saúde das pessoas.

O governo tem responsabilidade com a saúde de seu povo, objetivo social dos governos, organizações internacionais e comunidades de todo mundo. Pretendia obter em 2000, um nível de saúde a fim de conduzir uma vida social e economicamente produtiva.

Os cuidados fundamentais com saúde são métodos práticos, cientificamente sadios e socialmente aceitáveis, de tecnologia acessível feita para indivíduos e famílias, com um custo que a comunidade e o país possam bancar e manter. É o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados com

saúde tão perto quanto possível, de onde o povo vive e trabalha, e constitui o primeiro elemento de um continuado processo de cuidados com saúde.

...mais alto nível possível de saúde ... requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978, p.1) (meu grifo).

Percebe-se neste destaque do texto, a noção da intersetorialidade para se atingir a meta da Saúde para Todos no Ano 2000, onde o princípio da equidade do SUS também aparece.

Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, ... dando prioridade aos que têm mais necessidade (OMS, 1978, p.2) (meu grifo).

Acredito que a intersetorialidade ainda está presente, mas a comunicação entre os sistemas de referência, que devem ser integrados é o ponto forte deste recorte.

...nos que trabalham no campo da saúde, ... inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, ... agentes comunitários, ... convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente ao lado da equipe de saúde ... para responder às necessidades de saúde da comunidade (OMS, 1978, p.2) (meu grifo).

Aqui o documento dá noção de que deve haver uma equipe composta por diferentes Coletivos de Pensamento, atuando e observando o indivíduo em seu meio social. Penso que seria um trabalho multiprofissional, uma vez que não traz, de maneira clara, como categoriza e também não explicita como a interdisciplinaridade deve ser feita, podendo ser interpretada e aplicada com práticas multidisciplinares.

Influenciou a Brasil, pois valorizou a atenção primária para toda a população e difundiu uma concepção de saúde ampla, incluindo no mesmo campo, além de ações específicas, as questões referentes à habitação, ao saneamento, à alimentação, etc.

Coincidiu com uma segunda fase da experiência de articulação entre ensino e serviços no Brasil, quando os profissionais envolvidos com saúde da população e os Departamentos de Medicina Preventiva começavam a “pedir um pouco mais de participação multidepartamental nos projetos”. A OMS – OPAS favoreceram estas novas propostas, inclusive no Brasil.

Baseia-se em pesquisas de serviços na área social, biomédica e saúde e experiências de Saúde Pública. Usa dados da saúde mundial e epidemiologia para formular os cuidados fundamentais à saúde.

IV.1.2 Carta de Ottawa (OPAS, 1986)

É uma Carta de Intenções, construída com os resultados da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá, em novembro de 1986. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes em outras regiões do globo. Baseou-se nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata, assim como o debate ocorrido na Assembléia Mundial de Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

O conceito de promoção em saúde foi ampliado, afirmando que para atingir o completo bem estar físico, mental e social, descrito em Alma Ata, os indivíduos precisam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

... a promoção em saúde demanda ação coordenada entre todas as partes envolvidas... (OPAS, 1986, p.2) (meu grifo).

Podemos entender que isto signifique intersetorialidade e prática de referência e contra referência entre os serviços.

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre os indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, ... governos. Todos devem trabalhar juntos... (OPAS, 1986, p.4) (meu grifo).

Percebo também a intersetorialidade, mas principalmente a universalidade e o controle social.

...incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas, ... (OPAS, 1986, p.5) (meu grifo).

Já nesta citação, por escrever “outros setores” e não entre os setores e “outras disciplinas” e não intra-disciplinas, percebo a pluridisciplinaridade, pois há a soma e não interação destas.

IV.1.3 Declaração de Adelaide (1988)

Assim como a Conferência de Alma-Ata e a Carta de Ottawa onde o tema central são as políticas voltadas à saúde, esta também enfoca as políticas saudáveis. Teve um grande número de países envolvidos, que compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. A Conferência enfatiza a **importância das organizações não governamentais e das organizações comunitárias** (sindicatos, comércio, indústria, associações acadêmicas, lideranças religiosas, etc) como papel importante na melhoria da saúde da população como um todo. Percebo neste grifo a intersectorialidade. A Conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias para promover ações em políticas públicas saudáveis, onde encontro a promoção à saúde e preocupação com os fatores determinantes da saúde:

- apoio à saúde da mulher – pois esta é promotora da saúde em todo o mundo;
- alimentação e nutrição - é a base do ser humano;
- tabaco e álcool – por trazerem grandes danos à saúde direta ou indiretamente;
- ambientes saudáveis – aonde se mora, vive-se e se trabalha.

Outro fato interessante é a descrição da mídia que foi citada como componente promotor no desenvolvimento, execução e informação da importância das políticas públicas. Pela primeira vez é citada, em documento de porte, **a necessidade das instituições educacionais responderem às demandas emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública.** Com o intuito de fazer o poder migrar do controle do apoio técnico e cita também a necessidade de eventos que possibilitem a **troca de experiências** nos níveis local, nacional ou internacional, desenvolvendo redes de pesquisadores, educadores e gestores para discutir processos de análise e implementação das políticas públicas voltadas à saúde. A

Conferência de Adelaide convoca que todos reafirmem o compromisso por uma forte aliança na saúde pública como preceitua a Carta de Ottawa (OPAS, 1986).

IV.1.4 Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988)

Dando enfoque somente ao recorte deste estudo, ou seja, a área da saúde e educação, encontrei poucas informações que merecem ser apresentadas. No Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da saúde (artigos 196 a 200), encontro:

Artigo 198 – II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988, p.48) (meu grifo).

Atendimento integral pode ser de maneira global, mas acredito que seja o que hoje conhecemos por integralidade.

Nesse período o processo de redemocratização do país, de conquista da cidadania e o desenho de mudança, para o sistema de saúde, a partir do movimento de reforma sanitária, constituíram-se em cenário propício também para a discussão da questão da formação de recursos humanos em saúde. Aumentam ainda movimentos internacionais no sentido de orientar mudanças na formação de profissionais de saúde.

Trouxe mudanças na área da saúde ao ir contra a histórica fórmula centralizadora presente por todo período republicano do Brasil, insuficiente para resolver os problemas da população. A mudança no sistema é profunda, por deixar claro o direito à saúde a todos os cidadãos, mediante “acesso universal, com equidade e igualdade”, os princípios do Sistema Único de Saúde, que é oficializado neste documento.

Na Constituição são citadas as Diretrizes do SUS, desde descentralização, integralidade e participação comunitária. Esta reorganização quebra a saúde brasileira que desvincula a atenção básica da de média e de alta complexidade. Com o SUS, criam-se condições necessárias para a reorganização da saúde, deslocando-se a ênfase do modelo flexneriano, que prioriza a atenção médica-curativa, de medicamentação e de hospitalocentrismo.

IV.1.5 Lei Orgânica da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990)

Complementam a Constituição de 1988 para criar o SUS. Desenvolvimento de políticas de atenção primária e secundária, com a organização de sistemas municipais de saúde para dar conta das demandas locais.

Com relação à formação dos profissionais de saúde, encontro no Art. 6º, inciso III “*ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde*” (BRASIL, 1990, p.1), como sendo campo de atuação do SUS. Pouco se trata do trabalho em equipe ou de que maneira será operacionalizado o SUS. Trata de seus princípios e diretrizes, da intersetorialidade e **integralidade** das ações de saúde.

IV.1.6 Pólo de Educação Permanente em Saúde – (BRASIL, 2004b)

A publicação da Portaria 198, assinada pelo Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, em 16 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta é a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de **trabalhadores do setor saúde, em serviço**. É pautada na intenção do Ministério da Saúde em consolidar a Reforma Sanitária e os princípios da política pública de saúde vigente, dentre eles o que desperta maior interesse para este estudo, a integralidade.

Reforça a responsabilidade do Ministério da Saúde em ordenar a formação de recursos humanos em saúde e do governo federal em formular e executar políticas orientadoras da formação dos recursos humanos em saúde, bem como a necessidade de integrar serviço e academia.

Afirma que ...

... Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004b, p.1).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão

setorial e do controle social em saúde; tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho; e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004c, p. 49) (grifo do autor).

Em documentos publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003d, 2004c), está descrito que o marco conceitual utilizado para propor a educação permanente deve estar pautado na transdisciplinaridade e que a integralidade da atenção envolve dentre outros, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar com ação intersetorial.

O conteúdo mais importante da Portaria 198 é que a Educação Permanente torna-se viável através de um Colegiado de Gestão, configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde (PREPS) para o SUS. Este deve se responsabilizar por um território e recebe repasse de recursos financeiros do governo federal para sua implantação e fortalecimento. Suas funções estão descritas na Portaria 198, mas aqui cito somente as que interessam a o recorte deste estudo:

Art 1 º, I – Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e constituir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

... III – Propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, ...

IV – Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V – Formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente ...

VI – Estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde...

(BRASIL, 2004b, p.1-2) (meu grifo).

Percebo que os PREPS têm dentre suas funções, a principal meta de capacitar e desenvolver os recursos humanos em saúde, para isto articulam-se com as instituições de ensino superior e técnico. Observo estes espaços (PREPS) como a concretização das

intenções de mudança na formação de recursos humanos em saúde tão urgente, objeto deste estudo.

Podem compor os PREPS as “*instituições de ensino, gestores, (...) núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino, estudantes, trabalhadores, conselheiros municipais e estaduais ...*” (BRASIL, 2004b, p.2) ligados à saúde. Há, portanto, o envolvimento de vários setores, todos ligados à saúde e/ou ensino. Desde as instituições de ensino superior e técnico e seus hospitais-escola, até gestores municipais/estaduais e, incentivando a participação popular, os conselhos de saúde. A construção coletiva de estratégias de mudança proporciona visão mais abrangente, tanto sob olhar acadêmico, administrativo, do serviço e da população.

Como freqüentadora do PREPS – 17ª Regional de Saúde do Paraná, sediada na cidade de Londrina, resalto a seriedade e o envolvimento de todos os participantes. As reuniões acontecem mensalmente e de maneira organizada, informando seus atos ao Pólo Ampliado Norte (PAEPS), que envolve todas as regionais de saúde do norte do Paraná. Dentre as atribuições do PREPS, destaco as discussões dos projetos de cursos de aperfeiçoamento, capacitação ou especialização relacionados à saúde coletiva, tanto em nível superior como técnico. Estes projetos são apresentados por seu responsável nas reuniões mensais onde sugestões, modificações, pactuações e parcerias são feitas. Portanto, estamos amparados pelo Ministério da Saúde, nas iniciativas de transformação dos recursos humanos em saúde, visando o preparo destes para atuação com o sistema de saúde do país.

IV.1.7 Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003)

Este documento determina os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação em fisioterapia. Foi construído por componentes da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. A Câmara é constituída por Comissões de Especialistas de Fisioterapia (CEEFisio) do Sesu/MEC. Foi baseada em uma lista de documentos nacionais, do governo federal, internacionais da UNESCO, OPAS, OMS para citar as instituições.

Se destina às Instituições de Ensino Superior do país, que contenham o Curso de Graduação em Fisioterapia. Está acessível em livros de educação na fisioterapia, bases

de dados eletrônicos e revistas, publicações oficiais do MEC e de órgãos reguladores da profissão (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO). Apresenta diretrizes quanto ao perfil do formando egresso/profissional, competência e habilidades, conteúdos curriculares, estágios e habilidades complementares, organização do curso, acompanhamento e avaliação.

Sob o olhar interdisciplinar, as Diretrizes nos mostram que o fisioterapeuta deve ter ...

Art. 3º ... formação generalista, ... visão ampla e global (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p.30) (meu grifo).

No Art. 4º, I, este deve realizar...

... prática integrada e contínua com as demais instâncias do Sistema de Saúde (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p.31)

Percebo a referência e contra referência também presente neste documento.

Art. 4º , IV... no trabalho em equipe multiprofissional, ... deverão estar aptos a assumir liderança, ... tendo em vista o bem estar da comunidade ... (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p.31).

Art. 5º, III ... atuar **multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente.** com produtividade na promoção da saúde (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p.32) (meu grifo).

Art. 5º, IV ... atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p.32) (meu grifo).

Art. 5º, XIII Encaminhar o paciente, ... estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003, p.33) (meu grifo).

Neste destaque percebo duas interpretações. Quando encaminhamos alguém

estamos afastando nossas responsabilidades sobre aquele indivíduo e não trabalhando em conjunto com àquele ao qual o indivíduo está sendo referenciado, desta forma não há cooperação com os demais membros da equipe como diz a sentença. Outro significado seria que este tipo de encaminhamento poderia estar levando à uma relação de pluridisciplinaridade entre os profissionais existindo ligação entre eles, baseados no sentido da perspectiva intercoletiva (**entre Coletivos de Pensamento**). Acredito que o sistema de referência e contra-referência deve ter sua operacionalização revista, pois da forma que costuma ser realizado não chega a proporcionar interação entre os atores, mas somente informar a contra-referência quanto ao acesso aos serviços e resolutividade do caso do indivíduo referenciado.

Até o Artigo 5º, Parágrafo Único, o documento traz todos os aspectos metodológicos e conceituais para o perfil profissional do fisioterapeuta. Embora a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, intersetorialidade estejam presentes, percebe-se uma ausência de explicitação ou categorização de seus significados. O tema é indefinido pelo documento, da mesma forma que não se estabelece dispositivos pragmáticos e utilitários para que possa ser desenvolvido, nos aspectos operacionais que estão descritos a partir do artigo sexto até o fim.

O documento aborda de maneira adequada a interdisciplinaridade, quando reafirma o caráter emergente do papel do fisioterapeuta como membro da equipe de saúde e a necessidade de abordagem cooperativa frente às demandas da saúde e doença, bem como a necessidade da formação estar voltada às políticas públicas. Entretanto, não categoriza a interdisciplinaridade, ato necessário devido à sua polissemia, tampouco, explicita mecanismos de práticas interdisciplinares.

Muitas vezes as universidades não têm esclarecidas as formas com que devem proporcionar ao aluno um currículo com estas práticas. Os resultados evidenciam a necessidade de estudos sobre o tema, por parte dos atores envolvidos no ensino, a fim de criar oportunidades aos graduandos de uma formação com estas características.

Como podemos notar, encontrei neste texto várias expressões que aproximam-se com a interdisciplinaridade, como “interdisciplinarmente, transdisciplinarmente, cooperação, interação”. A integralidade, como é abordada neste estudo, é considerada integrante da interdisciplinaridade. No documento não esteve apresentado desta forma, mas confundido em várias expressões como: “integralidade da assistência, generalista, prática integrada”. Quanto ao trabalho integrado com outros saberes, o documento o

caracteriza como desenvolvido por “equipe de saúde, equipe multiprofissional e trabalho em equipe”.

IV.2 SÍNTESE DAS CATEGORIAS ENCONTRADAS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS

Apresento aqui uma síntese das expressões encontradas na análise dos documentos oficiais, que apresentaram aproximações com os princípios de SUS e a temática investigada neste estudo, interdisciplinaridade. Estas estão apresentadas sob a forma de tabela.

TABELA 1: Síntese das expressões encontradas nos documentos oficiais

Documentos	1	2	3	4	5	6	7
Aproximações com o SUS							
Integralidade				X	X	X	X
Intersetorialidade	X	X	X			X	X
Resolutividade						X	
Participação popular/Controle social		X	X	X	X	X	
Equidade	X			X			
Descentralização				X	X		
Universalidade		X		X			
Referência e contra referência	X	X					X
Promoção à saúde	X	X	X			X	X
Formação de recursos humanos			X	X	X	X	X
Atenção básica	X			X	X		
Epidemiologia			X				
Temática do estudo							
Interdisciplinaridade							X

Pluridisciplinaridade		X					
Transdisciplinaridade						X	X
Equipe multiprofissional	X					X	X

Fonte: Tabela construída a partir da interpretação do PP (UNIVALI, 2003).

Legenda:

Documento 1 – Conferência de Alma Ata (OPAS, 1978).

Documento 2 – Carta de Ottawa - II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OPAS, 1986).

Documento 3 – Carta de Adelaide – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OPAS, 1988).

Documento 4 – Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Documento 5 – Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990).

Documento 6 – Pólo de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

Documento 7 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (Brasil, 2002 apud ALMEIDA, 2003).

CAPÍTULO V

V.1 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS TÉCNICOS

V.1.1 Projeto Pedagógico

V.1.1.1 Breve introdução

A definição exata de Projeto Pedagógico (PP) é difícil de explicitar, mas analisando seus propósitos, Borba [2002] acredita que este documento é uma via privilegiada para realizar mudanças concretas. Muitos encontros e fóruns de Pró-Reitores de Graduação seguiram as décadas de 80 e 90 discutindo e evoluindo no processo de lapidação do que hoje conhecemos por PP, algumas vezes também denominado Projeto Político Pedagógico (PPP). Este documento trata das ações intencionais de formação, de como as atividades de professores, alunos e da administração do curso se organizam, se constroem e acontecem como um compromisso definido e cumprido coletivamente. É PP porque define as ações educativas e as características necessárias ao cumprimento dos propósitos e intencionalidades do curso, tem a ver portanto, com a organização do curso como um todo, com a organização do trabalho pedagógico na sua globalidade.

Na UNIVALI este documento ... é referência para a gestão acadêmica e para a permanente avaliação e reestruturação dos caminhos de formação, envolvendo e comprometendo seus sujeitos (Borba, [2002], p.2).

É interessante destacar que um dos princípios norteadores para o PP seja o respeito à diversidade dos cursos na universidade, que traz imbricada a idéia de que os cursos se articulam mas devem ter claras suas identidades.

É necessário identificar os limites e as possibilidades concretas para que os diferentes cursos formulem seus PP, exercitando a análise dos múltiplos caminhos, mas validando consensos que possam garantir sua identidade (Borba [2002], p.1).

Ele é encaminhado mediante a participação coletiva, propondo reflexões e discussões que explicitam o perfil do profissional, os objetivos do curso, os conhecimentos, habilidades e atitudes desejadas, expressando as diretrizes curriculares assumidas. Segundo Cadernos de Ensino da UNIVALI (2002, p.38), o conceito de PP é *“instrumento de gestão acadêmica-administrativa com o objetivo de promover ensino de qualidade, integrado às práticas da pesquisa e extensão”*.

O Curso de Fisioterapia da UNIVALI – Campus 1, objeto deste estudo, está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde com sede na Universidade do Vale do Itajaí em Itajaí (SC). Foi implantado no segundo semestre de 1996. Teve seu funcionamento autorizado pela instituição através dos documentos: Resolução nº 002/CEPE/96 de 29/02/96 e Resolução nº 016/96/Cun, de 15/05/96. Seu reconhecimento deu-se pelo Decreto nº 1736 de 23/10/00, publicado poucos meses após a conclusão do Curso pela primeira turma em julho de 2000. Formou, em sua primeira turma, 17 alunos, em julho de 2000. Composto por oito períodos, cursados em tempo integral por quatro anos, totalizando 3.900 horas/aula para os alunos que cursam o currículo 2 e 4.395 horas/aula para os acadêmicos ingressos a partir de março de 2004, que cursam o currículo reformulado de número 3. A cada semestre são oferecidas 40 vagas e o acadêmico ingressa na universidade de acordo com as normas internas da instituição, seja através de processo seletivo vestibular, transferência externa ou interna, Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). O currículo inicial foi baseado na Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba – PR), mas observamos que estava obsoleto às necessidades atuais da saúde. Foi então reestruturado baseado em documentos oficiais nacionais, estaduais, institucionais, de entidades da classe e muitos estudos sobre currículo e educação superior, recentemente implantando no primeiro semestre de 2004.

Inicialmente o curso era oferecido apenas no Campus I em Itajaí (SC). Posteriormente, após a verificação da necessidade e da oferta de mercado daquele local, passou a fazer parte também dos Cursos oferecidos nos Campus IV, em Biguaçu, o qual formou sua primeira turma recentemente.

O Curso propõe-se a formar profissionais generalistas que tenham possibilidade de responder aos novos desafios do mercado e da situação da saúde no país. Como cita o PP (UNIVALI, 2003, p.2), os egressos devem ser

... capazes de analisar os problemas da sociedade, procurando suas soluções e assumindo responsabilidades sociais aí decorrentes.

Ao final do Curso recebem habilitação como Bacharel em Fisioterapia.

O documento que centraliza todas as informações pertinentes ao Curso, sejam elas referentes à ensino, pesquisa, extensão, produtividade e planejamento de ações futuras é o Projeto Pedagógico (PP) do Curso. Aqui analiso o que foi construído baseado em informações do ano de 2003, porém ainda não revisado pela Assessoria Pedagógica do CCS no segundo semestre de 2004, quando foi fornecido para composição da amostragem desta pesquisa. Suas informações não são grandemente modificadas a cada ano, apenas atualizados dados referentes a eventos, produtividade dos docentes e discentes, novos projetos e convênios.

O PP é produzido através de um roteiro fornecido pela própria instituição, onde dados essenciais do Curso devem estar explicitados. A construção deste documento foi realizada pelo setor responsável pelo Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia, pela Coordenação do Curso e pela Coordenação dos Estágios.

O objetivo do documento é traçar um perfil do Curso e seus atores, sua produção e metas a serem alcançadas visando a constante melhoria na qualidade do ensino. Torna-se acessível a todos os docentes via intranet⁵, sob posse da responsável pela sua execução e acompanhamento, onde todos os envolvidos no Curso e sua administração podem ter contato com o PP.

O primeiro indício de que o PP visa, dentre outras coisas, um ensino interdisciplinar, aparece já na segunda página, quando afirma que é desejada uma modificação do foco central de “ensinar” conteúdos, e ...

... desenvolver habilidades que tornam a pessoa competente como ser humano, capaz de aprender a fazer, capaz de conviver (UNIVALI, p.2).

⁵ Página eletrônica pessoal do professor no CCS – situada na página da UNIVALI.

O texto não explicita exatamente o que deseja com a expressão conviver. A princípio pode-se entender que seria a aceitação de outros saberes, outras formas de pensar, outros profissionais. Acredito que este verbo pode assumir várias interpretações e a forma é abordada pode ser entendida após a análise de todo o documento aqui exposto.

Outra citação que nos interessa também colocada no início do documento, é a de que os acadêmicos devem ter “*habilidades de transitar nas diferentes regiões do saber, além de atuar na área específica da fisioterapia*” (UNIVALI, 2003, p.2) (meu grifo). Percebe-se aí a clara intenção do curso de formar um profissional generalista que não permaneça sempre fechado em seu Estilo de Pensamento, mas que saiba que existem e que ele pode sim atuar com outros Coletivos de Pensamento. Ressalto que, para que ocorra a interdisciplinaridade, as identidades profissionais devem ser mantidas, mas flexíveis para atuar em conjunto com outras categorias profissionais.

O Curso de Fisioterapia está ciente que o ensino voltado à especialidade não atende adequadamente as exigências de mercado e necessidades sociais. Isto está relatado no PP quando descreve que “*a sociedade é complexa e busca cotidianamente, respostas para ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde*” (UNIVALI, 2003, p.2). Senti falta das ações de educação em saúde, mas suponho que estas estejam incluídas na promoção em saúde.

Para concretizar seus objetivos e intenções de formação, os docentes do Curso utilizam-se de variadas metodologias, com estratégias já existentes que às vezes favorecem o ensino voltado à atuação e pensamento interdisciplinar. São elas as ...

... práticas de laboratório, as observações “in loco”, as experiências, bem como o envolvimento dos alunos em projetos de pesquisa e atividades de extensão universitária, (...) técnicas socializantes (...), aulas expositivo-dialogadas; estudos dirigidos; estudos de caso; visitas técnicas a instituições públicas e privadas; produção de painéis; papers; fichamentos; relatórios; grupos de observação e discussão, seminários, entrevistas, palestras, entre outras (UNIVALI, 2003, p.3).

V.1.1.2 Locais de desenvolvimento de atividades práticas de ensino, pesquisa e extensão

Quando dá início às apresentações de estrutura e atividades envolvidas nos laboratórios específicos do Curso, percebe-se a adoção da nomenclatura “**paciente**” quando descreve o usuário dos serviços da fisioterapia, na realidade, nosso **cliente**. O indivíduo que procura os serviços dos laboratórios, pressupõe-se, pelo exposto no PP, um ser humano já enfermo, acometido por uma patologia e que objetiva receber um tratamento. Percebo a tendência a pensamento curativo, de doença. Os laboratórios, embora específicos da Fisioterapia, com equipamentos fisioterapêuticos e localizados no espaço geográfico dentro da universidade, destinado ao Curso (Bloco 25A), têm infraestrutura para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, promoção e prevenção não somente ligados ao saber do fisioterapeuta. Compreendo que a Clínica Escola de Fisioterapia é um espaço para recuperação, reabilitação e no máximo proteção à saúde, no sentido de prevenir doenças. Portanto, com materiais e procedimentos específicos do fisioterapeuta, mas que em situações especiais, pode estar recebendo outros Coletivos de Pensamento.

O documento traz os locais de “**cooperação**” técnico-científica, ou seja, locais conveniados onde atividades de ensino são desenvolvidas. Afirmo serem ótimos espaços para atuação em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar. São locais que possibilitam práticas curriculares interdisciplinares, onde várias atividades em conjunto podem ser realizadas com uma população que deve ser assistida e orientada a ter saúde e enfrentar possíveis doenças. O Porto de Itajaí, o Lar-Escola Fabiano de Cristo, o Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) são estes locais. Neles são desenvolvidas aulas práticas, atividades de pesquisa e extensão com enfoque da saúde do trabalhador. No âmbito das atividades de extensão, outros cursos estão envolvidos, como será relatado em outro capítulo, quando analiso o Projeto de Extensão “Porto Saúde”. No Lar-Escola Fabiano de Cristo também são desenvolvidas atividades de disciplinas específicas da fisioterapia e compreende um Projeto de Extensão, analisado posteriormente.

Outro local de desenvolvimento das disciplinas é a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, a APAE. Aqui encontro um **objeto fronteiro: necessidades especiais**. Abrange atualmente só a reabilitação dos indivíduos com suas patologias

neurológicas e respiratórias, mas parece ser também local propício para a aplicação de conceitos de promoção e educação de novos hábitos de saúde, tanto para o aluno da escola e também para a inserção de nossos acadêmicos no contato próximo com a família desses indivíduos. O Hospital Pequeno Anjo, também local de desenvolvimento de aulas práticas do Curso, é próprio para a realização de atividades interdisciplinares, como veremos no Projeto de Extensão HUPA, já existente.

A Clínica-Escola, localizada no Bloco 25A, no Campus I da UNIVALI, é utilizada para aulas práticas dos alunos desde o início do Curso, mas são os acadêmicos do sétimo e oitavo períodos que desenvolvem suas atividades de estágio ambulatorial onde praticam técnicas de avaliação e atendimento fisioterápico. Este espaço tem infraestrutura completa e moderna para os acadêmicos, que priorizam o atendimento individualizado e o usuário do serviço é assistido em várias especialidades da fisioterapia. Acredito que este é um local de treinamento de técnicas fisioterápicas, onde seria difícil a inserção de outros saberes nesta rotina, mas há possibilidade de atuação em equipe nos trabalhos com grupos específicos de indivíduos e serve como ponto de encontro para reuniões científicas na sala de estudos. Exemplifico uma situação clínica enfrentada pelos acadêmicos do campo específico do Coletivo de Pensamento da fisioterapia, mas que é ponto de interação de outros profissionais: o indivíduo seqüelado de acidente vascular encefálico (AVE), que recebe atendimento na Clínica de Fisioterapia e necessita de cuidados em diferentes níveis de atenção, por diferentes profissionais, levando em consideração que interajam entre si e construam objetivos em conjunto (interdisciplinaridade) e não a somatória de procedimentos isoladamente (multidisciplinaridade). Posso citar o indivíduo com asma brônquica perene, o politraumatizado e tantas situações problema que se comportam como objetos fronteiros, possibilitando atuação multiprofissional. Cabe aqui lembrar que a promoção, a prevenção, a educação em saúde são também, e principalmente, fortes objetos fronteiros para o desenvolvimento da interdisciplinaridade, e não somente as doenças como exemplificado anteriormente.

V.1.1.3 A Missão do Centro e do Curso

O Centro de Ciências da Saúde tem, dentre sua missão,

Formar profissionais comprometidos com a promoção da saúde, pela integração das ações de ensino, pesquisa e extensão de forma interdisciplinar, socialmente comprometidos e eticamente fundamentados, objetivando com suas ações a melhoria das condições de vida da comunidade (UNIVALI, 2003, p.4) (meu grifo).

Para alcançar estes objetivos, faz parcerias com várias instituições, portanto realiza a intersetorialidade, “*visando desenvolver ações conjuntas voltadas à promoção, prevenção, restabelecimento e reabilitação da saúde*” (UNIVALI, 2003, p.4). Percebe-se atuação nos três níveis de atenção à saúde e a palavra interdisciplinaridade está explícita, o que não me surpreende, pois no âmbito da Saúde Coletiva a interdisciplinaridade se coloca como uma exigência interna. Não há Saúde Coletiva sem interdisciplinaridade.

Neste estudo trago a concepção de intersetorialidade como sendo uma relação interdisciplinar entre as instituições (político e privadas, ONG, associações). A saúde sendo conceituada dentro da premissa de associação com fatores econômicos, culturais, transporte, emprego, informação, acesso, água de qualidade, etc. exige relações intersetoriais.

Já o Curso de Fisioterapia, tem como missão:

Formar profissionais fisioterapeutas generalistas, socialmente e eticamente comprometidos com a promoção da saúde, na busca da melhoria das condições de vida da comunidade de forma integrada e qualificada, bem como inserir o acadêmico nas ações interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão (UNIVALI, 2003, p.4).

Portanto, percebemos a intenção da formação generalista, com olhar global sobre o ser humano e sua saúde, bem como iniciativas de inserção de ações interdisciplinares nas suas atividades na vida acadêmica. Interessante esta colocação, pois podemos concluir, através do referencial teórico desta pesquisa, que não é possível realizar uma **promoção em saúde** de maneira unitária, passando esta a ser considerada então um **objeto fronteiro**.

V.1.1.4 Objetivos geral e específicos do curso

Objetivo Geral: Capacitar **Profissionais Generalistas na área de Saúde**, capazes de avaliar e programar metas do **tratamento fisioterápico em cada patologia específica**, de forma a atuar na **área preventiva, terapêutica e de reabilitação do paciente**, para restaurar, desenvolver e preservar a sua capacidade física enquanto ser individual e coletivo, participante de uma sociedade (UNIVALI, 2003, p.5) (meu grifo).

Pelas palavras usadas para construir o objetivo geral do Curso, percebe-se novamente a tendência a nomear o usuário dos serviços do profissional fisioterapeuta como um ser doente, chamado-o de paciente. A atuação está um pouco limitada, pois além de prevenir, tratar e reabilitar a doença, é também competência do fisioterapeuta promover a saúde da população.

Objetivos específicos:

- Realizar diagnóstico fisioterapêutico e funcional de cada paciente;
- Avaliar, planejar e estabelecer etapas de assistência;
- Selecionar, qualificar e quantificar os recursos, métodos e técnicas apropriadas nas mais variadas áreas do campo de atuação fisioterapêutico;
- Tratar e reavaliar, sistematicamente, o seu trabalho, durante todo o processo terapêutico;
- Utilizar os diversos recursos físicos e naturais, recursos terapêuticos manuais, a cinesioterapia e métodos *específicos de tratamento fisioterapêutico* (UNIVALI, 2003, p. 5).

Percebe-se ainda mais a especialização, contrariando o que foi dito até agora, que o perfil generalista com atuação nos três níveis de atenção era a principal característica do Curso. Não encontro nenhuma intenção de práticas interdisciplinares.

Quando o documento apresenta o que espera do profissional formado pelo Curso, descreve alguém com perfil **generalista** que vê o paciente como um todo fragilizado pela doença, que deve ser analisado de forma **holística**. Percebo a noção do global, mas voltada para o indivíduo doente e também que a palavra holística incita a integralidade.

A redação do item comportamento técnico-científico do aluno merece especial atenção. Dentre suas atitudes, relata a “*transformação de preconceitos com os demais profissionais da área da saúde*” (UNIVALI, p.5) (meu grifo). Uma expressão equivocada, pois pode ser interpretado como um sentimento negativo por parte do fisioterapeuta em relação aos demais profissionais da saúde. Transmite a impressão de que há uma resistência por parte do fisioterapeuta em aceitar e compartilhar outros Estilos de Pensamento, uma vez que constitui com todos os profissionais da área o mesmo Coletivo de Pensamento, a saúde.

Afirma pouco adiante que o generalista que se pretende é aquele apto a atuar nas áreas mais conhecidas da fisioterapia, ou seja, nas especialidades da profissão reforçando a idéia de que vivemos ainda a supervalorização do especialista, típico da visão cartesiana do mundo industrializado. Vivemos em um tempo de mudança deste olhar, pelo menos na maneira de planejar as ações de saúde, destacando a abordagem global do indivíduo e sua família como a mais adequada, consolidando o princípio da integralidade. Para tanto, necessitamos de profissionais com postura e atitude preparados para este desafio de mudança do modelo assistencial de saúde.

Quando o PP descreve o mercado de trabalho do fisioterapeuta, o faz apresentando os campos de atuação que vão desde clínicas e hospitais até locais de promoção à saúde, como as redes sociais da população (escolas, creches...).

V.1.1.5 Preocupações com a mudança do perfil do profissional

O documento parece engajado às modificações da formação do profissional de saúde quando descreve que...

... o que vemos até aqui é a formação de um profissional altamente especializado, centrado no modelo curativo e fragmentado. (...) vemos emanar do seio da sociedade a necessidade de um profissional pleno, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com visão ampla e global do indivíduo e da coletividade. No entanto, a formação dos profissionais fisioterapeutas, ainda está centrada nas técnicas biomédicas, fragmentadas, voltadas ao modelo flexneriano, curativo, em que o atendimento do indivíduo aparece como eixo principal (UNIVALI, 2003, p.6).

Isto reflete a necessidade de mudanças no ensino superior, reflexo dos estudos dos dirigentes do Curso e das exigências de documentos do MS, do MEC e da política de saúde vigente no país. Nesta citação, percebe-se que o foco da cura está sendo transformado para a prevenção e promoção de saúde, um pouco desconectado com que o que o PP vem apresentando até agora, usando uma nomenclatura que subentende o tratamento de pessoas doentes.

No texto encontro outra expressão que demonstra a forte influência do relatório Flexner no ensino em saúde, quando aponta falhas na matriz atual do Curso...

... debilidade da matriz vigente que não privilegia a construção do conhecimento para as disciplinas do período, havendo um distanciamento entre as disciplinas básicas e as aplicadas. Acredita-se que a nova matriz solucionará esta dificuldade, atualmente os professores têm resgatado os assuntos básicos essenciais ao desenvolvimento das disciplinas (UNIVALI, 2003, p. 8) (meu grifo).

A divisão entre disciplinas básicas e aplicadas é resultado tanto da orientação do Relatório Flexner para a composição dos currículos da medicina, como pelo currículo proposto pelo Ministério da Educação em 1983, já comentado anteriormente.

V.1.1.6 Docentes

Uma vez que os documentos do curso norteiam o perfil e a formação que o acadêmico irá receber, são ainda mais importantes os atores que irão colocar em prática o que há no papel, os docentes do Curso.

Em se tratando da qualificação docente, que vem crescendo de maneira satisfatória e surpreendente, podemos observar que os mesmos têm procurado capacitação em áreas não tão fisioterapêuticas, pois além de alguns estarem cursando Mestrados em Fisioterapia, encontramos Ciências do Movimento, Ciências da Saúde, Saúde Pública e Saúde da Família, como escolha de nossos docentes. Isto contribui para abertura de novos horizontes e aquisição de conhecimento em outros saberes, oportunizando que o docente transita por outros Estilos de Pensamento, tornado-se diferente, mais preparado para ensinar diferentes olhares sobre a mesma temática e praticar com seus pares a interdisciplinaridade.

A Universidade do Vale do Itajaí, pensando no constante melhora na qualidade do ensino, adota programas de capacitação de seus docentes através de formação continuada. Em fevereiro de 2003, tivemos a oportunidade, durante a Formação Continuada para Docentes, de aprofundar a temática interdisciplinaridade. Como o próprio PP afirma,

Esta formação continuada possibilitou o encontro entre os professores dos períodos e o estabelecimento dos conhecimentos e habilidades comuns entre as disciplinas, possibilitando, nas consecutivas reuniões de conselho de classe por período, o planejamento e execução da atividade interdisciplinar a ser realizada (UNIVALI, 2003, p.11) (meu grifo).

Tal atividade contou com a participação de um bom número de docentes da fisioterapia (77% do total). Este encontro tinha por intenção a **integração das diferentes categorias profissionais que ministram aulas no curso**, embora a maioria tenha sido fisioterapeutas. É importante salientar que há diversidade de profissionais no Curso, isto contribui muito para a variedade de informações que o acadêmico recebe. O curso ainda está fortalecendo sua relação intracoletiva (entre seu próprio Coletivo de Pensamento), mas percebo que segue para o caminho intercoletivo. É um passo interessante a ser dado, pois para haver boa comunicação intercoletiva, temos que estabelecer primeiro um bom diálogo intracoletivo.

A participação dos docentes em eventos demonstra grande procura por cursos, congressos e atualizações nas várias especialidades da fisioterapia e clínica. Alguns participaram de eventos que abordam generalidades em saúde, tais como saúde da família. Raros são os docentes que participam de encontros em outras áreas que não a saúde, como educação, políticas públicas, administração, computação, destacando os principais. Os que o fizeram, foram em eventos promovidos pela própria universidade. Há dois eventos que citam no seu título as palavras “**interdisciplinar**”⁶ e “**multidisciplinar**”⁷. Mais um indício de que o Estilo de Pensamento do fisioterapeuta

⁶ VII Encontro LEIFAMS – Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Família e Saúde, II Jornada Interdisciplinar: a família como foco do ensino, da pesquisa, da assistência. Ocorrido em outubro de 2003, na cidade de Maringá (PR).

⁷ II Curso Internacional de Neonatologia e I Encontro Multidisciplinar em Neonatologia. Ocorrido em agosto de 2003, na cidade de Curitiba (PR).

está inserido em outros tantos Coletivos de Pensamento e de que o assunto está em pauta.

V.1.1.7 Pesquisa e Extensão no Curso

Quando estive compondo meu referencial teórico, percebi que muitos espaços potenciais no curso poderiam ser usados para o desenvolvimento de práticas de atuação interdisciplinar e agora vislumbro a pesquisa científica como um espaço propício para estas atividades. Fiquei surpresa ao descobrir neste documento que a orientação dada aos alunos é...

... a realização de trabalhos de conclusão de curso com delineamentos experimentais ou observacionais, preferencialmente estudos transversais, de coorte ou ensaio clínico randomizado (UNIVALI, 2003, p.26) (meu grifo).

Ora, isto me parece uma contradição interna. Como um Curso, que deseja fortalecer a promoção e proteção à saúde, tem como base a pesquisa experimental, biologicista, positivista, percebida como recuperação e reabilitação (centrada na doença)?

Reflico que é uma grande deficiência no Curso o predomínio destas pesquisas e a falta de abordagem ao trabalho qualitativo. Estudos experimentais e observacionais também podem abrigar análises qualitativas (estudos quali-quantitativos). O conhecimento adquirido da maneira puramente quantitativa enriquece a profissão como ciência, mas não aborda o processo saúde-doença com a mesma intensidade que a pesquisa, qualitativa. Acredito que o convívio de métodos e abordagens diferentes de pesquisa no Curso seria enriquecedor para este setor.

V.1.1.8 Matriz Curricular e Metodologias de Ensino

A matriz curricular atual do Curso, o currículo 3, é composta por 56 disciplinas dispostas entre 8 semestres, totalizando 4.155 horas/aula. Conforme exigências das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia de 2002, esta foi construída contendo disciplinas das áreas biológicas, biotecnológicas, humano-sociais e

fisioterapêuticas. A matriz antiga, aqui analisada a partir do seu terceiro período, é baseada no currículo proposto em 28 de fevereiro de 1983, com a Resolução nº 4, tendo em vista o Parecer nº 622/82 do Ministério de Educação. Torno a lembrar que este documento esteve norteando os Cursos de Fisioterapia até cerca de 3 anos atrás e tinha fortes características do currículo flexneriano. O currículo 2 contém 56 disciplinas, totalizando 3.900 horas/aula (incluindo as 60 horas/aulas de Educação Física).

Percebe-se na matriz antiga a forte influência do modelo flexneriano na composição e nomenclatura das disciplinas, de suas ementas e sua divisão clara em ciclos: o básico até o terceiro período, o quarto período como sendo uma transição para a introdução de técnicas de avaliação e conduta em fisioterapia e a partir do quinto período, o ciclo profissionalizante. Por muitas vezes o PP assim divide o Curso durante a sua redação. O currículo proposto pelo Ministério da Educação em 1983 propõe a divisão do Curso em 4 ciclos, já o relatório Flexner, o divide em 2.

O PP apresenta algumas inovações no ensino. Cita a atividade curricular integrada, realizada inicialmente de forma experimental no quinto e sexto períodos do Curso. O objetivo foi a articulação das disciplinas em cada período de maneira horizontal. Entendo que a prática da interdisciplinaridade dentro do currículo ainda encontra barreiras de execução e aceitação, mas a comunicação é necessária, primeiramente de forma horizontal, intracoletiva, para futura progressão ao trabalho intercoletivo (classifico o coletivo como as diferentes identidades profissionais).

A proposta nos dois períodos (5º e 6º) consistiu de uma prova elaborada por todos os docentes na tentativa de integração dos saberes, porém o sexto período merece ser melhor detalhado. Este definiu como atividade um caso clínico que abordasse todas as disciplinas horizontalmente. O PP cita a dificuldade dos professores em integrarem todas as disciplinas em um único caso clínico, por isso, foram realizadas três provas contemplando as disciplinas clínicas e fisioterapêuticas na mesma avaliação. Informo que este período contém oito disciplinas de Fisioterapia Aplicada às Clínicas e Disfunções, divididas nas especialidades de pediatria, pneumologia, cardiologia e ginecologia e obstetrícia, além da pesquisa em fisioterapia II. Todas são puramente profissionalizantes quando analisadas em seu conteúdo programático, com abordagem concentrada na doença. Reconheço que **a doença é um bom espaço para integração de saberes** e troca de informações para resolução de seus problemas, como um objeto fronteiro. Mas não é interessante explorar somente este lado, pois não é nossa intenção oportunizar ao futuro profissional um olhar somente voltado para o indivíduo doente,

mas que nossa atuação fisioterapêutica deve englobar ações de promoção, educação e proteção à saúde.

Devido a este problema, a Coordenação do Curso elaborou uma formação continuada sobre interdisciplinaridade, como citada anteriormente. O resultado desta iniciativa foi uma melhora na integração dos docentes maior criatividade nas propostas de ACI de todos os períodos no segundo semestre de 2003. Foram incluídas desde visitas técnicas a locais de atuação do fisioterapeuta, gincanas de conhecimento, até a repetição da experiência anterior da prova com casos clínicos, na qual permaneceu o olhar voltado para a doença. Um grande passo foi dado, o movimento de mudança está acontecendo, agora seria importante extrapolar essa experiência de integração horizontal, intracoletiva em **integração intercoletiva** (entre Coletivos de Pensamento).

As docentes que construíram este documento e que acompanharam de perto todas estas atividades, descrevem no PP a dificuldade no fechamento da atividade pois o Curso está desprovido de um instrumento de avaliação deste processo, ou seja, dos aspectos positivos e negativos desta experiência. Relatam também que algumas situações puderam ser observadas nas reuniões de conselho de classe. Ora, acredito que esta foi uma forma de avaliação. É necessário o entendimento de que não utilizamos somente de números para analisar um processo, mas o conhecimento de outros instrumentos e tipos de pesquisa utilizados em educação. As falas dos atores, quanto às suas experiências e percepções, são uma rica fonte de informação para mapeamento de resultados. Mais uma vez, percebo a forte influência do modelo cartesiano de construção da ciência.

Algumas questões apresentadas no PPP sobre estas atividades merecem ser aqui relatadas:

- houve dificuldade de entendimento das atividades como estratégia de ensino e que foi vista somente como método de avaliação do aluno;
- professores especialistas construindo e desempenhando atividade generalista;
- dificuldade de comunicação entre os professores do período.

Acredito ser algo normal por ser a primeira vez que o curso inova, realizando novas atividades, integrando alunos e docentes de todos os períodos. Tanto docentes como discentes estão experimentando algo novo, que tornar-se-á constante, e que a princípio gera incertezas e falta de entendimento por alguns. É uma proposta nobre que deve ser mantida, reformulada e aprimorada pela Coordenação e docentes a fim de

alcançar seus objetivos mais claramente, pois é a interdisciplinaridade presente nesta metodologia de ensino.

Tal idéia foi reaproveitada e no segundo semestre de 2003, transformada em uma gincana comemorativa ao Dia do Fisioterapeuta (13 de outubro). As provas eram, na sua maioria, questionamentos científicos englobando conhecimentos de todas as disciplinas. Os alunos estavam divididos em equipes compostas por acadêmicos somente da fisioterapia. Houve integração com outros cursos quando os alunos tinham que procurar determinada pessoa na Universidade para uma prova da gincana. Várias professoras e um coordenador de curso gentilmente participaram da proposta. Esta teve ótimos resultados e é excelente estratégia **para integração** das disciplinas do curso e futuramente de outros Coletivos de Pensamento da área da saúde, como está explícito no PP.

O PP traz ainda um perfil dos Trabalhos de Conclusão de Curso defendidos em 2003. Através da tabela que apresento na seqüência, é clara a prevalência de monografias voltadas à fisiopatologias, experimentos, fatores de risco e incidência de certas morbidades, bem como métodos de avaliação e tratamento em fisioterapia, enfocando então a doença e a especialidade. Há uma lacuna importante na atuação em equipe, troca de saberes com outros cursos e com a atenção primária e secundária em saúde.

TABELA 2: Distribuição da freqüência de pesquisas por área de conhecimento.

ÁREA DO CONHECIMENTO	FREQUÊNCIA	
	NÚMERO	PORCENTAGEM %
Ciências básicas	3	8,34
Clínica	22	61,11
Saúde Coletiva	1	2,77
Formação específica	10	27,78
TOTAL	36	100

Fonte: Tabela construída a partir da interpretação do PP (UNIVALI, 2003).

V.1.1.9 O Estágio

O mesmo tem como objetivos:

I - propiciar condições de atuação nas diversas especialidades relacionadas à Fisioterapia;

II - oportunizar a prática dos conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos durante o curso, na área clínica, ambulatorial e hospitalar;

III - aplicar os conhecimentos teóricos relativos ao funcionamento de ambientes fisioterapêuticos, manejo de materiais e atendimento ao paciente;
(UNIVALI, 2003, p. 44) (meu grifo).

Percebo o estágio com objetivos bem claros: praticar os conhecimentos fisioterapêuticos adquiridos durante os três primeiros anos do curso. A palavra paciente aparece mais uma vez para designar nosso cliente, que pressuponho, já seja alguém que procura nossos serviços com uma doença estabelecida. Até mesmo os ambientes de atuação estão um pouco fechados para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares. Claro que estes citados possibilitam este tipo de ensino, mas há outros com grandes potenciais e acredito que seria este o momento crucial no curso para a vivência de um trabalho em equipe, que troca informações, interage e atua nos três níveis de atenção.

Quando o PP fala sobre a avaliação do acadêmico em estágio, cita no item *I – Ética e Comportamento Profissional*. O estagiário, dentre outras competências, é avaliado quanto ao seu **relacionamento interpessoal**. Parece-me ser uma preocupação da Coordenação do Estágio observar e pontuar o aluno quando está frente a seus colegas, professores e funcionários dos campos de estágio, mas este também poderia ser analisado quanto à sua postura, interação e aceitação de outras práticas e saberes.

V.1.1.10 Intercâmbios e Convênios do Curso: espaços potenciais para o desenvolvimento da Interdisciplinaridade

O PP apresenta seus convênios e intercâmbios, que percebo como locais possíveis para o desenvolvimento da interdisciplinaridade. Estes compreendem centros de atenção terciária e redes sociais da comunidade, como **hospitais** da região de abrangência da Universidade, o **Lar Fabiano de Cristo**, o Órgão gestor de mão de obra do trabalhador portuário avulso do Porto de Itajaí – **OGMO** e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – **APAE** de Itajaí. O Lar Fabiano de Cristo e a APAE atendem crianças carentes de Itajaí e suas famílias.

Os hospitais acomodam vários Coletivos de Pensamento. O trabalho em equipe é vivenciado diariamente. Parcerias devem ser estabelecidas, para a resolutividade de cada caso. São inúmeros os espaços potenciais de atuação interdisciplinar, sendo as **doenças** os grandes **objetos fronteiriços**.

O Lar já é local de desenvolvimento de atividades de Extensão de vários cursos da Universidade, é atendido por um Projeto de Extensão próprio, como descrito posteriormente nas análises destes documentos. Pode ser considerado um **objeto fronteiriço**, tendo como norteador a **saúde da criança**.

A APAE é campo de aulas práticas das disciplinas do sexto período, **objeto fronteiriço** de trabalho interdisciplinar na **atenção ao portador de necessidades especiais**.

O OGMO já é assistido pelo Curso de Fisioterapia em um Projeto de Extensão, mas há espaço para atuação também de outros Coletivos de Pensamento que atuem de maneira interdisciplinar e intersetorial, sendo um **objeto fronteiriço** propício para a **atenção à saúde do trabalhador**.

Acredito que o ponto forte de todos estes locais conveniados, que possibilita o trabalho em equipe sejam os problemas de saúde da prática diária, que para serem melhor assistidos, requerem integralidade da atenção e esta implica em atuação interdisciplinar.

V.1.1.11 Linhas de Pesquisa: Objetos Fronteiriços ainda inexplorados

No item linhas de pesquisa do curso, vislumbro um grande espaço de interação com outros saberes, outros cursos da área da saúde e até outros centros. Temos atualmente quatro linhas de pesquisa sendo estruturadas no curso:

- **Estudo do movimento humano normal, alterado e/ou anormal;**
- **Estudo, validação e aprimoramento das técnicas de avaliação e de tratamento em fisioterapia;**
- **Estudos voltados à prevenção de disfunções do movimento humano;**
- **Estudos experimentais das variações metabólicas relacionadas ao movimento.**

Ao conhecer os objetivos de cada linha, as disciplinas envolvidas e as questões de pesquisa, é clara a idéia de concretizar a fisioterapia como ciência, na comprovação de suas ferramentas, tanto de avaliação como das técnicas de manuseio. Observando apenas os títulos, estas parecem estar aptas à atuação interdisciplinar, mas da forma com que estão organizados a justificativa, objetivo geral e procedimentos de coleta de dados de cada linha de pesquisa, não há possibilidade de muita abertura para outros saberes externos à fisioterapia. Cabe lembrar que é uma orientação do Setor de Pesquisa, que sejam realizadas pesquisas experimentais, como já descrito anteriormente. Reflito: como podemos estabelecer limites para nossos estudos, se não há uma pesquisa potencialmente disciplinar. Não há atuação fisioterápica sem relação com outros Coletivos de Pensamento, seja em nível básico (anatomia, fisiologia, etc.), social (antropologia, sociologia, etc.) ou clínico (neurologia, ortopedia, odontologia, enfermagem, psicologia, etc.).

A linha **Estudos voltados à prevenção de disfunções do movimento humano** tem ótimo perfil para ser um espaço de atuação interdisciplinar, parece possuir bons **objetos fronteiriços**, pois traz em sua justificativa a seguinte frase:

A fisioterapia como ciência, mostra-se inicialmente como área da saúde que em primeira instância deve agir com a prevenção, e somente em um segundo momento reabilitar (UNIVALI, p.53) (meu grifo).

Seu enfoque principal é a prevenção de disfunções, o que parece ser um bom espaço para a troca de informações entre vários saberes. Já a quarta linha de pesquisa desenvolve suas atividades em laboratórios do CCS, onde vários cursos transitam e convivem nas suas atividades didáticas de ensino e pesquisa. Percebo aqui também um bom espaço de trabalho interdisciplinar nas pesquisas desenvolvidas dentro desta Linha.

V. 1.1.12 Avaliação Institucional do Curso

O PP demonstra resultados da avaliação institucional, que consiste de uma prática da Universidade que visa conhecer os pontos fortes do curso e os pontos com necessidade de maior atenção. Os docentes e discentes responderam a um formulário e mostraram que a estratégia de ensino mais utilizada é a aula expositiva e dialogada, mas também há inovações como estudo do meio, representações temáticas, discussão de casos clínicos, aulas teórico práticas, júri simulado, produção de texto, entre outros. Percebi que estas práticas começaram a fazer parte da rotina didático-pedagógica do curso ao analisar os planos de ensino. Muitas estratégias de ensino utilizadas são **objetos fronteiriços**, como a **discussão dos casos clínicos ou preferencialmente a discussão de casos clínicos comunitários**, nas quais podem participar vários Coletivos de Pensamento e seus Estilos de Pensamento. Acredito ser importante esta mudança nas metodologias e ensino, pois o docente necessita destas e de outras ferramentas para o ensino de práticas interdisciplinares, caso o curso adote as sugestões que serão feitas por este estudo.

V. 1.1.13 Planos de ação

Nos planos de ação do Curso, que apresentam os delineamentos do curso nos próximos anos, percebi poucas metas e ações que visem atividades de integração entre cursos do CCS. O PP faz um apanhado da organização curricular, onde destaca a implantação da nova matriz (currículo 3 – ANEXO 2) e readequação do currículo 2 (ANEXO 1), referente à disciplina de Pesquisa em Fisioterapia II ministrada no 6^o período do curso, que atualmente está sem conteúdo programático, portanto não pôde ser analisada neste estudo.

Falando dos projetos integrados e inovações didático-pedagógicas, o PP traz como metas as quais destaco expressões interessantes, que referenciam a troca de saberes interdisciplinares:

1.Promover e incentivar a participação em workshops para a geração, disseminação e interpretação do conhecimento, fazendo o aproveitamento de sugestões e surgimento de novas idéias.

2.Compor equipes multidisciplinares (formais, informais, temporárias) - como e para que acontecem... (UNIVALI, p.64) (meu grifo).

Não compreendo por que no próprio documento encontra-se escrito uma observação sobre as equipes: “como e para que acontecem?”. Será que o curso ainda não tem definido qual o objetivo da composição das equipes?

Para atingir as metas citadas acima, as ações incluem:

... 2 Participação em equipes multidisciplinares (formais, informais e temporais) para solver e/ou estabelecer projetos específicos do curso ou de integração com outros cursos do mesmo Centro.

3 Promoção da Semana do Fisioterapeuta conjuntamente com a realização da Gincana de Fisioterapia que integra atividades didático-pedagógicas, entre professores e alunos do curso e comunidade acadêmica da UNIVALI.

4 Abertura de novos campos de estágio. / Cooperação com os serviços de outros Cursos e departamentos da universidade / contato com empresas parceiras para Renovação dos Termos de Convênio e, conseqüentemente resposta quanto a reputação e qualidade dos serviços prestados em tais locais por parte do Curso de Fisioterapia (...) (UNIVALI, 2003, p.64) (meu grifo).

Analisando a citação acima, comento as expressões por mim grifadas. Há ausência de categorização do termo **equipes multidisciplinares**, é utilizado sem um sentido definido, parece ser apenas uma forma de nomear a equipe. Percebo que há real intenção de compor equipes, de integrar os cursos, mas não há nada concreto de como operacionalizar isso.

Sobre o fato de **estabelecer projetos** específicos do curso, percebo a interdisciplinaridade acontecer se houver a **integração com outros cursos do mesmo Centro**. O documento sugere, mas não fornece ferramentas concretas de como esta integração pode vir a acontecer. Estas, já encontrei e destaquei em algumas partes deste Capítulo. A **cooperação com os serviços de outros cursos** implica em contato, parceria, troca, indicando **interdisciplinaridade**. As **empresas parceiras** podem ser uma forma da busca pela **intersetorialidade** na área da saúde.

Quanto ao planejamento das atividades de conclusão de curso, é apresentada a inserção de palestras com o intuito de “*Promover a Semana de Iniciação Científica,*

juntamente com a promoção de palestras na área de Fisioterapia ou interdisciplinar”, nas quais suas ações englobam “*oportunidade de apresentação de outros trabalhos científicos, de acadêmicos e/ou professores do curso ou de outros cursos do CCS*” ... (UNIVALI, 2003, p.65) (meu grifo).

Esta é uma proposta concreta de socialização do saber entre cursos. O Curso de Fisioterapia demonstra ser empreendedor nesse sentido, pois a abertura de suas portas e espaços para outros saberes é uma atitude interdisciplinar. Percebo esta proposta como oportunidade de aproximação dos cursos e seus atores e repleto de **objetos fronteiriços**.

Acompanhamento da elaboração e execução da Atividade Curricular Integrada, abordando em cada período a perspectiva da integração horizontal dos conhecimentos e habilidades nas atividades teórico-práticas... (UNIVALI, 2003, p.65-66).

As ações de extensão previstas incluem a inserção do curso em projetos **multidisciplinares** em andamento, realizando **parcerias** com instituições públicas e/ou privadas para tanto (**intersetorialidade**). O documento utiliza, mas acredito que o emprego da palavra multidisciplinar parece inadequado para classificar estes projetos. Percebo que as propostas para o futuro do curso estão adequadas ao novo currículo e suas disciplinas. Sinto falta de uma abordagem maior das políticas públicas de saúde vigentes no país e de maiores atividades entre o curso e setores que determinam a saúde da população, conforme sugerem as Diretrizes Curriculares.

V.1.2 Planos de Ensino

V.1.2.1 Comentários Gerais

Os Planos de Ensino (PE) constituem-se em instrumento fundamental para o trabalho docente. Neles devem estar articulados o compromisso dos professores com as diretrizes curriculares e o PP do Curso, bem como o conteúdo, estratégias e avaliação da disciplina (SCHLINDWEIN, DIRSCHNABEL, 2002). São parte do currículo de um curso, sendo a síntese dos valores e característica deste.

Em 2001, Cutolo conceituou currículo como:

O conjunto de práticas e métodos realizados no curso médico... Estas práticas (a execução do ementário, a execução da grade curricular, prática docente-assistencial, valores contidos no discurso médico, o conteúdo das disciplinas, etc) são, no seu sentido amplo, currículo (CUTOLO, 2001, p.10).

O ideário do professor se manifesta no plano de ensino de sua autoria. Suas práticas curriculares, a bibliografia que recomenda e utiliza bem como priorizado nas aulas, dão indícios de como os docentes concebem determinados assuntos. Neste estudo, a temática investigada é a interdisciplinaridade.

... o ato de planejar pode ser considerado um ato intencional de reorganizar um conjunto orgânico de ações, que tenha sentido, para as reais mudanças que se pretende concretizar. ... plano de ensino vem auxiliar o direcionamento e a sistematização das ações que o professor junto com seus pares e alunos, pretende desenvolver. Ele é uma diretriz, um roteiro, sistema de referência para professores e alunos. É um instrumento de ensino e aprendizagem .. não dá conta de toda a dinâmica da prática, exigindo do professor a revisão periódica e o constante redimensionamento das atividades (LUZ, BORBA, 2002, p.1).

Ainda segundo Luz e Borba [2002], os PE na UNIVALI são elaborados e revistos a cada semestre e contém as especificidades das atividades do ensino com objetivos, estratégias e resultados.

As disciplinas analisadas totalizaram 11 do primeiro e segundo período do currículo 3 e 34 do terceiro ao oitavo períodos do currículo 2. Faltaram os planos de ensino de Pesquisa I e Biofísica Básica do primeiro período e Genética, Cinesiologia e Biomecânica I e Recursos Eletromagnéticos em Fisioterapia I do segundo período. Do currículo antigo, faltaram os planos das disciplinas Cinesioterapia do quarto período; Pesquisa em Fisioterapia do sexto período; e Prática Sob a Forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Pediátrica do oitavo período. Estas citadas não foram disponibilizadas pela Responsável do Projeto Pedagógico do Curso. Acredito que isto ocorreu pelo fato do matriz ser nova e estar ainda em fase de implantação, além do fato

de que alguns planos necessitam de modificações a cada semestre e posterior aprovação do PP do Curso, o que pode demorar alguns meses.

Para a análise dos planos de ensino utilizei os Blocos de Informação de Alabuénaga e Ispiuza (1989), conforme descrito na metodologia deste estudo. Tais dados foram coletados e tabelas foram construídas em cada período do Curso para orientação na confecção do texto final. Pude ter um olhar panorâmico de todas as disciplinas, realizar muitas vezes um comparativo entre elas e observar a crescente tendência à especialidade a partir do primeiro período.

O primeiro período engloba um pouco de cada área de conhecimento (ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, bio-tecnológicas e fisioterapêuticos) definidas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia do MEC de 2002, mas isto vai desaparecendo à medida que avança o Curso. A partir do segundo período há certa tendência a inserir a especialização e progressão para o nível terciário de atenção, concretizando a forte visão das doenças no quarto período. Os dois últimos anos do Curso, que contém o quinto, sexto, sétimo e oitavo períodos do Curso destacam-se por estarem bem caracterizados como um ciclo profissionalizante, como definiu Flexner (1910).

V.1.2.2. Espaços potenciais para práticas interdisciplinares

Os espaços potenciais para práticas interdisciplinares, onde encontramos **zonas de interface entre Coletivos de Pensamento** são discutidas a seguir. As disciplinas foram separadas por períodos.

- Primeiro período (currículo 3)

No primeiro período, os conhecimentos das ciências biológicas e da saúde mesclam com ciências sociais e humanas em sua abordagem sócio-cultural das disciplinas de Antropologia e Saúde Coletiva. A **prevenção, promoção**, processo saúde-doença são abordados em algumas disciplinas deste semestre.

A **família, comunidade e políticas-públicas** são ministradas em **Saúde Coletiva**. Acredito ser um espaço ideal para o ensino do pensamento e vivência interdisciplinar, pois estes conteúdos podem vir a ser **Objetos Fronteiriços**. A

obesidade, a epidemiologia, doenças prevalentes, grupos prioritários, planejamento em saúde podem ser situações problema a serem abordadas em estratégias de ensino envolvendo os alunos da fisioterapia com outros cursos do CCS.

Várias estratégias de ensino podem facilitar esta prática como visitas técnicas, planejamento de ações nos níveis de atenção primário e secundário, dentre outros. Esta disciplina traz como um de seus objetivos de aprendizagem, noções sobre o modelo Flexneriano de formação da área da saúde: “*Conhecer o documento que redefiniu a formação dos profissionais de saúde*” (UNIVALI, 2004, p.1).

Ensina ao aluno a refletir sobre as práticas de saúde vigentes confrontando com o que se deseja com a política do Sistema Único de Saúde. Aborda de maneira adequada certos temas que aproximam o acadêmico de como deva ser o profissional de saúde que atua com saúde coletiva, traz em suas frases a intenção de consolidar o SUS como política pública de saúde formando fisioterapeutas para trabalhar neste serviço. Toda ementa apresenta objetos fronteiros e situações problema para trabalho interdisciplinar:

Políticas e programas de saúde e suas implicações na fisioterapia.
Epidemiologia. Atenção Básica à saúde. Atendimento domiciliar
(UNIVALI, 2004, p.1).

Cita muito a atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, mas não é centrado exclusivamente na profissão, pois nas aulas também enfatiza o trabalho em equipe durante as explicações do SUS, nas visitas e atribuições de cada membro no PSF. Pouca explicitação na atuação domiciliar, esta enfoca a reabilitação dentro da casa dos pacientes.

Destaco aqui algumas sentenças relevantes relacionadas ao recorte deste estudo:

Objetivos de Aprendizagem:

- ... Descrever o processo saúde doença enquanto processo coletivo;
- ... Conhecer o papel e atuação do fisioterapeuta no SUS;
- ... Descrever o processo histórico da construção do SUS;
- ... Identificar os princípios e diretrizes da Estratégia Programa Saúde da Família;
- ... Identificar métodos de Promoção e Educação em Saúde e atuação prática de cada método.

... Conhecer a atuação da equipe multiprofissional em ambiente domiciliar e na comunidade (UNIVALI, 2004, p.1-2).

Conteúdos:

... Princípios doutrinários: universalidade, equidade, integralidade... (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

Além do potencial desta disciplina, acrescento **Antropologia** como possuidora de **Objeto Fronteiriço (saúde da família)** para atuação com projetos e pesquisas desenvolvidas em vários cursos.

As disciplinas que abordam conhecimentos de ciências biológicas e da saúde como **Citologia e Embriologia Humana, Histologia, Anatomia Humana I e Bioquímica** também podem ser espaços de trabalho e são **possuidoras de objetos fronteiriços** para pesquisas interdisciplinares entre os cursos da saúde. Estas desenvolvem muitas atividades de ensino em laboratórios comuns a todos os cursos da saúde e de outros centros. A infra-estrutura da Universidade já é compartilhada em muitos momentos, acredito que aulas possam ser ministradas em conjunto e situações podem ser debatidas em conjunto. Claro que deve ser levada em consideração que alguns Cursos requerem carga horária maior para determinadas disciplinas, mas não proponho que todas as aulas devam ser dadas iguais à todos, mas selecionados alguns dias e situações de trabalho em equipe, já desde o primeiro semestre. Acredito que, se o aluno tiver a oportunidade de exercitar e vivenciar a interdisciplinaridade desde o início da formação acadêmica, futuramente fica mais fácil. É de suma importância exercitar o contato precoce com outros Coletivos de Pensamento.

Ressalto a disciplina de citologia e embriologia humana, que em seu objetivo geral traz “*discutir os fundamentos da citologia e embriologia empregados na atuação do fisioterapeuta*” (UNIVALI, 2004, p.1). Muitas disciplinas apresentam no objetivo geral:

Fisioterapia Aplicada à Clínica Reumatológica: ...Aplicar os fundamentos da reumatologia nas demandas do fisioterapeuta (UNIVALI, 2004, p. 1) (meu grifo).

Patologia de Órgãos e Sistemas: ... Identificar a etiologia, a patogenia, ...de interesse em fisioterapia (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

Diagnóstico por Imagem: ... Métodos de diagnóstico por imagem relacionados à fisioterapia (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

Nestes casos, posso realizar duas análises. Este direcionamento do conteúdo da disciplina para o que realmente importa na atuação do fisioterapeuta, pode ser uma forma de “fechar as portas” para informações e estratégias de ensino (aulas práticas com outros cursos) essenciais para o entendimento da complexidade saúde e doença, que requer visão integral do ser humano. Por outro lado, pode estar explicitando o compromisso do docente em integrar o saber “básico” à práxis da fisioterapia.

As disciplinas do ciclo de matérias biológicas, tal como são ministradas e assimiladas, não representam ao alunado sua importância devida. Os temas abordados constituem embasamento indispensável para a formação profissional diferenciada. Muitas vezes há interpretação de que este ciclo é apenas etapa formal a ser cumprida por mera exigência curricular e isto, segundo Cutolo (2001, p.107) “*provoca profundas marcas em sua formação subsequente*”. O mesmo autor relata ainda que

A ocorrência sistemática do aluno com o cadáver, suas peças anatômicas, seus tecidos, tendem a descontextualizar o homem inserido dentro de seu aspecto sócio-histórico (CUTOLO, 2001, p.108).

Penso que este propósito limita a atuação entre Cursos do CCS, pois fala na especificidade do Curso. O mesmo acontece com a disciplina de bioquímica.

A disciplina de **Iniciação em Fisioterapia** introduz noções gerais da profissão ao futuro fisioterapeuta. Apresenta os campos de atuação, legislação e especialidades em que atuamos. Penso que acima de tudo, o aluno deve ser informado que o perfil que se quer do egresso do Curso de Fisioterapia da UNIVALI é alguém com formação generalista e não especialista. Tem como um de seus objetivos de aprendizagem “*diferenciar os termos multi, pluri e interdisciplinar*” (UNIVALI, 2004, p.2) (meu grifo). Para isso usa os conteúdos: “*Assistência multidisciplinar; Equipe multiprofissional; Programas de reabilitação” no nível terciário e especialista (UNIVALI, 2004, p.2) (meu grifo). Também objetiva que o aluno “*reconheça ações político-sociais da fisioterapia*” (UNIVALI, 2004, p.2). Para atingir este objetivo, aborda em seu conteúdo as entidades de classe e o **Ato Médico** (Projeto de Lei n. 125, que parece estar sendo reformulado por gerar conflitos entre as categorias profissionais da área da saúde), este tema pode ser uma **situação problema** para debater entre vários*

acadêmicos da área da saúde. Outro objetivo é “*reconhecer a importância das disciplinas através de uma análise curricular*” (UNIVALI, 2004, p.2.). Para este objetivo, utiliza os conteúdos:

UNIDADE 7 - A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA DO FISIOTERAPEUTA: ATITUDE E POSTURA ACADÊMICA

7.1 Perfil profissiográfico

7.2 O Currículo

7.2.1 Considerações Gerais

7.2.2 Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia (UNIVALI, 2004, p.2).

Questiono: será que os alunos têm noção do que compreende a palavra disciplina e têm conhecimento suficiente para analisar um currículo? Não seria melhor, a princípio só conhecê-lo? Interessante abordar a temática com os alunos, bem como demonstrar a existência das Diretrizes. Mas cuidado deve ser tomado com as discussões, pois pode faltar maturidade no conhecimento filosófico sobre o assunto e conclusões erradas podem acontecer.

No mesmo Plano de Ensino, chamo a atenção do ensino das “*especializações em fisioterapia*” (UNIVALI, 2004, p.2). Acredito que seria interessante utilizar a nomenclatura formação continuada e permanente no documento e já inserir o aluno às expressões utilizadas na capacitação profissional.

- O segundo período (currículo 3)

A disciplina de **Ética e Cidadania** era ministrada no quarto período na matriz curricular antiga (currículo 2) e esta experiência mostrou a necessidade da inserção deste conteúdo desde o início da formação profissional do acadêmico. O primeiro objetivo de aprendizagem citado é:

Destacar o agir ético como a capacidade reflexiva voltada para a transformação da realidade sócio-cultural e a importância deste agir para o futuro profissional da área da saúde (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

Acredito que esta disciplina é ideal para abordagem desta temática. O aluno deve entender que não conseguirá resolutividade e integralidade da atenção se não observar o seu cliente em sua realidade sócio-cultural. Seu conteúdo de **bioética** pode ser um **objeto fronteiroço**.

Em Pesquisa II há espaço para inserir as linhas de pesquisa de maneira aprofundada do CCS e citar as dos outros centros. É local ideal para o desenvolvimento de pesquisas e estudos entre cursos, para reaproveitar dados de outras pesquisas e aprimorá-las. Resolver situações problemas de casos clínicos utilizando Estilos de Pensamento de diferentes cursos: bioestatística, epidemiologia, informática e novas metodologias de atenção à saúde.

As disciplinas que abordam conhecimentos ciências biológicas e da saúde como Fisiologia Humana, Imunologia e Anatomia Humana II também podem ser espaços de trabalho e pesquisas interdisciplinares entre os cursos da saúde, assim como exemplificado no primeiro período.

O que antes era a disciplina de Diagnóstico por Imagem e estava alocada no terceiro período, neste currículo novo chama-se **Imaginologia I** e está no segundo período. Alguns conteúdos foram reformulados e neste primeiro momento a anatomia radiológica normal é priorizada. A Imaginologia II, ministrada no terceiro período (o qual não foi analisado neste estudo por entrar em execução somente em 2005), aborda os achados radiológicos patológicos da anatomia humana. Acredito que esta disciplina pode ser um espaço de atuação entre Cursos, quando aborda os aspectos gerais da **radiologia** e do **movimento humano**.

- O terceiro período (currículo 2)

A disciplina de **Prótese e Órtese** apresenta visão de integralidade sobre o indivíduo. Lembro que esta tem vários significados e aqui, o que é repassado ao aluno é que seu cliente não deve ser visto de maneira fragmentada, como alguém que apenas necessita de indicação e treinamento do uso de sua prótese devido à sua amputação. Aborda visões psicológicas e sociais, pensa na readaptação do amputado à sua vida.

Objetivos de Aprendizagem:

... Discutir e estimular uma visão MULTIDISCIPLINAR na abordagem do paciente amputado (UNIVALI, 2004, p.2) (meu grifo).

Para atingir o objetivo citado, aborda os conteúdos:

UNIDADE 12 – READAPTAÇÃO INTEGRAL DO AMPUTADO

...12.3. Retorno e readaptação ao ambiente domiciliar e profissional

12.4. Aspectos psicológicos e sociais (UNIVALI, 2004, p.2) (meu grifo).

Apresenta em seu conteúdo vários **objetos fronteiriços** pela identidade com a **ortopedia**. Como aborda temática de interesse a vários Coletivos de Pensamento da área da saúde e de outras áreas, podem utilizar, como exemplo, conhecimentos do Curso de Design para a criação de novas cadeiras de roda e adaptações para as atividades de vida diária de indivíduos com seqüelas neurológicas e amputações. Aspectos da acessibilidade ambiental poderiam ser trabalhados com a Engenharia Civil. Para tanto, poderiam desenvolver às práticas curriculares interdisciplinares através de estudos científicos, projetos de pesquisa, projetos ensino e extensão, trabalhos de conclusão de curso, dentre outros espaços.

A disciplina de Cinesiologia e Biomecânica aborda o **movimento humano**, tema que gera inúmeras situações problema. Mas da maneira com que encontra-se organizada está um tanto limitada para a inserção de acadêmicos de outros cursos. Está trabalhando os conteúdos “fragmentando o ser humano em articulações”. Em sua ementa traz “*Estudo segmentado do complexo articular do corpo humano*” (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo). Tem identidade com a anatomia humana e possivelmente a prática da interdisciplinaridade ficará restrita á algumas aulas.

Encontro a **Fisiologia II**, disciplina de conhecimentos ciências biológicas e da saúde, que pode conter **objetos fronteiriços** e ser trabalhada conforme já descrito no primeiro e segundo períodos.

Diagnóstico por Imagem, como já descrevi no segundo período, passará a partir do primeiro semestre de 2005, a ser ministrada em dois semestres (Imaginologia I e II). Esta poderá vir a ser um grande espaço de atuação entre cursos, pois encontro situações problema como trauma e violência urbana e **saúde do trabalhador, saúde do idoso** como **objetos fronteiriços**.

A **Fisioterapia Preventiva I** tem muito potencial e é rica em espaços fronteiriços. Está organizada e desenvolve suas atividades de tal forma que possibilita a inserção de outros cursos. Encontra-se próxima a um Projeto de Extensão, chamado Porto Saúde, analisado posteriormente. **Promoção em saúde, prevenção, saúde do trabalhador, ergonomia** são alguns dos **objetos fronteiriços** que vislumbro como espaços para práticas interdisciplinares.

- O quarto período (currículo 2)

No quarto período, **Ética e Deontologia** mescla conhecimentos de ciências sociais e humanas e fisioterapêuticos. Apresenta espaços para ensino entre os cursos se utilizarmos os conteúdos de **bioética** como **objetos fronteiriços**. As situações problema discutidas nesta disciplina (reprodução humana, Projeto Genoma, clonagem, transgênicos, doação de órgãos, quebra de confidencialidade, aborto, eutanásia e conflitos éticos) podem ser propícios momentos de integração de diferentes Estilos de Pensar sobre estes temas.

Fisioterapia Preventiva II tem característica de disciplina que comportaria um ensino interdisciplinar. Sua ementa enfoca a prevenção, mas sua classificação entre os conhecimentos fisioterapêuticos dificulta esta integração com outros cursos. Realiza atividades intersetoriais, onde leva os alunos para aulas práticas no Porto de Itajaí, oferecendo rico **objeto fronteiroço**, a **saúde do trabalhador**. Esta atitude poderia inserir outros saberes nas ações de educação, promoção e prevenção realizadas no local. Também realiza palestra com os bombeiros para falar sobre **primeiros socorros**, outro **objeto fronteiroço**. Seu conteúdo de epidemiologia, não só da caracterização do trabalhador portuário, poderiam ser abordados por diferentes Estilos de Pensamento. A **saúde do idoso** e **do adolescente** também aparecem como **objetos fronteiriços**. Os conteúdos trabalhados derivam da ementa da disciplina que neste caso é:

Fisioterapia Preventiva no Porto de Itajaí. Fisioterapia Preventiva na Escola. PCMSO (Programa de Controle Médico em **Saúde Ocupacional**)/Ginástica Laboral. Trabalho noturno e em turnos. Infecção hospitalar: medidas de controle e prevenção. Noções de socorros de urgência. Fisioterapia preventiva na terceira idade (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

A disciplina de **Farmacologia** aborda as bases farmacológicas relacionadas às diversas patologias, não encontrei nenhum conteúdo relacionado à fitoterapia, modo de tratamento incentivado pelo SUS. Nesta e em **Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas** não há nada específico da fisioterapia e vislumbro como espaços potenciais de atuação com outros Coletivos de Pensamento, pois vários profissionais da saúde podem estar recebendo os conteúdos desta disciplina. Os **objetos fronteiriços** são as **doenças**.

Já **Fisiologia do Exercício** traz em seu conteúdo situações problema como epidemiologia e obesidade que podem vir a ser exploradas dentro de algum **objeto fronteiriço** como a **saúde do idoso**, encontrada aqui.

- Quinto e sexto períodos

O perfil clínico das disciplinas destes dois períodos possibilita que o resultado de sua análise seja agrupado.

Percebi que as disciplinas a partir do quinto período priorizam o ensino baseado nas especialidades da fisioterapia, ainda se encaixam nas disciplinas do ciclo profissionalizante do currículo de 1983. Utilizam pensamentos biologicistas e tecnicistas para a resolução de problemas, os conteúdos programáticos enfocam a cura e reabilitação. Nesse sentido, podem apresentar **objetos fronteiriços** nas **patologias**, comuns à vários Coletivos de Pensamento. Confirmando o tipo de formação que os profissionais fisioterapeutas recebem: pouca valorização da promoção, educação em saúde e prevenção. Nesta fase, fica clara a divisão do curso em quatro ciclos, como orientava o currículo de 1983. O quinto e sexto períodos encontram-se como fase de transição do curso. O que encontro aqui, e vivenciei como aluna e posteriormente como docente, é o esquecimento pelos alunos dos conhecimentos básicos adquiridos nos anos iniciais do curso e agora exigidos diariamente nas aulas.

Tudo gira em torno das doenças. Quando surge a prevenção, ela está ligada às complicações, ou seja, o enfoque é em cima de uma doença já instalada, poucas vezes se pensa na prevenção da própria patologia ou seus fatores de risco.

Fisioterapia Aplicada à Clínica Ginecológica e Obstétrica: ... Proporcionar aos acadêmicos a revisar os conhecimentos básicos sobre anatomia, fisiologia, fisiopatologia e conhecer o diagnósticos e tratamento das doenças

do aparelho genital feminino, mamário e gestacional, enfocando pontos onde a fisioterapia deverá ou poderá ajudar na prevenção e recuperação das patologias existentes (UNIVALI, 2004, p. 1) (meu grifo).

Fisioterapia Aplicada às Disfunções Reumatológicas: ... Demonstrar meios para prevenção de deformidades (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

A disciplina de Fisioterapia Aplicada às Disfunções Neurológicas cita prevenção no seu objetivo geral, mas não contempla no conteúdo programático. Praticamente não se observa o ensino da promoção em saúde. Somente na disciplina do quinto período **Fisioterapia Aplicada às Disfunções (FAD) Reumatológicas**, cita a educação em saúde e parece abordá-la em seu sentido de educação sanitária visando a prevenção e profilaxia das doenças.

Conteúdo Programático: ... Prescrever as orientações domiciliares e cuidados a serem tomados com a artrite reumatóide na realização das AVD's (UNIVALI, 2004, p.1).

Em **FAD Neurológicas** esta abordagem aparece quando cita em uma de suas estratégias que os alunos irão “*elaborar um folder sobre cuidados/orientações para a família com criança portadora de necessidade especial*” (UNIVALI, 2004, p.3) (possíveis **objetos fronteirios**) portanto, o olhar também é para a educação sanitária.

Fisioterapia Aplicada à Clínica (FAC) Cardiológica e FAD Ginecológicas e Obstétricas também, mas não descrevem adequadamente de que forma o realiza.

Fisioterapia Aplicada à Clínica Cardiológica: ... Identificar os critérios de gravidade e aplicar o conhecimento na orientação ao paciente (UNIVALI, 2004, p. 2).

Fisioterapia Aplicada às Disfunções Ginecológicas e Obstétricas: ...Orientações para gestante quanto aos posicionamentos para cuidados com o bebê e amamentação (UNIVALI, 2004, p. 2).

Há confusão nas disciplinas de Fisioterapia Aplicada às Clínicas, algumas só parecem ser objetos fronteirios com as disciplinas do bloco de conhecimentos biológicos e as patologias, mas outras têm bom enfoque social e objetos fronteirios para trabalho interdisciplinar.

Em **FAD Ortopédica e Traumatológica** é claramente descrito no plano de ensino a fragmentação do indivíduo, que é visto através das várias doenças que acometem partes do seu corpo (articulações).

Ementa: Avaliação e tratamento fisioterapêutico nas Disfunções músculo-esqueléticas na coluna vertebral, ombro e cintura escapular, cotovelo, punho e mão, joelho, tornozelo e pé (UNIVALI, 2004, p.1).

Já **FAD Reumatológicas**, também preocupa-se com a causa da doença e fatores psicossociais.

Conteúdo programático:

Introduzir a epidemiologia das patologias reumatológicas.

...Relacionar fatores psicossociais que influenciam a resposta ao tratamento fisioterapêutico (UNIVALI, 2004, p.1).

Em **FAC e FAD Pediátricas**, a **saúde da criança** é um forte **objeto fronteiroço**, sendo a fisioterapia pediátrica um grande espaço potencial a ser explorado.

- **Sétimo e Oitavo Períodos – Estágio Supervisionado (Currículo 2)**

Percebe-se nos períodos finais do curso o enfoque do tratamento à doença individual, o atendimento ao ser doente. Retorno a encontrar a **doença** como **objeto fronteiroço** do estágio em fisioterapia com outros cursos do CCS.

Nas rotinas iniciais do estágio acontece a apresentação da Clínica Escola ao acadêmico e aparece em todos os planos de ensino analisados do sétimo período das Prática Sob a Forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Neurológica; Ortopédica, Traumatológica e Reumatológica e Ginecológica e Obstétrica: “*Conhecer o contexto da Clínica Escola*” (UNIVALI, 2004, p1). Seria interessante o aluno receber informações sobre a existência de outros serviços oferecidos à comunidade, situados neste Campus da Universidade, para conhecer outra abordagem que o usuário da Clínica de Fisioterapia possa estar recebendo. As clínicas de fonoaudiologia, psicologia, medicina, enfermagem, escritório de direito, dentre outros, são locais de atendimento à

população no Campus de Itajaí. O Campus II, de Balneário Camboriú também oferece serviços no Curso de nutrição, muitas vezes recomendados também ao nosso usuário.

A mesma coisa acontece com os estágios desenvolvidos em ambiente hospitalar. Quando cita a apresentação do hospital e sua rotina para os alunos, esta poderia ser uma oportunidade para os acadêmicos conhecerem outros setores do hospital e a entrarem em contato com a equipe de profissionais de saúde. Um responsável por cada setor ou alguém que se disponibilize a esta tarefa, poderia ser convidado para dar as boas vindas e falar sobre as atribuições de cada setor.

O plano de ensino do estágio de neurologia (Prática Sob a Forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Neurológica) também aborda a “*Familiarização com sondas, cateteres, e a equipe multiprofissional*” (UNIVALI, 2004, p.1), mas não descreve corretamente como realiza esta ação.

Já na disciplina de estágio de cardiopneumologia (**Prática Sob a Forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Cardiopneumologia**), aparecem alguns objetivos de aprendizagem que merecem ser destacados, como...

Possibilitar ao futuro fisioterapeuta uma visão da totalidade do quadro de atividades voltadas à área de Cardiologia e Pneumologia (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

Proporcionar vivência em atendimento preventivo, curativo e/ou reabilitador da fisioterapia ambulatorial (UNIVALI, 2004, p.1).

Esclarecer ao acadêmico o conceito de equipe multidisciplinar, adaptando o aluno aos mais diferentes ambientes de trabalho (UNIVALI, 2004, p.2) (meu grifo).

Na primeira citação, gostaria de ressaltar uma incoerência. Inicialmente imagino que será dada ao aluno noções de integralidade, mas terminando de ler a frase, percebo que a visão da totalidade está encerrada dentro da especialidade a que se trata o estágio. Dessa forma entendo que o indivíduo a ser atendido pelo estagiário que cursa essa disciplina, será assistido de maneira fragmentada.

Algumas disciplinas como Prática Sob a Forma de Estágio Supervisionado (PSFES) em Fisioterapia Neurológica; Ortopédica, Traumatológica e Reumatológica e

Ginecológica e Obstétrica trazem em seus conteúdos que desenvolvem condutas profissionais em seus alunos, mas não citam o trabalho em equipe.

O estágio é local propício onde todas as disciplinas dos três primeiros anos do curso estão sendo praticadas e há vários espaços para outros cursos da área da saúde estarem envolvidos. Como o estágio prioriza o atendimento individual ao ser doente, acredito que o acadêmico, além de tratar isoladamente seu paciente possa estar também ajudando a família no enfrentamento da doença e auxiliando o cuidador maneiras mais eficazes de manejo e cuidado em casa de um de seus membros.

Nos estágios são encontradas várias situações problema que possibilitam a atuação interdisciplinar e **objetos fronteirios** podem ser novamente a **saúde da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador, do idoso**. Estes não são explorados, pois as atividades do estagiário e suas atribuições impossibilitam, pela falta de tempo e espaço curricular, que o mesmo transite por outros Coletivos de Pensamento.

V.1.2.3 Disciplinas a serem preparadas para desenvolver a interdisciplinaridade

No terceiro período, seleciono duas disciplinas consideradas de conhecimentos fisioterapêuticos: **Fisioterapia Geral** e **Recursos Terapêuticos Manuais**. A primeira traz os recursos físicos e térmicos utilizados em fisioterapia. Já a segunda as técnicas de terapia manual utilizadas na prática da profissão. A disciplina do quarto período **Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação Fisioterápica** aborda exatamente o que traz em seu nome. Estas três citadas têm conteúdos um tanto específicos que dificultam a inserção de outros saberes e devem ser adaptadas para a prática interdisciplinar. Com um olhar de transversalidade, em determinado momento irão aparecer zonas de interface com outros saberes, principalmente com as áreas biológicas como fisiologia, histologia e afins; podendo então integrar outros Coletivos.

V.1.2.4 Síntese das Áreas do Conhecimento que podem funcionar como Objetos Fronteirios

- Saúde da família e seu ciclo vital

- Saúde materno-infantil
- Saúde do adolescente
- Saúde da mulher
- Saúde do trabalhador
- Saúde do idoso
- Promoção em saúde
- Educação em saúde
- Proteção à saúde
- Políticas públicas
- Vigilância epidemiológica
- Comunidade
- Bioética
- Ortopedia
- Ergonomia
- Primeiros socorros
- Doenças
- Atenção básica
- Qualidade de vida
- Processo saúde-doença
- Atenção domiciliar

V.1.2.5 Situações Problema: possíveis objetos fronteiriços

Acredito que os problemas de saúde da população são melhor resolvidos e na sua integralidade se abordados por vários Coletivos de Pensamento da área da saúde.

Os objetos fronteiriços englobam várias situações problema como exemplo: A **saúde do trabalhador (objeto fronteiriço)** pode ser abordada entre vários Coletivos de Pensamento. Para trabalharmos em conjunto e construir objetivos em comum, temos que levantar alguns aspectos da saúde do trabalhador como, a qualidade de vida, aspectos do estresse e ergonomia no trabalho, as doenças prevalentes nesse grupo (DORT e LER), primeiros socorros em caso de acidentes de trabalho, dentre outras situações.

Isto serve para exemplificar de que maneira podemos programar nossas atuações interdisciplinares. As necessidades de uma população ou do ambiente de trabalho é que propiciam o planejamento das ações da equipe.

Analisando os planos de ensino do curso, levantei algumas situações problema que podem vir a auxiliar o trabalho através dos objetos fronteiricos. Aqui descrevo:

- Tabagismo
- Estresse
- Obesidade
- Desenvolvimento Neuropsicomotor
- Doenças cerebrovasculares
- Doenças prevalentes
- Grupos prioritários
- Movimento humano
- Bioética
- Epidemiologia
- Bioestatística
- Informática
- Primeiros socorros
- Doenças
- Saber popular
- Processo saúde-doença
- Trauma
- Violência urbana
- Reprodução humana/Projeto Genoma
- Clonagem
- Transgênicos
- Doação de órgãos
- Quebra de confidencialidade
- Aborto
- Eutanásia
- Conflitos éticos
- Reinserção social
- Planejamento das ações e gerenciamento dos serviços de saúde

- Organização do processo de trabalho
- Ato médico

V.1.2.6 Expressões que indicam Interdisciplinaridade

Analisando os planos de ensino, destaquei algumas expressões que explicitam a interdisciplinaridade:

- integralidade
- profissionais de saúde
 - equipe multiprofissional
 - equipe de saúde coletiva
- processo de trabalho
 - equipes de trabalho
 - grupo
- interdisciplinaridade
- pluridisciplinaridade
- multidisciplinaridade
- disciplina, matéria

V.1.2.7 Bibliografia

A bibliografia utilizada pelos docentes na construção das aulas e recomendada para estudo é em sua grande maioria biologicista e tecnicista, voltada para a especialidade. Algumas disciplinas como PSFES em Fisioterapia Ginecológica e Obstétrica, PSFES Pneumológica-UTI têm livros enfermagem em seus livros recomendados. FAC neurológica cita um livro que aborda a saúde-doença. A disciplina de Pesquisa II tem livros de estatística e bioestatística. Ética inclui livros de humanas-sociais e de saúde.

V.1.2.8 Estratégias De Ensino

Foi interessante visualizar novas metodologias de ensino que não apenas as costumeiras aulas-expositivas dialógicas. A Universidade e o Curso de Fisioterapia propiciam aos docentes a capacitação para inovações didático-pedagógicas através de suas formações continuadas que acontecem semestralmente. A instituição incentiva novas metodologias de ensino e isto pôde ser observado nos resultados da avaliação institucional, aqui apresentada nas análises do projeto pedagógico.

Ao analisar os planos pedagógicos das disciplinas do primeiro ao oitavo período, observei estudos em grupo realizados entre dos membros da sala de aula. A partir do quinto período estes eram sobre patologias ou casos clínicos sem intercâmbio com outras áreas e saberes. Debates do tipo júri simulado são inovações metodológicas. Encontrei em muitas disciplinas visitas técnicas à redes sociais da população, locais de convênio com o Curso e em Unidades Básicas de saúde do município. Algumas vezes estas atividades são realizadas por vários professores em um mesmo período, no qual uma destas visitas pontua e gera debates para todos. A Atividade Curricular Integrada também foi citada, mas é realizada horizontalmente e discutida a fundo neste trabalho quando analiso o PP.

As disciplinas de FAD Ortopédica, Traumatológica e FAD Reumatológica estimulam a participação, integração dos alunos, síntese e troca, mas também tem como cenário a sala de aulas.

A atividade curricular integrada (ACI) é uma estratégia de integração horizontal das disciplinas em cada período e foi apresentada anteriormente na análise do PP.

V.1.3 Projetos de Extensão

V.1.3.1 Comentários Gerais

Para demonstrar o meu entendimento por Projeto de Extensão, cito a definição encontrada nos Cadernos de Ensino da UNIVALI (2002):

A Extensão é considerada uma atividade de participação acadêmica nos serviços ofertados à comunidade, permitindo-lhe usufruir o conhecimento produzido na Universidade. (...) É também objetivo da extensão universitária da UNIVALI estabelecer parcerias com a sociedade civil organizada e, a partir daí, contribuir para suas formas de organização e superação dos seus desafios mais evidentes e emergentes, sejam eles no campo da saúde, da educação, da segurança, da cidadania ou da promoção da qualidade de vida da forma mais ampla (UNIVALI, 2002, p.27) (meu grifo).

Os Projetos de Extensão aqui analisados são considerados de Caráter Permanente, segundo UNIVALI (2002).

Como já pressuposto, percebi após a realização das análises, que são os locais onde a interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa efetivamente acontecem. Observei que apresentam ricos objetos fronteiriços, alguns já bem aproveitados, com ações envolvendo vários Cursos do CCS e de outros Centros. Outros ainda não bem explorados, mas que são potenciais para práticas interdisciplinares entre vários Coletivos de Pensamento. Portanto, poucas sugestões puderam ser dadas.

Acredito que são locais adequados ao desenvolvimento de práticas de Educação Permanente, conforme documento do Ministério da Saúde:

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, (...) com a elaboração de projetos de: (...) mudança na graduação, nas especializações em serviço, (...); desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004c, p. 50) (meu grifo).

Analisei cada Projeto isoladamente, pois cada um tem objetivos e população alvo diferentes.

V.1.3.2 Programa de Humanização do Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA)

O Programa de Humanização do HUPA atende crianças e adolescentes da cidade de Itajaí (SC) e região, de zero à 14 anos de idade e seus cuidadores e/ou familiares. Pretende a ...

... formação de uma equipe interdisciplinar (fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, odontólogo, assistente social, pedagogo) iniciando um trabalho junto ao responsável pela criança ou adolescente, para apoio, orientação e educação, ... prevenção de reincidentes, ...aspectos sanitários, imunização ...(UNIVALI, 2004, p.1).

O trabalho da equipe visa promover a saúde da criança facilitando a adesão desta e da família ao tratamento e às orientações. Observo, a partir daí, a **saúde da família, saúde da criança e do adolescente** como **objetos fronteiriços**. Por tratar-se de um ambiente de atenção de nível terciário, este projeto pretende contemplar também...

... aspectos de prevenção primária e secundária à saúde da criança e da família, a partir de uma abordagem interdisciplinar (UNIVALI, 2004, p.1).

O trabalho é pautado na proposta de educação em saúde:

... educar para a saúde é transformar atitudes e comportamentos, formando hábitos na população, em benefício da sua própria saúde (UNIVALI, 2004, p.3).

Aspectos importantes relacionados à política pública de saúde vigente no país são abordados, como a referência e contra-referência, quando coloca que:

O HUPA fornece à Secretaria Municipal de Saúde, um relatório de alta do paciente, com parecer dos serviços do hospital, para o município dar continuidade ao tratamento da criança nas unidades de saúde. Para contribuir com este processo, docentes e acadêmicos da UNIVALI farão acompanhamento nas Unidades de saúde dos bairros de maior prevalência de internação ... (UNIVALI, 2004, p.2).

O projeto expõe em sua justificativa autores que confirmam importância da interdisciplinaridade na atuação em saúde:

... foi necessária a integração de saberes de maneira que estes conhecimentos se potencializem em benefício da comunidade, pois entende-se que o trabalho interdisciplinar não deve ser apenas a soma do trabalho de cada profissional individualmente (BORGES, 1999) (UNIVALI, 2004, p. 2) (meu grifo).

É citado no texto que...

... a inserção da universidade na saúde comunitária é condição fundamental para a concretização das diretrizes de um programa voltado à saúde integral, que ao contrário do tradicional modelo medicalizado, fragmentado, hospitalocêntrico e assistencialista, busca a conquista de saúde e o desenvolvimento de uma população baseada na inclusão social (BARROS, 2002) (UNIVALI, 2004, p.3) (meu grifo).

As autoras do projeto compreendem a necessidade de mudanças na formação dos recursos humanos em saúde e reconhecem que enfrentam um desafio de uma nova concepção de trabalho, que vai além do modelo hegemônico.

Está descrito no projeto exatamente a metodologia de como o processo de apoio às famílias se desenvolve. O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar se dá através da confecção de material didático e momentos de troca de informações da equipe, docentes e acadêmicos com a população alvo. Os temas abordados envolvem situações problema vivenciadas na internação e na rotina das famílias em reuniões semanais realizadas nas dependências do HUPA.

Este projeto é de autoria de todos os cursos engajados, representados por um ou dois docentes, mas há a coordenação geral de uma docente do CCS. Está acessível na Assessoria de Pesquisa do CCS e na coordenação dos cursos envolvidos.

V.1.3.3 Programa de Atenção Integrada à Saúde Materno-Infantil no Bairro Imaruí

O projeto visa a atuação junto à comunidade do Bairro Imaruí (Itajaí – SC), através de assistência interdisciplinar e multiprofissional ao grupo materno-infantil, grande demanda do local. A atuação da UNIVALI junto a esta população está para

terminar devido a ausência de um profissional especialista em obstetrícia na unidade, por isso, este projeto propõe a auto-sustentabilidade do serviço, para futuro desligamento.

Além das ações de saúde, com envolvimento dos cursos de enfermagem, fisioterapia, nutrição e odontologia, há o envolvimento do Curso de Geografia. Este último realiza estudos ambientais por Sensoriamento Remoto e do Sistema de Informações Geográficas (SIG) para o Controle de Doenças Infecciosas. Portanto, além de interdisciplinar, trata-se de um trabalho intersetorial.

Importante destacar o que o projeto traz sobre a articulação universidade, serviço e comunidade. E que ...

... este quadro nos obriga a uma atitude muito mais solidária, menos arrogante, e ...na medida em que percebemos a necessidade da visão e atuação interdisciplinar e multiprofissional, com o intuito de contribuir para a consolidação de recursos humanos altamente qualificados, competentes e aptos a mudarem o então perfil do profissional de saúde (UNIVALI, 2004, p.2) (meu grifo).

Era exatamente este compromisso com a mudança que estive à procura neste estudo. Percebo neste projeto ações que possibilitam esta mudança do perfil profissional, por utilizar a filosofia interdisciplinar de trabalho.

Acredito que a justificativa no projeto para a atuação do SIG esteve um tanto superficial na sua redação. Relata que este serviço é bom para o controle de doenças infecciosas e gera banco de dados, proporcionando uma visão espacial da problemática da saúde e sua relação com a degradação ambiental, mas não descreveu como é aproveitado pelos participantes no planejamento das ações de saúde para esta população alvo.

Percebo **objetos fronteirios** como a **saúde materno-infantil, educação em saúde e prevenção em saúde**. As situações problema que podem facilitar o trabalho em equipe são preparação para o parto, puerpério, aleitamento materno, qualidade de vida, auto-cuidado, desenvolvimento neuropsicomotor e planejamento familiar.

Assim como encontrado na análise anterior, este projeto é de autoria de todos os cursos engajados, representados por um ou dois docentes, mas há a coordenação geral de uma docente do CCS. Está acessível na Assessoria de Pesquisa do CCS e na coordenação dos cursos envolvidos.

V.1.3.4 Curso Superior de Extensão Universidade da Vida – UNIVIDA

É um curso com duração de dois anos, voltado para mulheres e homens acima de 40 anos, que tenham interesse em ...

...dedicar-se a atividade voluntária ou aperfeiçoar a mesma, que busquem um envelhecimento saudável, através da saúde global e do engajamento social (UNIVALI, 2004, p.1) (meu grifo).

A atuação é interdisciplinar com uma perspectiva de desenvolvimento sócio-comunitário. A proposta pedagógica foi construída coletivamente e utiliza a perspectiva histórico-cultural, associando Vygotski e Paulo Freire, pois segundo o projeto estes “*reconhecem a importância do diálogo e interação*”(UNIVALI, 2004, p.6). Estas ações são essenciais para que a interdisciplinaridade proposta seja contemplada.

O Curso também é uma forma de divulgação da UNIVALI, pois apresenta em programas de TV, rádio e jornais de circulação local e regional suas ações e resultados. Muitas das matérias jornalísticas produzidas sobre o UNIVIDA são realizadas por acadêmicos da própria universidade, portanto além dos cursos ligados diretamente ao projeto, Publicidade e Propaganda e Jornalismo também são cursos que se beneficiam com este projeto.

A execução se dá através de disciplinas ministradas por professores de diferentes cursos, centros e até de outros Campus da UNIVALI. São estes: Ciência Política, Direito do Cejurps; Gestão do Lazer e Eventos, Turismo do Campus II (Balneário Camboriú - SC); Economia do Ceciesa; Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Fonoaudiologia, Enfermagem, Psicologia, Odontologia e Nutrição do CCS. As aulas ocorrem três vezes por semana, no período matutino. As disciplinas são:

Aspectos sócio-políticos I e II, Cidadania e Direito I e II, Psicologia I e II, Saúde I (enfermagem e fisioterapia), Saúde II (nutrição), Saúde III (odontologia e fonoaudiologia), Lazer e cultura, Preparação para a ação voluntária I e II, Turismo na atualidade, Gerontologia e Economia (UNIVALI, 2004, p.5-6).

Através da nomenclatura das disciplinas, percebo uma junção de conhecimentos afins em “módulos”, que pode facilitar a compreensão e proporcionar ao aluno uma visão melhor de integração das informações recebidas. Não posso confirmar se ocorre interdisciplinaridade nas aulas pois desconheço o conteúdo programático e as estratégias de ensino das disciplinas, não sendo o objetivo deste estudo. Alguns projetos são executados pelos alunos da UNIVIDA de caráter voluntário em grupos específicos na cidade.

O projeto relata que há o desejo de ampliação de algumas disciplinas optativas e estendê-las à comunidade, para oferecer atividades culturais e recreativas neste local. Observo aqui três **objetos fronteiriços**, que permeiam todo o projeto: **saúde do idoso, comunidade e educação em saúde.**

Os docentes envolvidos reúnem-se para planejar, avaliar, compartilhar conteúdos, estratégias de ensino, dificuldades, “*envolvendo diferentes campos do saber*”(UNIVALI, 2004, p.6). As avaliações dos alunos dão-se de maneira integrada, com seminários de temas geradores, envolvendo todos os professores.

Além dos já ressaltados, percebo também a qualidade de vida como objeto fronteiriço. As situações problema que possibilitam a integração de Coletivos de Pensamento e os alunos encontram-se dentro das disciplinas ministradas.

Este projeto está acessível na Assessoria de Pesquisa do CCS e na coordenação dos cursos envolvidos.

V.1.3.5 Atenção Integrada à Saúde do Idoso no Município de Itajaí (SC) e Região

Este projeto é direcionado á vários grupos de pessoas: os idosos institucionalizados e funcionários do Asilo Dom Bosco, grupo de estudos e apoio aos cuidadores e familiares de idosos portadores de Doença de Alzheimer e similares (GEAZ) e idosos com os seus familiares e cuidadores residentes no entorno do Campus I da UNIVALI. A população alvo é assistida **interdisciplinarmente** envolvendo os seguintes cursos do CCS: enfermagem, psicologia, medicina, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição.

As ações são desenvolvidas em três locais. No Asilo Dom Bosco, no Ambulatório Geronto-Geriátrico (ainda a ser criado dentro da Unidade de Saúde da Família Comunitária – Bloco 29, Campus I) e no GEAZ. No primeiro, ressalto que o há

objetivo de educar os funcionários em serviço, portanto sugiro que vinculem este projeto ao PREPS, fortalecendo a Educação Permanente em Saúde para a capacitação dos funcionários que cuidam dos idosos.

Neste projeto observo **objetos fronteirios em educação em saúde, prevenção em saúde, saúde do idoso, comunidade e qualidade de vida**. Já as situações problema para estudos em equipe destaco as doenças prevalentes e o envelhecimento saudável.

Traz no objetivo geral o foco a atenção à saúde do idoso e dentre os específicos:

Promover a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento da pessoa idosa.

Criar um serviço interdisciplinar ambulatorial de referência à saúde do idoso
(...) Favorecer o acesso universal e equitativo dos serviços de assistência à saúde, através da referência e contra-referência ...

Proporcionar a inclusão da equipe de docentes e discentes nas ... atividades ... do PSF.

(...) Promover e assessorar o atendimento interdisciplinar à saúde dos idosos institucionalizados.

(...) Proporcionar atividades educativas preventivas aos cuidadores, familiares e idosos quanto ao envelhecimento saudável (UNIVALI, 2004, p.5) (meu grifo).

Percebo o compromisso dos docentes envolvidos no projeto não somente com a assistência, mas com a prática dos princípios do SUS, com a formação do futuro profissional de saúde e a prática interdisciplinar.

Onde são descritos os resultados esperados encontrei a intenção de ...

... que a equipe de trabalho seja coesa nas ações interdisciplinares, relativos à questão do idoso, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família, provocando a mudança do modelo biomédico (UNIVALI, 2004, p.7) (meu grifo).

Como já observado nos outros Projetos de Extensão analisados, aqui a interdisciplinaridade acontece, mas chamo a atenção para a constante reavaliação das ações e, por oferecer ricos objetos fronteirios, novos cursos e outros Centros podem transitar neste projeto interagindo com os cursos do CCS.

Este projeto é de autoria de todos os cursos engajados, representados por um ou dois docentes, mas há a coordenação geral de uma docente do CCS. Está acessível na Assessoria de Pesquisa do CCS e na coordenação dos cursos envolvidos.

V.1.3.6 Projeto Porto Saúde II

O foco deste Projeto de Extensão é a **saúde do trabalhador (objeto fronteiroço)** do Porto de Itajaí. Para dar continuidade às atividades com a disciplina de Fisioterapia Preventiva desenvolvidas no local, planeja realizar análises ergonômicas dos postos de trabalho, investigando os riscos físicos, apresentar propostas ergonômicas e propor e implantar programas de prevenção e promoção de saúde do trabalhador.

Atualmente só o curso de Fisioterapia atua neste projeto, realizando como descrito, ações de fisioterapia, mas acredito que outros cursos poderiam ser inseridos. O curso de fonoaudiologia para avaliar os riscos de exposição à altos níveis de ruídos e desgaste da voz. A Psicologia atuando nos aspectos emocionais e grupos de apoio. A medicina e a odontologia poderiam desenvolver ações preventivas e de assistência específicas. A intenção é que cada curso a princípio identifique como poderá atuar neste local e com esta população, para depois planejar as ações em conjunto com toda a equipe.

A intersetorialidade acontece pela integração entre setor o saúde e o portuário. Ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, tanto individual quanto coletivo são realizadas. Pode-se melhorar o cuidado e prevenção das doenças prevalentes nesta população, que ocorrem devido a sua idade e hábitos de vida.

Este projeto é de autoria da coordenadora do mesmo, e está acessível na Assessoria de Pesquisa do CCS e na coordenação do Curso de Fisioterapia.

V.2 SÍNTESE DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS TÉCNICOS

Apresento aqui uma síntese do Capítulo V. Escolhi a forma de tabela para descrever um breve resumo do documento analisado e suas possibilidades de práticas interdisciplinares.

TABELA 3: Síntese dos resultados da análise dos documentos técnicos

DOCUMENTO	RESUMO	POSSIBILIDADES
Projeto Pedagógico	Norteador das práticas curriculares do curso, tem boa base teórica na sua construção. Apresenta atualidade e observa as demandas sociais e políticas para a orientação da formação profissional. Algumas vezes é contraditório e confuso quanto ao perfil generalista que se pretende dar ao aluno. A valorização da especialidade e da doença está presente. Há estímulo de metodologias de ensino que valorizam a interdisciplinaridade. Importante investimento na capacitação permanente do docente.	Encontrados espaços potenciais para o desenvolvimento de práticas curriculares principalmente nos locais de convênios do curso e laboratórios de ensino. As inovações metodológicas do ensino também favorecem isto. O incentivo à pesquisa entre cursos poderia ser reforçado, bem como a consolidação e fortalecimento das linhas de pesquisa.
Planos de Ensino	Compreende o conteúdo, estratégias e avaliação de cada disciplina. Foram percebidas modificações nas tendências dos planos do currículo 2 e do 3.	Encontrados muitos espaços potenciais para a prática da interdisciplinaridade através dos objetos fronteiriços apontados em cada disciplina. Há sugestão do aproveitamento dos locais de desenvolvimento das aulas práticas para integração com outros cursos.
Projetos de Extensão	Estabelece parcerias entre a universidade, o serviço e usuários. Os projetos nos quais o curso está envolvido são realizados em conjunto com vários cursos do CCS e até do outros centros estabelecendo adequada interação entre Coletivos de Pensamento diferentes. Somente um projeto ainda é sub-utilizado, mas apresenta inúmeras possibilidades de trabalho interdisciplinar.	Realmente acontecem práticas curriculares interdisciplinares. Acrescento a exploração de outros objetos fronteiriços apontados em cada projeto e um estudo aprofundado no Projeto Porto saúde II, para a possível inserção de outros cursos.

Fonte: Tabela construída a partir da interpretação do PP (UNIVALI, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretende se constituir como subsídio aos que trabalham por mudanças na saúde. Pretende ser um convite à reflexão para a ação. As propostas de mudanças na formação dos recursos humanos em saúde são parte integrante do movimento transformador e conseqüências da Reforma Sanitária. A política do Ministério da Saúde em relação ao PSF, especialmente nessa nova fase em que as universidades passam a ter uma série de incentivos especiais, coloca nas agendas das instituições responsáveis pela formação a necessidade de produzir novas respostas e concretizar os desejos de reforma curricular.

Estive à procura de espaços com possibilidades de inserção de práticas curriculares interdisciplinares no Curso de Graduação de Fisioterapia da UNIVALI. Pude encontrar muitos, poucos explorados.

Não me surpreendeu o fato de que estas práticas ocorrem somente nos projetos de extensão, deixando as disciplinas dos quatro anos do curso muito falhas neste sentido. É interessante e muito proveitoso sair da sala de aula e inserir o aluno no cotidiano do trabalho de uma equipe de saúde. A aproximação do órgão formador com o serviço proporciona melhor visão para a elaboração de práticas de ensino que auxiliem na consolidação do SUS e prepare os futuros profissionais de saúde para atuarem nesse campo.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem (BRASIL, 2004c, p. 50) (meu grifo).

Repletos de objetos fronteiriços como espaço de troca de saberes entre Coletivos de Pensamento, os planos de ensino das disciplinas do curso podem, a partir das sugestões e dos objetos fronteiriços apontados neste estudo, incluir estratégias de ensino que proporcionem a aproximação e interação entre cursos do CCS e outros Centros. Percebe-se ainda uma tendência à prática tecnicista, mas que vem perdendo espaço para a atenção primária.

Os documentos oficiais abordam a interdisciplinaridade, reforçando que a formação deve estar voltada às políticas públicas. Muitas vezes as universidades não têm esclarecidas as formas com que devem proporcionar ao aluno um currículo com estas práticas.

Os resultados demonstram a necessidade de estudos sobre o tema, por parte dos atores envolvidos no ensino, a fim de criar oportunidades aos graduandos de uma formação com estas características. Esse é um problema a ser levantado. Percebe-se a boa vontade, a reflexão crítica, mas há confusão acerca do entendimento teórico acerca da interdisciplinaridade, bem como a ausência de norteadores do “como fazer”. A palavra “interdisciplinaridade” esteve explicitada de várias formas, ganhou vários sinônimos diferentes dos pensados inicialmente e algumas vezes, onde era tão importante ser lembrada, esteve ausente.

Cabe lembrar que a mudança na formação dos recursos humanos em saúde está amparada pelo Ministério da Saúde em seus projetos, como os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Estes, além do enfoque ao profissional já formado, preocupa-se com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde. Como apresenta o documento:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS (Brasil, 2004c, p. 63) (meu grifo).

Espera-se que estes resultados sejam norteadores do trabalho da coordenação do Curso de Fisioterapia, juntamente com corpo docente e discente, na construção de práticas curriculares que façam parcerias com outros cursos. A comunidade e profissionais que atuam no sistema de saúde podem estar participando na elaboração de estratégias e ações utilizadas no ensino, bem como na elaboração de projetos que contemplem a integralidade da atenção.

Este trabalho vem representa uma “fotografia” do Curso de Fisioterapia. Para que ocorra a interdisciplinaridade entre os Cursos do CCS, os resultados das “fotografias dos outros cursos”, realizadas pelos meus colegas mestrados devem ser sobrepostas. Acredito que devem ser ressaltados os objetos fronteiriços que mais apareceram em cada curso analisado e partindo destes, estratégias devem ser elaboradas e utilizadas para a integração dos cursos, seus discentes e docentes.

Tenho conhecimento que o assunto não é esgotado aqui e desejo que outros pesquisadores explorem meus resultados e que possam torná-los viáveis através de práticas curriculares integradoras.

REFERÊNCIAS

A FORMAÇÃO do profissional fisioterapeuta e sua adequação à comunidade. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. IX, n. 2, out-mar. 1997. p. 17-35.

ALABUÉNAGA, J. I. R.; ISPIUZA, M. A. **La Decodificación de la Vida Cotidiana: Métodos de Investigación Cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989. p. 181 – 217.

ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: REDE UNIDA, 2003.

ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde - Possibilidades de Mudança**. Londrina: UEL, 1999.

AMORIM, D. S. Necessidades Básicas da Transição Paradigmática: O Ciclo Pré-Clínico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, 21(1): 17-24, jan/abr., 1997.

ANGELIS, S. de. Fundamentos Filosóficos para a Interdisciplinaridade. In: WACHOWICZ, L. A. (Org.). **A Interdisciplinaridade na Universidade**. Curitiba: Champagnat, 1998. p. 25-42.

BORBA, A. M. **Projeto Pedagógico**: delineando uma concepção. CCS/UNIVALI. Mimeo, [2002].

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL** Rio de Janeiro. Ediouro, 1988.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. In.: ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: REDE UNIDA, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90**. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 17/12/2004.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8142/90**. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>> Acesso em 17/12/2004.

_____. Ministério da Saúde. **Proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para a Política de Educação na Saúde**. Mimeo. Brasília, 2003a. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. **O CNS e a Construção do SUS: Referências Estratégicas para Melhora do Modelo de Atenção à Saúde**. Brasília: MS, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. O CNS e a Construção do SUS: Referências Estratégicas para Melhora do Modelo de Atenção à Saúde**. Brasília: MS, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2003d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília, 09 de agosto de 2004a.

_____. **Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/legis/pdfs/portarias_m/pm_198_2004.pdf> Acessado em 17/12/2004b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família**. Brasília, 10 de fevereiro de 2005 (circulação restrita).

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, julho. 2003. p. 1163-1174.

CARNEIRO, João Marinônio Aveiro. As Diretrizes Curriculares e a Revisão da Nomenclatura das Disciplinas. **O COFFITO**, São Paulo, n.15, p. 30, jun. 2002.

COFFITO (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL). Resolução COFFITO-80. In: **Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional**. 2. ed. Porto Alegre: CREFITO 5, 2001. p. 113-115.

_____. 12ª. Conferência Nacional de Saúde – A saúde que temos, o SUS que queremos. **O COFFITO**, São Paulo, n.20, p. 4-11, set. 2003a.

_____. PSF: Uma solução assistencial. **O COFFITO**, São Paulo, n.18, p. 3, mar. 2003b.

_____. SOBRAL Escolas de Posturas: Resolutividade do Ato Fisioterapêutico. **O COFFITO**, São Paulo, n.18, p. 14-17, mar. 2003c

COSTA, A. M.; CREUTZBERG, M. Interdisciplinaridade: Percepção de Integrantes de um Programa de Atenção à Saúde. **R. Gaúcha Enfer.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p.58-69, 1999.

CUTOLO, L. R. A. **Algumas Considerações Sobre os Primeiros Estudos na Disciplina**. Disciplina Sociogênese do Conhecimento. PPGE/CED – UFSC. Mimeo, 1999.

_____. **Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um Estudo do Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, CED/UFSC, 2001.

_____. **Construindo um Instrumento para Investigar Interdisciplinaridade na Graduação na Área da saúde**. In: Anais do XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica. Florianópolis, 2003.

_____. **Interdisciplinaridade e ciências da saúde**. In: Anais XVIII Fórum Catarinense de Escolas de Enfermagem. CD ROM, 2004.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: efetividade ou ideologia?**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1992.

_____. **Interdisciplinaridade – História, Teoria e Pesquisa**. 11. ed. Campinas: Papyrus, 2003. 143 p.

_____. **Interdisciplinaridade – Um Projeto em Parceria**. São Paulo: Loyola, 1991.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica**. – processos e resultados. São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA/ABEM, 2002.

_____. **Mudanças na Educação Médica e Residência no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998.

FLECK, L. Genesis and Development of a Scientific Fact. In: CAMARGO JÚNIOR, K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, jul-ago. 2003. p. 1163-1174.

_____. **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. 200 p.

FONTES, O. L. Educação nas Ciências da Saúde e Novas Configurações Epistêmicas. **Saúde em Revista – Educação em Saúde**, Piracicaba, v. 3, n. 5/6, p. 15-22. 2001.

GAVA, M. V. **Fisioterapia: História, Reflexões e Perspectivas**. São Bernardo do Campo: Metodista, 2004.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220 p.

_____. Prefácio. In: FAZENDA, I.C.A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia**. São Paulo: Loyola, 1992. p.13.

KRIPPENDORFF, K. Content Analysis. In: LÜDKE; M.; ANDRÉ, M. E. **Pesquisa em Educação**. São Paulo: EPU, 1986. p. 41.

LÖWY, I. Fleck e a Historiografia Recente da Pesquisa Biomédica. In: PORTOCARRERO, V. **Filosofia, História e Sociologia das Ciências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 233-249.

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

LÜDKE; M.; ANDRÉ, M. E. **Pesquisa em Educação**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUZ, S. P.; BORBA, A. M. **A Prática do Planejamento de Ensino**. ProEn/UNIVALI, Mimeo, [2002].

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: _____. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

MEIRELLES, S. B. M.; DIAS, S. L. A.; FELIPPETTO, S.; CUTOLO, L. R. A. Interdisciplinaridade: Uma Saída para o Ensino Superior dos Profissionais de Saúde. **Anais do VII INIC - Encontro de Iniciação Científica, III EPG - Encontro de Pós-Graduação da UNIVAP**. Disponível em:

<<http://www.univap.br/inic2003/trabalhos/epg/4cienciasdasaude/EC4-28.pdf>>

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica.** Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE). CARTA DE OTTAWA. In: **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** 1986, Ottawa. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em 20/08/04.

_____. DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. In: **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** 1988, Adelaide. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>> Acesso em 20/08/04.

_____. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,** 1978, Alma-Ata. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em 06/08/04.

OPS/FEPAFEM (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA). Los Cambios de la Profesión Médica y su Influencia Sobre la Educación Médica. **Educación Médica y Salud.** v.28, n.I, p. 125-138, 1994.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** São Paulo: Artmed, 2003.

PORTILHO, E. M. L. A Psicopedagogia no Ensino Superior: o ensinar aprendendo e o aprender ensinando. In: WACHOWICZ, L. A. (Org.). **A Interdisciplinaridade na Universidade.** Curitiba: Champagnat, 1998. p. 43-56.

SCHÄFER, L.; SCHNELLE, T. Los Fundamentos de la Visión sociológica de Ludwik Fleck de la Teoría de la Ciencia. In: FLECK, L. **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico.** Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.

SCHLINDWEIN, L. M.; DIRSCHNABEL, C. **Os instrumentos de Avaliação no Contexto do Plano de Ensino.** CCS/UNIVALI. Mimeo, [2002].

SIQUEIRA, J. E. **A Arte Perdida de Cuidar.** Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio_10v2/simposio3.1/htm> Acesso em 11 julho 2003.

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

TEIXEIRA, R. C. A Formação das Atitudes Necessárias ao Fisioterapeuta do Século XXI. **FisioBrasil,** Rio de Janeiro, n. 58, p. 14-16, mar-abr. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1987. p. 159-167

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI). **Cadernos de Ensino - Formação Continuada.** Itajaí (SC): UNIVALI, 2002. 148p.

_____. **Projeto pedagógico: Curso de Fisioterapia.** Itajaí (SC): UNIVALI, nov. 2003. (mimeo)

_____. **Planos de Ensino do Curso de Fisioterapia.** Itajaí (SC): UNIVALI, jun. 2004. (mimeo)

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

VILELA, E. M; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 julho-agosto; 11(4):525-31.

VITORINO, S. O. Fisioterapia e Educação. **FisioBrasil**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 06-07, mar-abr. 2003.

WACHOWICZ, L. A. (Org.) A Interdisciplinaridade no Ensino Universitário. In: _____. **A Interdisciplinaridade na Universidade.** Curitiba: Champagnat, 1998. p. 85-101.

WENDHAUSEN, Á.; SAUPE, R. Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm** 2003 Jan-Mar; 12(1): 17-25.

ANEXOS

ANEXO 1

CURSO DE FISIOTERAPIA – CURRÍCULO 02

CÓDIGO	DISCIPLINAS	CRÉD.	C/H	
1	1387	Biologia	04	060
	0078	Anatomia Humana	04	060
	1891	Histologia e Embriologia	04	060
	1892	História da Fisioterapia	02	030
	0840	Metodologia Científica	02	030
	1893	Introdução à Informática	02	030
	1894	Saúde Pública	02	030
	1895	Fisioterapia Geral	02	030
	1896	Antropologia e Sociologia	04	060
	1218	Educação Física	02	030
Total carga-horária 1º período		28	420	
2	1898	Anatomia Humana	04	060
	0361	Bioquímica	04	060
	0356	Biofísica	04	060
	1899	Psicologia Aplicada	04	060
	1900	Estatística	02	030
	1901	Fisioterapia Geral	04	060
	2986	Fisiologia	04	060
	1902	Administração em Fisioterapia	04	060
	1219	Educação Física	02	030
Total carga-horária 2º período		32	480	
3	1903	Fisiologia	04	060
	1904	Cinesiologia e Biomecânica	08	120
	1905	Fisioterapia Geral	06	090
	1906	Recursos Terapêuticos Manuais	04	060
	1907	Fisioterapia Preventiva	04	060
	1908	Diagnóstico por Imagem	04	060
	1909	Prótese e Órtese	02	030
Total carga-horária 3º período		32	480	
4	0089	Farmacologia	04	060
	1910	Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação Fisioterápicas	06	090
	1911	Cinesioterapia	08	120
	1912	Fisioterapia Preventiva	06	090
	1913	Ética e Deontologia	02	030
	1914	Patologia Geral	04	060
	1915	Patologia de Órgãos e Sistemas	04	060
	1916	Fisiologia do Exercício	04	060
Total carga-horária 4º período		38	570	
5	1917	Fisioterapia Aplicada à Clínica Reumatológica	03	045
	1918	Fisioterapia Aplicada às Disfunções Reumatológicas	03	045
	1919	Fisioterap. Aplicada à Clínica Ortopédica e Tramatólogica	08	120
	1920	Fisioterap. Aplic. Às Disfunções Ortopéd. E Traumatológ.	08	120
	1921	Fisioterapia Aplicada à Clínica Neurológica	08	120
	1922	Fisioterapia Aplicada às Disfunções Neurológicas	08	120
	1931	Pesquisa em Fisioterapia	02	030
Total carga-horária 5º período		40	600	
	1923	Fisioterapia Aplicada à Clínica Cardiológica	04	060

6	1924	Fisioterapia Aplicada às Disfunções Cardiológicas	04	060
	1925	Fisioterapia Aplicada à Clínica Ginecológica e Obstétrica	04	060
	1926	Fisioterapia Aplicada às Disfunções Ginecológ. E Obstétr.	04	060
	1927	Fisioterapia Aplicada à Clínica Pediátrica	06	090
	1928	Fisioterapia Aplicada às Disfunções Pediátricas	06	090
	1929	Fisioterapia Aplicada à Clínica Pneumológica	06	090
	1930	Fisioterapia Aplicada às Disfunções Pneumológicas	06	090
	1933	Pesquisa em Fisioterapia	02	030
Total carga-horária 6º período			42	630
7	1932	Prática sob a forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Ortopédica, Traumatológica e Reumatológica	11	165
	2833	Prática sob a forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Neurológica	11	165
	2834	Prática sob a forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Ginecológica e Obstétrica	02	030
Total carga-horária 7º período			24	360
8	1934	Prática sob a forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Cardiorrespiratória	12	165
	2856	Prática sob a forma de estágio Supervisionado em Fisioterapia Pneumológica – UTI	05	165
	2857	Prática sob a forma de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Pediátrica	07	105
Total carga-horária 8º período			24	360
TOTAL GERAL DA CARGA HORÁRIA			260	3900
TOTAL GERAL DA CARGA HORÁRIA COM EXCEÇÃO DE ED.FÍSICA				3840

ANEXO 2
MATRIZ CURRICULAR 3

		Disciplinas	Requisito Paralelo	Pré-Requisitos	Créd	C/H
1	1.	Citologia e Embriologia Humana			05	75
	2.	Anatomia Humana I			08	120
	3.	Histologia			03	45
	4.	Bioquímica			04	60
	5.	Saúde Coletiva			03	45
	6.	Antropologia			02	30
	7.	Pesquisa I			03	45
	8.	Biofísica Básica			04	60
	9.	Iniciação em Fisioterapia			03	45
Total carga-horária - 1º período					35	525
2	10.	Anatomia Humana II		2	04	60
	11.	Fisiologia Humana	10		08	120
	12.	Genética			03	45
	13.	Ética e Cidadania			02	30
	14.	Imunologia			02	30
	15.	Pesquisa II		7	03	45
	16.	Imaginologia I	10	8	03	45
	17.	Cinesiologia e Biomecânica I	10	8	06	90
	18.	Recursos Termoeletromagnéticos em Fisioterapia I		8	03	45
Total carga-horária - 2º período					34	510
3	19.	Fisiologia do Esforço		11	04	60
	20.	Cinesiologia e Biomecânica II		17	04	60
	21.	Farmacologia		3-11	04	60
	22.	Patologia Geral		3-11	04	60
	23.	Recursos Hídricos			03	45
	24.	Pesquisa III		15	02	30
	25.	Imaginologia II		16	03	45
	26.	Fisioterapia Preventiva I	20-22	5	04	60
	27.	Recursos Termoeletromagnéticos em Fisioterapia II	11	18	03	45
	28.	Avaliação Cinético-Funcional I	20		04	60
Total carga-horária - 3º período					35	525
4	29.	Fisiopatologia de Órgãos e Sistemas	21	22	04	60
	30.	Trabalho de Iniciação Científica I		24	02	30
	31.	Fisioterapia Preventiva II		26	04	60
	32.	Recursos Manuais			04	60
	33.	Recursos Cinéticos em Fisioterapia I		20	08	120
	34.	Pneumologia I	36	19	04	60
	35.	Pediatria I	23-31-36	22	04	60
	36.	Avaliação Cinético-Funcional II	31-25-29	28	04	60

Total carga-horária - 4º período				34	510	
	37.	Deontologia		02	30	
5	38.	Trabalho de Iniciação Científica II		30	02	30
	39.	Uro-Gineco-Obstetrícia I		23-27-36	04	60
	40.	Neurologia I	23	31-36-	07	105
	41.	Pneumologia II		34	04	60
	42.	Pediatria II		35	03	45
	43.	Ortopedia e Traumatologia I	23-31	27-36	07	105
	44.	Cardiovascular I	23	19-36	05	75
Total carga-horária - 5º período				34	510	
6	45.	Ortopedia e Traumatologia II		43	06	90
	46.	Reumatologia	23	27-36	07	105
	47.	Pediatria III		42	03	45
	48.	Pneumologia III		41	04	60
	49.	Uro-Gineco-Obstetrícia II		39	03	45
	50.	Neurologia II		40	06	90
	51.	Cardiovascular II		44	06	90
Total carga-horária - 6º período				35	525	
7	52.	Psicologia aplicada à Fisioterapia			03	45
	53.	Trabalho de Iniciação Científica III		38	1	15
	54.	Estágio I		Todas até 6º período	24	360
Total carga-horária - 7º período				28	420	
8	55.	Estágio II		Todas até 6º período	24	360
	56.	Administração em Fisioterapia			02	30
Total carga-horária - 8º período				26	390	
Atividades Complementares				-	240	
Carga-Horária Total				261	4155	

Das 240 h/a de atividades complementares, 90 h/a poderão ser cursadas com disciplinas optativas conforme quadro abaixo:

	DISCIPLINAS OPTATIVAS	Requisito Paralelo	Pré-Requisitos	Créditos	C/H
Troncos					
Atividade Física e Saúde					
F 1	Urgência e Reanimação Cardiopulmonar			03	45
AF 2	Nutrição			03	45
AF 3	Exames Complementares			03	45
AF 4	Fisioterapia Desportiva			03	45
AF 5	Treinamento Físico			03	45
AF 6	Atividade Física e Saúde			03	45
Atenção Domiciliar					
D 1	Noções de Enfermagem			03	45
AD 2	Nutrição			03	45
AD 3	PSF (programas governamentais)			03	45
AD 4	Fisioterapia Domiciliar			03	45
Crescimento e Desenvolvimento Humano					
CD 1	Nutrição			03	45
CD 2	Gerontologia			03	45
CD 3	Crescimento e Desenvolvimento Humano			03	45
CD 4	Psicomotricidade			03	45
Dermato-Funcional (estética e reparadora)					
DF 1	Dermatologia			03	45
DF 2	Cirurgia Plástica			03	45
DF 3	Fisioterapia Dermato- Funcional			03	45
Fisioterapia “Laboral”					
FL 1	Ergonomia Aplicada			03	45
FL 2	Fisioterapia “Laboral”			03	45

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](#)